



**FUNDAÇÃO ESTATAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLA ELISA SANTANA SOARES

**PRODUÇÕES, EXPERIÊNCIAS E MEMÓRIAS DE UMA PROFESSORA DE
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Silvana Santana

Co-orientação: Juliana dos Santos Lima

**CAMAÇARI-BA
2018**

CARLA ELISA SANTANA SOARES

**PRODUÇÕES, EXPERIÊNCIAS E MEMÓRIAS DE UMA PROFESSORA DE
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residências Integradas da Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, como parte do requisito obrigatório para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em 06 de março de 2019, Camaçari-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Silvana Santana
(Especialista em Saúde da Família – FESF-SUS/FIOCRUZ)

Juliana dos Santos Lima
(Especialista em Saúde da Família com concentração na Gestão da Atenção Básica
ISC/UFBA)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por incentivarem a continuidade nos estudos.

Aos meu companheiro, Thiago, por ter convivido com as ausências.

Aos meus colegas, residentes da turma 2017 e 2018, que faziam dos espaços pedagógicos fonte de aprendizagem.

As preceptoras das USF Nova Aliança e PHOC CAIC, especialmente, as preceptoras de NASF, Thaylane e Silvana, por terem tanta sabedoria para conduzir os processos de aprendizagens e os mais conflituosos momentos.

Aos Apoiadores Pedagógicos, Institucionais e Matriciais, pelo zelo na construção do conhecimento.

Aos meus colegas, Wilames e Isadora, pelo ombro de amparo, discussões respeitadas, amizade e, que enfrentaram comigo os dilemas de apoiar oito equipes de Saúde da Família.

Aos meus colegas de NASF da turma 2017, pelas trocas cotidianas, por qualificarem os processos de trabalho iniciados por nós e pela confiança.

Aos trabalhadores e trabalhadoras das USF Nova Aliança e PHOC CAIC, por tornar possível o funcionamento dos serviços e cada um ter marcado a mim à sua maneira.

A equipe de coordenação, gestão, administrativa e pedagógica do Programa de Residências Integradas em Saúde da Família da FESF-SUS, pelos esforços em qualificar o programa e todos os seus processos e, pelas escutas acolhedoras.

As minhas orientadoras, Juliana e Silvana, por terem me mostrado os caminhos para a construção deste trabalho, sem vocês, certamente, não teria o mesmo resultado.

Por fim, agradeço aos usuários e usuárias do SUS, que enfrentam as barreiras do sistema e que de maneira singular fizeram parte desse processo pedagógico. Levo um pouco de vocês comigo.

Aula de Voo

O conhecimento
caminha feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com cotidiano orvalho
deixado nas folhas ávidas das manhãs.

Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo:
faz muralhas;
cava trincheiras,
ergue barricadas.
Defendendo o que pensa saber
levanta certeza na forma do muro,
orgulha-se de seu casulo.

Até que maduro
explode em voos
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos
no orvalho de cada dia.

Mas o voo mais belo
descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar;
voltar à terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.

O conhecimento é assim:
ri de si mesmo
e de suas certezas.

É meta de forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o voo
é preciso tanto o casulo
como asa.

(IASI, 2011, p.32).

SOARES, C. E. S. PRODUÇÕES, EXPERIÊNCIAS E MEMÓRIAS DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Págs. 47, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2019.

RESUMO

Este trabalho caracteriza-se como uma narrativa memorialística, que se propõe a relatar/analisar a minha trajetória como professora de educação física durante a especialização profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ou seja, apresentar reflexões e tecer um relato das experiências enquanto componente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A maior parte das vivências foram no município de Camaçari-BA. O relato está dividido em três capítulos que tratam das motivações pessoais, da organização do processo de trabalho e seus desafios, e, por fim, o trabalho técnico-pedagógico e clínico-assistencial desenvolvido no âmbito da educação física, com referência no método de apoio matricial e clínica ampliada. As questões pedagógicas, quanto a formação em serviço, são relatadas de maneira transversal. O formato de matriz pedagógica do programa de residências integradas instrumentalizou-me para uma atuação para além das especificidades do núcleo e em defesa do SUS.

Palavras-chave: Educação Física; NASF; Clínica Ampliada; Apoio Matricial; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 DAS MOTIVAÇÕES	3
3 DO PROCESSO DE TRABALHO	5
3.1 Da solidão ao trabalho multiprofissional.....	5
3.2 O cenário de disputas	8
3.2.1 O campo de práticas	10
3.3 O NASF como instrumento da/de gestão	15
4 OS BASTIDORES, O PALCO E AS RESSIGNIFICAÇÕES	18
4.1 Primeiro ato: o reconhecimento.....	20
4.2 Segundo ato: a educação física em cena.....	22
4.2.1 (Re)conhecimento de palco: territorialização	23
4.2.2 A clínica da educação física	25
4.2.3 A clínica compartilhada.....	28
4.2.4 Da clínica coletiva à coletivização da clínica.....	33
4.2.5 Antes do apagar das luzes: o parto de um fluxograma.....	34
4.3 Terceiro ato: em zonas (des)confortantes	38
4.4 Quarto ato: reconhecimento parte 4	42
4.4.1 O temor de vivenciar a realidade que já se sabe	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERÊNCIAS

ANEXOS

- ANEXO 1-A: Territorialização do núcleo de Educação Física para a USF PHOC CAIC
- ANEXO 1-B: Territorialização do núcleo de Educação Física para a USF Nova Aliança
- ANEXO 2 – Registro das orientações de alongamentos para usuária
- ANEXO 3 – Guia rápido de orientações e contraindicações de exercícios físicos para pessoas com hipertensão e/ou diabetes
- ANEXO 4 – TETRIS adaptado
- ANEXO 5 – Folheto sobre depressão pós-parto
- ANEXO 6 – Guia rápido de indicações e contraindicações de exercícios físicos na gestação

ANEXO 7 – Folder com orientações para a prática de alguns exercícios físicos no período gestacional

ANEXO 8 – Fluxo de exercício físico no período gestacional

ANEXO 9 – Instrumento de registro

ANEXO 10 – Fluxograma de investigação de óbito infantil e fetal do município de Camaçari

ANEXO 11 – Cartilha “Olá, trabalhador e trabalhadora. Como vai sua saúde mental”?

ANEXO 12 – Projeto Tecendo Redes

1 INTRODUÇÃO

Todo caminho é feito de aclives, declives, curvas, obstáculos, progressões, surpresas... Os desafios, questionamentos, inquietações e motivações compõem os traços deste percurso tão singular que é a vivência da atuação profissional em um programa de residência, em que o ser profissional e estudante não podem seguir por trilhas opostas. Para que os processos de transformações se efetivem produzindo impactos significativos, os sujeitos envolvidos precisam ter consciência de si mesmo, como ser social que tem possibilidades de produções históricas e, do complexo contexto em que a realidade ocorre: com outros sujeitos sociais, com específica estrutura material e, principalmente, em movimento.

Este trabalho caracteriza-se como uma narrativa memorialística, que se propõe a analisar a minha trajetória como professora de educação física durante a especialização profissional no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no período de março de 2017 a fevereiro de 2018. O memorial deve “[...] ser composto sob a forma de um relato histórico, analítico e crítico, que dê conta dos fatos e acontecimentos que construíram a trajetória acadêmico-profissional de seu autor” (SEVERINO, 2007, p. 245).

Embora o memorial seja uma espécie de relato autobiográfico que toma forma a partir da subjetividade de quem escreve, com o recorte de tempo e espaço, tem a possibilidade de apresentar as produções e instrumentos de uma trajetória. Esta é a opção metodológica do programa de residência – já citado – para que outros indivíduos que não participaram cotidianamente, de forma direta, do acompanhamento e desenvolvimento das ações profissionais tenham a possibilidade de compreender as produções, tendo também acesso aos sentidos e significados sob a ótica de quem produziu.

O propósito deste memorial é apresentar reflexões e tecer um relato das experiências significativas enquanto componente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com lotação nas Unidades de Saúde da Família Nova Aliança e PHOC CAIC¹, localizadas na região 4 (quatro) do município de Camaçari-Bahia.

¹PHOC (Projeto Habitacional Organizado de Camaçari); CAIC (Centro de Atendimento Integral à Criança). Apesar de receber esse nome, a USF não atende apenas crianças.

O método de exposição escolhido divide a escrita em três capítulos: o **primeiro**, aponta de forma breve as motivações que me levaram a escolher estar na residência; no **segundo**, há exposições sobre a organização do processo de trabalho enquanto núcleo e NASF, com especificações do campo de práticas, desafios para a efetivação do trabalho, disputas de concepções e operacionalizações, além da concepção de NASF no “jogo” de gestão; o **terceiro**, trata especificamente dos desafios, avanços e o fazer da educação física no programa de residência em saúde família.

O relato memorialístico é carregado de sentimentos, sensações, leituras, interações... Ler as memórias de uma pessoa é ter acesso ao profundo de sua intimidade, por isso, dê asas a sua imaginação, mas apreciei cada detalhe com uma sensibilidade cautelosa de estar acessando os pensamentos de outro indivíduo. Lembre-se: toda experiência e marcas provindas são frutos de múltiplas determinações. Tenha uma boa leitura!

2 DAS MOTIVAÇÕES

“O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história que ainda hoje, assim como há milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora, simplesmente para manter os homens vivos.”
(MARX e ENGELS, 2007, p. 33).

A entrada no Programa de Residência Multiprofissional não foi um acaso, uma tentativa ou sorte. Quis estar nesse lugar, para isso dediquei-me com a maior potência que poderia naquele momento. O desejo de garantir a vaga era proporcional ao valor da bolsa (remuneração) descrita no edital. Ser aprovada no certame significava sair de um processo de trabalho extremamente desafiador – em que era necessário optar por sete horas de viagem ou travessia em alto-mar por meio de canoa que reduziria três horas do traslado – com todos os ônus de um vínculo REDA (Regime Especial de Direito Administrativo) e, condições precarizadas da escola pública².

O período desse vínculo temporário foi ao mesmo tempo em que fui contratada para cobrir a licença maternidade de uma professora de uma escola particular. Apesar de serem contratos temporários, percebi a chance de conseguir comprovar renda para aprovação de financiamento de um imóvel (para sair de aluguel). Ouvi de muitas pessoas: “Isso é uma loucura!”; “Daqui a seis meses você não terá como pagar”... De fato, era arriscado. Mas seria melhor arriscar a ter um imóvel, que em caso de desemprego a financiadora levaria um tempo com movimentação de um processo de remoção, do que ficar à mercê de moradia por aluguel, que não tem essa “flexibilidade” temporal para buscar novas formas de adquirir renda.

Síntese: recém-formada, uma dívida a ser paga em trinta anos, uma vontade imensurável de mudar de processo de trabalho, edital da residência prestes a ser lançado e, uma “bolsa” que poderia aliviar parte das minhas preocupações por dois

² A realidade da escola pública brasileira não é das melhores de se contar, infelizmente, ainda estamos em um contexto em que os professores não lecionam apenas a disciplina para qual foi habilitado pela licenciatura, a jornada de trabalho é organizada pela lógica de “complementação de carga horária”, ou seja, se não há quantitativo de aulas suficiente para fechar a conta da carga horária mínima de trabalho em sala de aula, a conta fecha com outras tantas disciplinas que estejam “vagas”. Para a educação física, o cenário é ainda pior, pois muitos professores preferem complementar sua carga horária com essa disciplina, por entender – de forma equivocada – que é a disciplina que pode “só dar a bola”, negligenciando (por falta de formação para exercer tal docência específica) todo o conteúdo acumulado historicamente acerca da cultura corporal.

anos. Como dito por Marx e Engels³, primeiro precisamos garantir os meios para a satisfação das necessidades básicas – comer, vestir e morar – para que a consciência deixe de ser apenas instintiva e se torne um instinto consciente. Assim, tornamo-nos sujeitos sócio históricos.

A formação humana dar-se em um complexo de múltiplas determinações. Toda necessidade é suprida a partir de elementos da natureza ou dos produtos da sociabilidade, sejam eles empíricos ou materiais. Naquele momento, os instrumentos que possibilitavam o meu acesso ao programa de residência vieram de recursos públicos: minha formação acadêmica-profissional. Desde o ensino fundamental II até a conclusão do ensino superior estudei em instituições públicas e, mais uma vez, o planejamento estratégico envolvia a chance de desfrutar de serviços/programas que são realizados a partir de arrecadações sociais.

A consciência de que a grande parte do investimento na minha profissionalização veio do conjunto da sociedade jamais me permitiria a ser descomprometida. A cada remuneração mensal era necessário prestar contas à própria consciência de qual retorno ao público havia sido dado. Foi dessa forma que, apesar dos desafios, das muitas frustrações, divergências, trilhei nessa estrada que deu a largada no dia 06 de março de 2017⁴.

³ Ver referência da epígrafe.

⁴ Essa data se tornou representativa na minha história. Na mesma data, do ano de 2015, foi realizada a cerimônia de colação de grau em que recebi a titulação de professora de educação física na Universidade Estadual de Feira de Santana.

3 DO PROCESSO DE TRABALHO

“Como sei pouco, e sou pouco faço o pouco que me cabe me dando inteiro.”
(Thiago de Melo)

3.1 Da solidão ao trabalho multiprofissional

A inserção da Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ocorreu pela necessidade de prestar assistência à população de maneira articulada e integral, sem perder de vista a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, principalmente no que concerne às doenças crônicas não transmissíveis (FALCI e BELISÁRIO, 2013). As ações dos profissionais do NASF devem ser guiadas pela sua principal causa de existência: apoiar as equipes de saúde da família.

O profissional de Educação Física pode ofertar esse apoio limitando-se ao motivo ao qual levou a categoria a ser inserida na atenção primária à saúde, entretanto, considerando somente as doenças crônico-degenerativas “acabam por determinar limites na contribuição à melhoria da saúde da população, pois interfere necessariamente nos fatores biológicos, e acaba abandonando os demais condicionantes do processo saúde/doença” (COSTA, 2009, p. 6).

Não estou dizendo que é um trabalho fácil. Pelo contrário! É um desafio enorme superar o óbvio, o corriqueiro, o básico e as expectativas previamente construídas alicerçadas em estigmas. Primeiro, porque os cursos de formação profissional em saúde possuem os currículos majoritariamente voltados para o cumprimento de componentes curriculares específicos; a práxis pedagógica não efetiva vivências multiprofissionais (exceto em alguns raros projetos de extensão universitária). Segundo, pela hegemonia do modelo de atenção biomédico-centrado e curativista em detrimento da clínica ampliada e vigilância em saúde.

Nesse sentido, o trabalho do NASF – alicerçado no apoio matricial – propõe a superação do modelo hegemônico, constituindo-se em uma proposta de trabalho que possibilita ampliação das ações de saúde e mudança na sua forma de execução, com trabalho multiprofissional, compartilhamento de saberes e práticas. Não há um momento/espço específico (único) para a efetivação do apoio matricial. Pode ocorrer em todos os espaços de encontro com os usuários do serviço de saúde, por exemplo, nos atendimentos individuais compartilhados, trabalho em grupos (terapêuticos, de

convivência, operativos, motivacionais etc.), projeto terapêutico singular e atendimento domiciliar compartilhado (BRASIL, 2014). Também pode ocorrer em encontros entre os profissionais. Para tanto, é necessário que o profissional matriciador esteja atento às necessidades do território adscrito e das equipes que apoia.

Para a educação física foi um grande avanço a criação do NASF⁵ pois possibilitou a inserção direta na atenção primária à saúde e o trabalho articulado com estes profissionais.

No período inicial dessa vivência foi necessário fazer o reconhecimento do território, do perfil dos profissionais que estavam compondo as equipes de trabalho, as particularidades das unidades de saúde e observar o que esperavam da minha atuação profissional. Em pouco tempo foi possível perceber que todas as outras categorias tinham uma visão reduzida – ou incompreensão – do papel da educação física na saúde pública.

Os registros de acionamentos dos primeiros meses refletem com mais nitidez as questões suscitadas acima.

Vejamos:

ATENDIMENTO INDIVIDUAL	ATIVIDADE COLETIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso; • Obesidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alongamento.

Tabela 01. Fonte: elaboração própria.

Esse cenário causou-me muitos conflitos 1 - por ter consciência da árdua caminhada que teria para ampliar o entendimento dos meus pares; 2 - pela solidão do núcleo⁶ e déficit na minha formação; 3 - pelas lacunas estruturais do programa de

⁵ Ver Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

⁶ Ao entrar no programa havia uma apoiadora de educação física, mas que não me deu suporte. Durante a sua permanência houve apenas um encontro em uma reunião de NASF e uma participação na roda de núcleo em que foram discutidas questões comuns aos três municípios de inserção da residência (Camaçari, Lauro de Freitas e Dias D'Ávia). Em seguida, foram mais três meses sem apoiador de núcleo (APN), ou seja, foram oito meses sem suporte pedagógico para as questões específicas da educação física. Em novembro de 2017, foi contratado novo APN, entretanto, chegou num momento em que os processos de trabalho e as ações da educação física já estavam em andamento – era necessário um tempo de compreensão para posteriores contribuições – além disso, a carga horária era dividida entre Camaçari e Dias D'Ávila, sendo que no primeiro, o tempo era subdividido para o acompanhamento dos profissionais de educação física dos dois NASF (situados em territórios completamente diferentes), portanto, chegou o apoio, mas não era o apoio suficiente.

residência e desafios inerentes à saúde coletiva no Brasil. Apesar disso, havia também muita esperança e desejo de transformar a maneira que as pessoas daquele contexto olhavam a educação física. Fiz disso combustível para colocar a intervenção profissional em movimento.

Com a observação participante foi possível identificar ferramentas, pessoas e locais estratégicos para intervenções que extrapolassem as demandas corriqueiras (THIOLLENT, 2000). Dessa maneira, ao invés de agir a partir do acionamento passei a ocupar os espaços e tomar algumas posturas táticas, isto é, participar de espaços pedagógicos ofertados pelo programa de residência (turnos pedagógicos de outras categorias profissionais, tais como: enfermagem e medicina), caso o tema fosse oportuno para mostrar vertentes e contribuições da educação física ou para instrumentalizar-me de elementos técnicos.

Como tudo aquilo que é novo ou diferente, inicialmente, houve “estranhamento” e algumas resistências para a realização das ações citadas acima. A opção feita foi a de investir nas pessoas que “abriram as portas” e foram mais receptivas. Aos poucos, os pequenos comentários entre os profissionais sobre os ganhos de conhecimentos e experiências foram repercutindo e ampliando a receptividade. Alguns se encontravam “fechados”, não por resistência do profissional, mas por desconhecerem a possibilidade clínica da educação física.

Paulatinamente, a tabela anterior foi ganhando novas linhas e a agenda passou a ficar mais diversificada. A “foto” da demanda passou a ser a seguinte:

ATENDIMENTO INDIVIDUAL	ATIVIDADE COLETIVA	VISITA DOMICILIAR
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de aprendizagem; • Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; • Avaliação/estimulação motora infantil; • Autismo; • Obesidade; • Hipertensão; • Diabetes; • Dismetria; • Dor crônica; 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado; • Hipertensão; • Diabetes; • Saúde da mulher; • Exercício físico na saúde do idoso; • Grupo de gestantes; • Pré-natal do parceiro ou parceira; • Orientações sobre higiene pessoal para pessoas com deficiência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio mental; • Demanda de saúde mental sem diagnóstico fechado; • Autismo; • Puerpério; • Idosos acamados; • Paralisia cerebral; • Hipotireoidismo.

<ul style="list-style-type: none"> • Sequela de Acidente Vascular Cerebral; • Transtorno de ansiedade generalizada; • Comorbidades e complicações na gestação; • Avaliação de puérpera para retorno à prática de exercício físico. • Avaliação de rotina de exercícios para usuário com esquizofrenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício físico para melhoria da relação sexual. 	
---	---	--

Tabela 02. Fonte: elaboração própria.

Ao fazer o estudo da demanda e identificar esses resultados, a sensação não foi a que esperava (satisfação por ver a educação física sendo demandada para além dos estigmas), mas de desespero. Agora, havia uma demanda que não era mais possível suprir na agenda, era muito mais duro dizer “não” nesse cenário do que a invisibilidade anterior. Esse contexto motivou a confecção de materiais e matriciamentos para que as equipes ampliassem a possibilidade de dar orientações aos usuários.

O mergulho naquela solidão do núcleo se transformou em laços, vivências, elaborações de novas estratégias coletivas. O trabalho cotidiano com as equipes de saúde, dentro da proposta da Estratégia de Saúde da Família e com a especificidade de um programa de residência, possibilitou reafirmar que a educação física ainda enfrenta uma necessidade latente de conquista de espaço, por outro lado, finalizo a residência com a certeza de que aqueles que se permitiram conhecer com mais intimidade a potencialidade da educação física não passaram desafetados; o percurso escolhido possibilitou-me também o acesso a discussões, ensinamentos e saberes que não seriam possíveis se a escolha fosse a de ficar no “conforto” da inércia.

3.2 O cenário de disputas

A reestruturação da atenção primária à saúde é fruto de diversas disputas políticas, econômicas, filosóficas, de defesa ou não do SUS e de modelos de atenção à saúde. Paulatinamente, a ESF aprofunda suas raízes demonstrando a necessidade

de continuar e aumentar os investimentos (financeiros, recursos humanos, trabalho material e imaterial) em equipe multiprofissional, de caráter resolutivo, primando pela qualidade de vida da população.

De acordo com Santos (2016) os interesses políticos, a flexibilização de gestão de recursos e as parcerias público-privada, que são utilizadas como escada de sucesso eleitoral, são alguns dos problemas que interferem diretamente na qualificação da ESF. A maneira de se “fazer saúde” representa o palco de disputas que forma o cenário cotidiano dos serviços, são expressões das lutas entre gestão e empresariado, gestão e trabalhadores, gestão e população, trabalhadores e trabalhadores, trabalhadores e população, por fim, expressões ideológicas que repercutem na práxis em saúde, como os modelos de atenção. Esse último tem como horizonte estratégico a resolução de problemas que repercutem na condição de saúde da população:

[...] é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs⁷, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p. 209).

Esse sistema apesar de lógico não é engessado. A “organização lógica” corresponde aos níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Todavia, no cotidiano de cada serviço, assistencial e de gestão em saúde, as intervenções e ofertas de cuidado são construídas por seres humanos, conseqüentemente, com pluralidade de perspectivas, análises, argumentações e defesas que repercutem nas intervenções e condutas sobre os problemas de saúde dos indivíduos.

Os serviços de saúde são compostos por profissionais que passaram por diferentes cursos de formação, portanto, vivenciaram diferentes interações sociais formativas e disputas político-pedagógicas, ideológicas, educacionais etc. Essa diversidade tem dois lados: **o positivo e o desafiador**.

O primeiro apresenta como resultado uma vasta possibilidade de troca de conhecimentos (o que é imprescindível para um programa de pós-graduação); já o segundo, diz respeito à disputa de modelos de atenção que, conseqüentemente,

⁷ Redes de Atenção à Saúde.

impacta em todo processo de trabalho: escolha das atividades que serão ofertadas para a comunidade, organização da rotina diária do serviço e das agendas coletivas e individuais etc. Sobre esse último debruçar-nos-emos com mais afinco neste subtítulo.

3.2.1 O campo de práticas

No município de Camaçari, a informatização do sistema de saúde está distante do ideal recomendado pelo Ministério da Saúde. Enfrentamos os desafios de não ter prontuário eletrônico, não compartilhamento de informações em tempo oportuno entre setores, baixa alimentação do Sistema de Interação das Informações da Atenção Básica (e-SUS) e outros. Nas duas USF não havia (e não há) computadores suficientes para atender a quantidade de profissionais do serviço para alimentação dos dados na plataforma digital e-SUS, além da falta e falha frequente de sinal de internet.

Dessa maneira, a gestão da atenção básica fazia uma análise de situação de saúde e de oferta de cuidado baseada em subdados, enquanto que as equipes de saúde realizavam as análises a partir dos dados coletados no território com o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e demandas mais recorrentes nas unidades de saúde da família. A não uniformização de um banco de dados gera um ciclo catastrófico de “incomunicação”. Com isso, as ofertas de cuidado à saúde são estruturadas – na maioria das vezes – pela percepção e/ou desejo dos profissionais.

Quais os impactos disso?

Os que serão registrados aqui são impressões individuais – fruto de uma consciência que se forma na coletividade diária – e serão expostos de forma inumerada por motivo, exclusivamente, didático.

1 – A organização das agendas: pode acontecer de diferentes formas. Por programas, demanda espontânea, classificação de risco, preferência do profissional, etc. Nas duas unidades de saúde, o agendamento de consultas era realizado por demanda programada (em cada consulta o usuário agendava o retorno), a partir do acolhimento, que analisava a queixa/prioridade para agendamento⁸ ou após

⁸ Em alguns momentos, esse fluxo escapava pelos dedos, gerando agendamentos de demandas que deveriam ser resolvidas no acolhimento; em outros, os fluxos de agendamento de retorno se perdiam.

discussão de casos nas reuniões de equipes, para esse último geralmente o agendamento era para atendimento domiciliar, se necessário.

Os profissionais que compreendiam a relevância/impacto do planejamento e execução das atividades coletivas, da educação permanente, reuniões de equipe e de unidade garantiam a participação nas mesmas – com níveis de empenho variantes – entretanto, alguns abriam as agendas para consultas nos horários que deveriam ser destinados para essas atividades. O que me leva à hipótese de que a defesa desses é de uma assistência à saúde, na estratégia de saúde da família (ESF), biomédico-centrada.

Recorrentemente, essas condutas foram o motivo central de entraves no processo de trabalho, pois alguns profissionais faziam a defesa que na ESF – em um campo de intervenções com residência médica e multiprofissional – a perspectiva da clínica ampliada deveria prevalecer em detrimento da clínica curativista.

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2004).

No mesmo segmento havia a defesa de que o trabalho multiprofissional não deveria ser secundarizado em relação às condutas individualistas (é claro que isso não pode ser relativizado, pois há condutas que são de competência estrita de determinado núcleo e situações que não necessitam de discussões em equipe).

Faço a leitura que a atitude de descumprir as pactuações coletivas, por exemplo, a organização de turnos de atendimentos individuais ou não participação no planejamento e execução das atividades coletivas, seja muito mais uma disputa desses modelos de atenção do que a intencionalidade de individualismo. Evidente que a não intencionalidade da ação não muda o fato de a conduta ser individualista, mas muda o foco da discussão e das estratégias para a superação do problema.

2 – Atividades coletivas: quem deve comprometer-se com as atividades coletivas? Depois das discussões sobre acolhimento essa era a questão mais

O impacto disso era significativo: 1 - poderia provocar transtornos para que o usuário retornasse ao fluxo, pois no SUS ainda temos barreiras de acesso; 2 - superlotação das agendas com demandas que não deveriam gerar consultas, ou seja, limitando as vagas para quem verdadeiramente deveria ocupar.

polêmica. O dilema era pautado da seguinte maneira: se o objetivo da atividade fosse “assistencialmente clínico” era colocado como uma demanda da equipe de saúde da família, com ênfase na enfermagem; se fosse com foco em convivência e promoção da saúde, como trabalho exclusivo do NASF. O debate era efervescente tanto dentro do próprio NASF, quanto entre a equipe de saúde (gerência, servidores municipais, preceptoria e residentes).

No PHOC CAIC havia uma desmobilização mais evidente, a falta de espaço físico (problema concreto) era a justificativa de parte dos desestímulos. Entretanto, para a realização de outras atividades coletivas, como Programa Saúde na Escola (PSE), a falta de motivação era a mesma, assim como os desafios para planejar e executar as ações. Ainda que os profissionais da eSF participassem do planejamento muitas tarefas que deveriam ser executadas ao longo do período entre o planejar-executar não eram cumpridas, muitas vezes isso impossibilitou a realização das ações, em outros, causou constrangimentos por ter que improvisar ou realizar aquém da expectativa gerada no planejamento.

Em Nova Aliança, apesar de ter um espaço (não ideal, mas que era possível desenvolver algumas ações) tenho a sensação de que pairava o “sentimento” de “não pertencimento”/é obrigação do NASF.

Por fim, havia a disputa do modelo de oferta das atividades coletivas com a gestão municipal. Por meio do apoio institucional chegava para os profissionais do NASF “sugestões” de grupos que a execução fosse no formato de “aulão” na praça. Essa perspectiva emerge com base na popularidade do Programa Agita São Paulo, implantado em 1997, que diz ser uma estratégia de combate ao sedentarismo, mas não ocorre de maneira sistemática semanalmente. Pela pontualidade, tem muito mais característica de atividade de lazer. O “sucesso” foi amplamente divulgado pela mídia, levando outros territórios a executarem ações semelhantes.

Nesse sentido, retomando as reflexões de Santos (2016) é possível notar que para uma gestão municipal pode ser muito interessante o resultado de ações pontuais de longo alcance, em que a aceitação já tenha grande possibilidade de ser positiva. Do outro lado, os profissionais da equipe de NASF da turma 2017 faziam a defesa de atividades coletivas de responsabilidade compartilhada por toda equipe de saúde da família, com acompanhamento sistematizado, dentro do território, com grupos pequenos e médios (em que fosse possível a efetivação de vínculo), almejando resultados na qualidade de vida da população em médio e longo prazo. Com as

agendas de trabalho superlotadas foi necessário fazer defesas, fui incisiva na defesa da manutenção de grupos de convivência em detrimento de outras atividades, como por exemplo, “aulão” de zumba na praça.

De maneira geral, grupos/atendimentos coletivos surgiram outros foram extintos. Vários modelos foram testado. Inúmeros não passaram da “fase de teste”. Alguns por falta de adesão da comunidade e outros pela avaliação da equipe de que não era a forma ideal de dar respostas para aquele determinado problema de saúde. Continuávamos lidando com essa forma “líquida” de análise dos dados do território, então, o dispêndio de energia para a criação de grupos variava de acordo com o perfil profissional, o que causava impacto significativo no planejamento, organização e execução das atividades.

Nas trincheiras de batalhas não vi só derrotas. Vivenciamos experiências exitosas com grupos de convivência, de gestantes, de mulheres, ações específicas do PSE, saúde do homem e de auriculoterapia. Dentre as conquistas, o que mais me impactou foi o avanço das discussões de “quem deve comprometer-se com as atividades coletivas”. Presenciei momentos em que as equipes estavam saindo do “jogo de empurra” para discussões sólidas sobre as necessidades do território, sobre a capacidade coletiva dos profissionais em ofertar cuidado, a responsabilidade de equipe quanto aos sucessos e diferença significativa no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde das duas unidades e, também, aos insucessos por falta de planejamento e cumprimento das tarefas.

Para findar esse ponto, vale destacar que, a oferta e execução das atividades coletivas são expressões modelo de atenção à saúde que opera no local, impactando na forma como os profissionais da equipe de saúde da família perspectivam o trabalho dos profissionais do NASF. Com os alinhamentos de coletivização da responsabilidade sobre as atividades coletivas foi possível qualificar o processo de trabalho do NASF e ampliar as ofertas de cuidado.

3 – Modelo de acolhimento: fazer do acolhimento uma postura profissional e ofertar uma estrutura de acesso em tempo oportuno são tarefas que já carregam consigo o caráter desafiador. A Política Nacional de Humanização (2013) aponta que o acolhimento deve ser construído coletivamente, com análises dos processos de trabalho e avaliações da situação de saúde e vulnerabilidades do território.

Passamos por várias discussões para criação, avaliação e adequação dos serviços ofertados, ou seja, qual modelo de acolhimento a unidade de saúde ofertaria, apesar de serem discussões infundadas e de reavaliações constantes, entendo que foram/são fundamentais para o processo de amadurecimento do trabalho em equipe.

Um dos pontos de entrave/disputa era a forma de inserção do profissional do NASF. Dentro do próprio núcleo não havia consenso da inserção e nem do papel que deveria ser exercido numa estrutura de acolhimento. Uma das questões que entrava na pauta era: no acolhimento, qual o papel de um profissional que não pode prescrever nem transcrever medicamentos e solicita exames? Isso também diz muito sobre a perspectiva de acolhimento que se pretende. As vivências perpassaram por modelos biomédico-centrado, ensaios de acesso avançado, com classificação de riscos e vulnerabilidades, por ordem de chegada...

Após tensionamentos e matriciamentos, foi possível perceber que os profissionais do NASF podem se inserir no acolhimento, assim como técnicos e outros servidores da unidade de saúde, o que precisamos são de alinhamentos de funções, capacitações coletivas e matriciamento *in loco*.

A partir das vivências era possível o acúmulo de elementos para que novos formatos fossem disputados e assim surgir novos cenários nas unidades. O modelo de acolhimento implementado fazia com que a rotina da unidade de saúde fosse completamente modificada. Em alguns momentos, as opções feitas foram disparadoras do caos, em outros, trouxe calma aos corações por ver os problemas de saúde sendo resolvidos em tempo oportuno, sem embates com a comunidade e rotina de exaustão.

4 – Forma de trabalho do NASF: qual o papel do profissional do NASF? Uma questão inquietante, conflituosa, desafiadora, mas ao mesmo tempo estimulante. No primeiro ano, assistencial, as categorias de residentes eram com formação em medicina, enfermagem e odontologia, para compor o NASF havia nutrição, fisioterapia e educação física, como apoio institucional, sanitaristas. Nas conversas sobre as características dos cursos de graduação era notável que apenas profissionais de educação física e sanitaristas possuíam formação mais voltada para coletividades, as demais, com ênfase em atendimentos individuais. Então, havia a expectativa de que os profissionais do NASF atuassem de maneira ambulatorial. A preceptoria de NASF cumpriu papel indispensável para não permitir que o nosso trabalho se fechasse a

isso, fazendo a defesa do apoio matricial nos espaços colegiados, nos espaços pedagógicos, construção de agendas e nas próprias reuniões de equipes e de NASF; da mesma maneira, incentivou a ruptura dos preconceitos sobre a educação física e estimulou a atuação clínica.

A lógica de trabalho alicerçada no apoio matricial é um método que só é possível dar certo se todos os envolvidos compreendem o papel do apoiador e a função do matriciamento nos problemas de saúde da população. Ou seja, vai na contramão da lógica do encaminhamento, em que a responsabilidade sobre a resolutividade ao invés de ser compartilhada é passada para que o outro resolva (VIANA e CAMPOS, 2018). Então, foram longos períodos em que o NASF era questionado sobre as atividades que realizávamos, por vários momentos, sofremos pelo não reconhecimento da relevância das ações de matriciamento, pois os atendimentos é que eram supervalorizados.

Ao longo do tempo a equipe de NASF alinhou o discurso na defesa da função de apoiadores matriciais. Morosamente, o NASF passou a ser compreendido pelos outros profissionais. Chego ao final do segundo ano da residência com a lembrança de que quando me senti cansada para mais uma vez fazer a defesa do meu papel como profissional do NASF, os próprios colegas da equipe de saúde o fizeram. A atitude cotidiana dos residentes que compartilharam conosco esses dois anos de residência me permitem afirmar que todos nós aprendemos juntos o que é ser NASF.

3.3 O NASF como instrumento da/de gestão

O que é desconhecido, no primeiro momento, costuma me causar temor, preconceito⁹ ou curiosidade. Havia uma repulsa ao ouvir falar sobre gestão, justamente por tornar imaginário um trabalho não vivenciado. Até meados do primeiro ano da residência eu não tinha conseguido assimilar que o sentido de existência do NASF o faz ser imerso de processos de gestão.

O segmento do trabalho do NASF é uma expressão do modelo de atenção à saúde que a gestão municipal prioriza; em alguns municípios há núcleos que atendem apenas demanda assistencial, em outros não há nenhuma atenção/cobrança sobre o

⁹ No sentido de conceito formado antecipadamente.

fazer desses profissionais, já em outros encontraremos uma lógica de trabalho alicerçada na clínica ampliada, apoio matricial e articulação de rede (SAMPAIO *et al*, 2012; SOUZA e MEDINA, 2018).

Enquanto apoiadores matriciais das equipes de referência, os NASF podem se tornar um dispositivo da gestão pública para potencializar a rede de serviços em saúde. Isto é, os Núcleos de Apoio constituem-se como meio pelo qual se concretiza o modelo de gestão a ser operacionalizado no âmbito municipal, que coloca em atividade o que se pretende como gestão (SAMPAIO *et al*, 2012, p.318).

Trata-se de um trabalho que abarca tanto o apoio à gestão pública como o modelo de atenção à saúde, com a utilização de ferramentas que busque ampliar a capacidade de co-gestão do cuidado das equipes de saúde da família e dos próprios usuários alcançados pela ESF. Na especificidade das equipes apoiadas o núcleo tem a função de atuar como instrumento de gestão de processos de trabalho, suscitar discussões que provoquem a saída das zonas de conforto, seja clínica ou logística, no sentido de qualificação das ofertas e serviços (*ibdem*).

O campo de práticas em Camaçari possibilitou a vivência em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) sem retirar o residente do campo de inserção inicial, nesse formato, o residente deveria continuar na USF mas com funções diferentes das que eram incumbidas no primeiro ano. Portanto, competia ao residente do segundo ano apoiar/incentivar a articulação de rede e a qualificação da gestão dos processos de trabalho.

Nesse formato, tive a oportunidade de vivenciar: 1 - a vigilância em saúde, especificamente, os serviços de coordenação de vigilância epidemiológica (COVEPI) e centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST), em Camaçari; 2 – departamento de atenção básica (DAB) de Camaçari; 3 – Coordenação de NASF do município de Santo Estevão.

Com essas experiências aprendi que não se faz um bom trabalho de apoio às equipes sem conhecer a RAS disponível e os dispositivos do território adscrito; que os modelos de atenção à saúde estão em disputa seja na reunião com uma equipe ou com a gestão municipal; que montar a agenda dos profissionais de uma unidade além de um processo administrativo é gestão da clínica; que o departamento de gestão não é meramente gerencial, é sobretudo, político.

A equipe de NASF que atua sem a consciência que o seu trabalho é também um ato político, incorre na possibilidade de ser um instrumento de manutenção da

lógica hospitalocêntrica. Não incluir no cotidiano a gestão de processos de trabalho é prolongar o caminho de compreensão do seu próprio trabalho pelos seus pares, da função do apoio matricial e de cuidado compartilhado, assim como torna mais distante a materialização da vigilância em saúde e articulação de rede, passando a ser mais uma equipe que trabalha de maneira isolada, “fazendo a sua parte”.

4 OS BASTIDORES, O PALCO E AS RESSIGNIFICAÇÕES

*“Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre
tudo”
(Raul Seixas)*

Passei a graduação dedicando-me com mais vigor a estudar as formas de intervenções na escola, com pouca afinidade com os campos não escolares. Não levou muito tempo para que fosse possível ver que os mestres, que fizeram de mim professora de educação física, tinham razão: independente do campo de intervenção, o que conduz a atividade profissional na área é a atividade docente. Essa percepção possibilitou que o olhar para o campo de prática não se limitasse as minhas (des)motivações.

A princípio, os problemas estruturais do programa como a falta de apoio pedagógico para a educação física e atividades/espços formativos com pouco aprofundamento teórico, junto com o lugar secundarizado da educação física na saúde da família eram questões que me causavam mais esgotamento do que o conjunto de tarefas e responsabilidades da minha rotina como profissional. O esgotamento psicológico retardou o içamento dos processos de ressignificação da educação física.

Preciso reconhecer que a fadiga era resultante de um complexo multifatorial. Afinal, os afazeres não se encerram no fim do expediente de trabalho. No contexto de moradia assumi incumbências que utilizavam quaisquer reservas de fonte energética.

Por muitos momentos fiquei desesperançosa – inclusive de qualquer possibilidade de melhoria do formato organizativo do programa integrado de residências – desejando apenas a conclusão dos vinte e quatro meses¹⁰. Nesse período, inquietava-me sobremaneira a pouca apropriação de grande parte do próprio corpo pedagógico¹¹ sobre as metodologias ativas, em especial, os pormenores da proposição metodológica escolhida para o programa de residência.

Nenhuma metodologia de ensino é desprovida de teoria educacional e pedagógica.

¹⁰ Período mínimo para concluir as atividades do programa.

¹¹ Em todos os momentos que o termo “corpo pedagógico” for citado refiro-me ao conjunto de profissionais, do programa de residências integradas em saúde da família da FESF-SUS, que tive espaços de convívio/troca de conhecimentos.

A teoria educacional formula uma concepção de educação apoiada em um projeto histórico de sociedade, sendo assim, discute as relações entre educação e sociedade em seu desenvolvimento; que tipo de homem se quer formar; os fins da educação, entre outros aspectos. A teoria pedagógica trata do trabalho pedagógico e tem por base uma teoria educacional, procura as regularidades subjacentes ao trabalho pedagógico, formula os princípios norteadores da prática pedagógica (FREITAS, 1995, p. 93).

Tencionava os diálogos em busca da identificação da teoria educacional e teoria pedagógica para compreender a intencionalidade educativa de uma experiência que duraria dois anos. Pois, o sentido da ação repercutiria na minha formação e de todos os outros profissionais que atuavam cotidianamente, ombro a ombro. Isso significava identificar os elementos norteadores que prospectaram para educação física. Tratava-se de distinguir¹² se o projeto educativo estava condicionado a uma “educação unilateral – educar para o mercado e formar o cidadão produtivo” (FRIGOTTO, 2009, p.69), ou se a intencionalidade educativa tinha dimensões do trabalho como princípio educativo¹³.

Diante de problemas estruturais, institucionais, fadiga, desesperança, disputas políticas e as desilusões com própria educação física era custoso aceitar que em um programa de pós-graduação o processo de ensino-aprendizagem estivesse pouco estruturado, afinal, sou professora¹⁴.

O tempo foi passando, então abdiquei de discutir sobre a temática. Foi exatamente nesse intervalo que pouco a pouco, foi possível notar que alguns componentes do corpo pedagógico buscaram outras leituras para compreender as indagações/provocações que outrora fizera insistentemente, outros, que no começo aparentava uma escuta repulsiva, passaram a demonstrar uma escuta mais sensível ao tema.

Por fim, cheguei a síntese de que as pessoas que ocupavam aqueles lugares não tinham as respostas para àqueles questionamentos por falta de interesse, vontade ou dedicação, o conhecimento não lhes foi ofertado durante os cursos de graduação (pois o objeto de estudo dos cursos de bacharelado em saúde não é o

¹² O documento norteador da proposta educacional do Programa Integrado de Residências em Saúde da Família foi publicizado no ambiente virtual sete meses após a entrada da nossa turma (2017), ou seja, os princípios educativos eram repassados nos discursos (por vezes, antagônicos).

¹³ Para aprofundamento consultar obras de Leandro Konder, Gaudêncio Frigotto e Acácia Kuenzer.

¹⁴ A Educação Física é a única categoria profissional com formação em licenciatura, tanto na condição de residentes como no corpo pedagógico, as demais categorias são bacharéis. Ou seja, a sensação era que meu grito era mudo, ou que eu não estava identificando lacunas, mas criando-as.

processo de ensino-aprendizagem) tampouco nos turnos de formação ofertados pelo programa.

Apesar de reconhecer que no último ano houve mudança significativamente qualitativas, penso que enquanto o programa não apostar em um profissional especificamente capacitado para discutir sobre proposições pedagógicas – faço aqui uma defesa de um profissional com formação específica para ser professor, com profundo conhecimento sobre o desenvolvimento das capacidades psicológicas superiores, as teorias educacionais, teorias pedagógicas e metodologias de ensino – o corpo pedagógico permanecerá com a lacuna em materializar uma práxis pedagógica, alicerçada em **uma** metodologia ativa (dentre as várias vertentes) que forme sujeitos militantes do e para o SUS¹⁵.

Embora o contexto fosse conflitante com as minhas expectativas havia os deveres enquanto residente e profissional a serem cumpridos. Não poderia deixar que se perdesse o compromisso do retorno social ao investimento público em mim. Logo, foi necessário redirecionar o gasto energético.

Os bastidores não se encerram aqui, mas foi assim que iniciei o processo de identificação de possibilidades de intervenções naquele cenário de práticas.

4.1 Primeiro ato: o reconhecimento

*“Eu quero dizer agora o oposto do que eu disse
antes.
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante”
(Raul Seixas)*

Por mais que tenha sido conflituoso e angustiante o caminhar como residente em saúde da família, quando revisito as produções ou ouço os próprios colegas relatando que mudaram positivamente a maneira de ver a educação física e, o retorno dos usuários do serviço em abraços e relatos de melhoria da qualidade de vida sinto uma grande satisfação.

Portanto, seria injusto iniciar o relato específico das produções da educação física sem antes reconhecer o trabalho admirável de pessoas que foram fundamentais

¹⁵ O fio condutor de uma práxis pedagógica é o seu referencial teórico, este também sustenta a metodologia. Apesar de alguns projetos políticos pedagógicos não exporem as suas escolhas/defesas teóricas, uma análise minuciosa é capaz de identificá-las. Um projeto de educação jamais é desprovido de intencionalidades. Não se “definir” é também uma escolha intencional (ainda que não consciente).

para que a jornada assistencial não ficasse reduzida as lamentações. Nenhum dos resultados/produções são frutos individuais, “o homem é um ser de natureza *social*, que tudo o que tem de humano nele provém da sua vida em *sociedade*, no seio da *cultura* criada pela humanidade” (LEONTIEV, 1978, p. 261, grifos do autor).

Entre tantos encontros, apoio, acolhimentos, trocas, afagos e ensinamentos, foram indispensáveis os olhares atentos, as discussões respeitadas, os incentivos, as cobranças e parceria de quatro pessoas: Silvana, Thaylane, Isadora e Wilames.

Silvana, ficou na preceptoría de NASF durante o maior tempo da minha permanência, chegou junto com a nossa turma e ficou até pouco mais do início do segundo ano. A sua forma de conduzir os processos de trabalho, respeitando o tempo de maturação individual, incentivando a autonomia e orientando os caminhos com muita humanização nas relações, fizeram com que me sentisse pertencente ao espaço.

Thaylane, além de veterana mais ativa, ensinou as coisas basilares do processo de trabalho como residente. Após a saída de Silvana, retornou como preceptora e passou a exercer a função com maestria, auxiliou na qualificação dos processos organizativos da equipe, na consolidação de ações das linhas de cuidado e na consumação de procedimentos da minha iniciação à preceptoría que já havia iniciado quando passei para o segundo ano da residência.

Isadora (nutricionista) e Wilames (fisioterapeuta)¹⁶, profissionais muitíssimo competentes, eram as pessoas que formavam a equipe de NASF junto comigo. Em todo o tempo, nossas discussões eram densas. Os três com forte poder de argumentação, mas nunca levamos nenhuma das discussões para o lado pessoal. Além disso, defendíamos com vigor o trabalho do outro por compartilharmos as intencionalidades das ações, construirmos coletivamente os matriciamentos e compartilhar entre nós os saberes específicos de cada categoria. As trocas de conhecimentos faziam com que me sentisse mais segura nas ações de apoio matricial e na defesa de uma decisão feita pela equipe.

¹⁶ A equipe de NASF passou pelo processo de transição, os residentes do segundo ano ficaram conosco por um período, após a saída dos mesmos a equipe de apoio matricial passou a ser composta apenas por nós três: nutricionista, fisioterapeuta e professora de educação física; sob a preceptoría de Silvana.

4.2 Segundo ato: a educação física em cena

“Amar e mudar as coisas me interessam mais.”
(Belchior).

Apesar de ter passado por uma formação de caráter ampliado (para atuar no campo da saúde e da educação), não me sentia segura para assumir a função de profissional de educação física na perspectiva da saúde coletiva. Principalmente por saber que o que a comunidade usuária do serviço de saúde e as equipes de saúde da família almejam ações com aspectos da concepção – ainda – hegemônica. Não sabia muito o que fazer, mas tinha a convicção do que não queria reproduzir: a invisibilidade, o corriqueiro e a ilusão.

[...] as intervenções da Educação Física no período atual apesar da contribuição de outras áreas do conhecimento continuam centradas no entendimento de Atividade Física como sinônimo de Saúde, na lógica da aptidão física, de noção de risco e bem-estar, e na busca pela melhoria estética. [...] Esta ênfase na atividade física e a adesão aos discursos hegemônicos do tipo “faça atividade física e tenha saúde”, têm provocado à supervalorização dos aspectos físicos em detrimento dos demais elementos do processo saúde/doença da população. O que acaba por provocar dentre outros problemas a ilusão da cura. Ilusão, uma vez que na maioria dos casos tais intervenções atuam de modo unicausal, intervindo em apenas alguns dos aspectos relacionados ao processo saúde/doença. Não modificando os reais fatores do adoecer dos indivíduos/coletivos em sua essência. [...] Esses elementos evidenciam a forma reducionista que a Educação Física vem intervindo na questão da Saúde em nosso país, atribuindo a realização de atividade física, como questão única e central à melhoria da saúde da população. (COSTA, 2009, p. 5).

Tal perspectiva escapa a um dos princípios do SUS, a “**integralidade de assistência**”, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, grifos nossos). Além disso, não coaduna com a visão do apoio matricial fundamentado na clínica ampliada¹⁷.

Então, foi necessário buscar caminhos que fizessem sentido para mim. Ou seja, criar maneiras de socialização dos conhecimentos específicos e fomentar uma proposta factível de clínica da educação física, alicerçada no conceito de processo ao invés de fatores de risco (COSTA, 2009).

Não seria possível a materialização de nenhum ideal sem o estreitamento de laços com os profissionais das equipes de saúde da família, sem que os mesmos

¹⁷ Fiz o destaque para a clínica ampliada pois pode haver também apoio matricial na linha da Atividade Física como sinônimo de saúde e outras opções teóricas.

avistassem as possibilidades de acionamento da categoria, sem que acreditassem que juntos poderíamos ampliar as formas de cuidado e de assistência à saúde da população. Posto que a educação física pouco é vista para além da condução de atividades coletivas que envolvam as práticas corporais, foi necessário fazer um caminho incomum: adentrar aos consultórios.

A entrada repetitiva em um ambiente possibilita a identificação de potências, as fragilidades, necessidades de investimentos e fortalecimento de estruturas. À vista disso, detectei que era necessário debruçar-me sobre os aspectos de processos de adoecimento mais recorrentes, como as doenças crônicas não transmissíveis, e, percebi oportunidade de ampliação da forma de assistência na linha de cuidado de saúde da mulher e programa de pré-natal. Enquanto estes recebiam o “foco de luz”, na coxia¹⁸, outras tramas ganhavam forma para a composição da apresentação, como a territorialização de núcleo e a produção de materiais informativos.

4.2.1 (Re)conhecimento de palco: territorialização

A forma e a intencionalidade de transitar pelos espaços repercutem na maneira de captar o território. Observe: a cidade não é a mesma durante o dia e noite; quantos lugares passam despercebidos ou descobrimos a existência ao transitarmos por meios de transporte diferentes?

A Estratégia de Saúde da Família se constrói com vínculo. Como construí-lo sem conhecer a população adscrita e os aspectos que caracterizam a comunidade? Como dar resolutividade a uma demanda de saúde/cuidado sem conhecer a rede própria e imprópria do município, a rede formal e informal do território e, as formas de acesso às mesmas?

Monken (2008) compreende a territorialização como um processo e método que reúnem dados e percepções sobre as condições de vida e de saúde da população, considerando aspectos econômicos, sociais, culturais, políticos etc., para que sejam realizadas análises da produção social de saúde e ofertas de cuidado.

Nesse sentido, a territorialização realizada nas especificidades dos núcleos do NASF podem coletar informações diferentes das que são coletadas pela equipe de

¹⁸ Coxia é “lugar situado dentro da caixa teatral - mas fora de cena - no palco italiano, em que o elenco aguarda sua deixa para entrar em cena em uma peça teatral” (EDUCALINGO, 2019).

saúde da família, justamente por ter um olhar “treinado” para outras demandas e possibilidades. Cada pedacinho desse grande quebra-cabeça vivo e mutável são indispensáveis para conhecermos a realidade local para além do que se apresenta na USF, além de potencializar nossas ferramentas.

Quando cheguei, em 2017, já havia uma territorialização iniciada, mas eu não consegui atualizá-la no mesmo ano. Com a chegada de novos residentes, em 2019, unimos forças para dar prosseguimento em processo que necessitam de atualizações e continuidade, assim conseguimos dar um pontapé inicial na atualização dos equipamentos sociais, espaços privados e rede própria do município com oferta de equipamentos e práticas corporais.

Com o mapeamento amenizou a sensação de impotência, pois em muitos casos seria necessário a prática sistematizada e contínua de exercício físico, que no contexto das unidades de saúde (estrutural, falta de materiais) não seria possível ofertar. E, também, porque essa não é a função do profissional de educação física no NASF, caso assumisse esse tipo de demanda o apoio matricial seria completamente abandonado.

Outros benefícios da territorialização de núcleo são: “disponibilizar” para os profissionais da equipe de saúde da família outras ofertas que poderiam fazer parte do processo terapêutico e de autocuidado dos usuários; abrir o “cardápio de ofertas” para os usuários que não conseguiam perceber nenhuma forma de iniciar uma prática corporal dentro do seu aspecto social.

O processo de territorialização de núcleo precisa ser incentivado em todas as categorias do NASF, em todas as turmas que passem por esta residência. Executar a atividade fez com que me percebesse também como agente de transformação daquela comunidade. Foi fundamental para efetivação de parcerias que posteriormente nos renderam participações especiais de profissionais da comunidade em ações na unidade de saúde da família e abriu os caminhos para utilização de alguns espaços.

Ver nos anexos 1-A e 1-B as planilhas dos dados consolidados, que foram disponibilizadas para todos os profissionais.

4.2.2 A clínica da educação física

Clínica médica, consulta odontológica, atendimento de enfermagem... Será que podemos falar de uma perspectiva clínica para a educação física? Ao pensarmos numa academia de musculação, facilmente imaginamos o atendimento personalizado. Tente fazer o esforço de buscar em sua memória em quais outros espaços você consegue imaginar a educação física atuando de forma clínica. Se você conseguiu, parabéns, isso significa que conhece a educação física para além dos paradigmas.

E quando falamos da educação física na atenção primária à saúde, o que é mesmo que você pensa?

Na condição de profissional da área, não posso negar que o lugar mais confortável de intervenção é nas atividades coletivas, afinal, a formação dá mais ênfase, seja no ambiente escolar ou nos demais espaços.

O que não é costumeiro, muitas vezes causa medo e insegurança. Foram exatamente essas as sensações ao me deparar com a primeira agenda de atendimentos individuais. Foi como se todos os conhecimentos adquiridos tivessem sido apagados da memória

Projetei passar por esse momento com alguém (R2 do núcleo) para pegar em minha mão e dizer que iria dar tudo certo. Mas, no final tudo sempre dá certo, não é? A preceptora de enfermagem, Renata, foi esse suporte. Mesmo não entrando no consultório para conduzir comigo o momento, se colocou à disposição para que fosse acionada caso encontrasse necessidade de uma intervenção que fugisse do esperado. Detalhe: eu não sabia o que esperar.

Acreditava que se alguém mais experiente conduzisse aquele espaço, os sentimentos não seriam esses e os desafios seriam outros, mas talvez esse momento tenha sido necessário para me fazer acreditar que mesmo sem ter aproximação anterior com a saúde pública tenho conhecimentos de núcleo suficientes para uma avaliação global. Saí com a sensação de que poderia ter sido melhor, ao mesmo tempo que fiquei confortável por ter feito o que foi possível diante dos sentimentos que se confrontavam naquele momento.

Toda estreia é sempre a mesma coisa: estudamos com antecedência o roteiro, ensaiamos, mas ao chegar na coxia o nervosismo toma conta. Depois do abrir das cortinas o palco se torna abrigo. Em todas as apresentações continuamos a sentir o friozinho na barriga. Em seguida, as luzes, os sons, os olhares nos abraçam, então,

continuaremos ali, para sermos o que sabemos fazer. A cada novo espetáculo seremos sempre maiores.

A terapêutica para algumas comorbidades são estritamente medicamentosas ou procedimentais, mas até a mais restrita das terapêuticas exige um olhar sobre quem é aquele usuário, quais subjetividades interferem na sua condição de saúde, quais as cicatrizes daquela história afetaram ou construíram seu estado de saúde. As respostas para essas questões são fundamentais para que a atuação do profissional possa induzir processos de melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Este agir na saúde, traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugerimos que tenham a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centrado. Isto significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial, que a captura do Trabalho Morto exerce, em todos os níveis da assistência (MERHY, 2003, p.11).

Na esfera da saúde coletiva a educação física poderia utilizar das tecnologias dura, leve dura e leve. Contudo, na atenção primária à saúde no Brasil não dispomos de equipamentos tecnológicos específicos para atuação da categoria. Atuamos com as tecnologias dos saberes e das relações, que correspondem, respectivamente, as duas últimas citadas no primeiro período.

Na lógica de trabalho do NASF, a dimensão assistencial não deve figurar assistência ambulatorial, mas transcender a lógica do encaminhamento com a consolidação do cuidado compartilhado. Ou seja, o trabalho assistencial é extensão do apoio às equipes (BRASIL, 2014).

No cenário de práticas que atuei, a educação física passou a ser vista com possibilidade clínica a partir dos matriciamentos e das discussões de caso. É imprescindível que em reuniões multiprofissionais as diferentes áreas contribuam para a ampliação do plano terapêutico. Nesse sentido, além das temáticas “da saúde”, a minha formação permitia tecer considerações no campo educacional, se assim fosse necessário.

Inicialmente, os atendimentos individuais específicos eram voltados para participantes do “Grupo de Práticas Corporais”, eram na maioria mulheres entre 40 e 70 anos, realizavam as atividades duas vezes por semana. Então, os atendimentos tinham como objetivos: 1 – conhecer as demandas individuais para as adaptações necessárias na atividade coletiva; 2 – verificar se houve melhoria na condição de saúde; 3 – analisar necessidade de articulação de rede para ampliação do cuidado.

Entretanto, não consegui manter uma rotina para avaliação e reavaliação de todas no período de um ano, a nova turma de residentes tem realizado esse trabalho com brilhantismo.

Para os demais atendimentos específicos, o desafio era maior. Diferente das outras categorias, de história mais antiga na saúde, a educação física não possui protocolos estaduais e municipais instituídos. Dessa maneira, o que possibilitava a organização prévia (para estudar a temática da demanda de saúde, traçar algumas sugestões terapêuticas e de pactuações etc.) eram as informações passadas pela equipe de saúde na discussão do caso.

Não era possível a mesma organização quando ocorria o acionamento para atendimento individual compartilhado no momento da ocorrência da consulta com o profissional da equipe, então era necessário alguns improvisos e utilização dos materiais disponíveis no consultório. Ver exemplo dessa “sistematização improvisada” no anexo 2, refere-se ao atendimento compartilhado a uma mulher, com mais de 50 anos, que passava a maior parte do dia trabalhando, era costureira; devido a atividade repetitiva e a posição necessária para a atividade, sentia dores cervicais, cansaço no trapézio e braços, além de edema nos pés.

Pessoas com diabetes e hipertensão só deveriam ser direcionadas para atendimento individual específico se houvesse dificuldade de o usuário efetivar as pactuações, se as alternativas terapêuticas não conseguissem atingir os níveis desejados ou para inserção de programa de exercício físico junto ao tratamento medicamentos, por exemplo, para insulíndependentes. Em um matriciamento compartilhei com as equipes de saúde os critérios de avaliação de indicação e de contraindicação de exercício físico para estas comorbidades. A partir do matriciamento sistematizei um material de consulta para os profissionais para acessarem de forma rápida as informações, o mesmo foi fixado em todos os consultórios das duas USF (ver no anexo 3).

Utilizava como princípio maior a orientação de uma prática corporal que proporcionasse prazer. Em alguns casos a avaliação apontaria para a necessidade de praticar musculação, mas com o uso da tecnologia das relações era possível perceber que aquele indivíduo não iria aderir a nenhuma prática monótona. Então, fazia a opção em buscar na história de vida da pessoa algo que pudesse associar à demanda de estado de saúde e que lhe provocasse boas sensações. Preferia fazer pactuações que auxiliasse o indivíduo a lidar com aquele momento da vida, ainda que

os níveis de pressóricos, de glicemia, de funcionalidade não dessem as respostas desejadas, ao invés de fazer orientações que não seria materializadas no cotidiano e, na reavaliação pudessem causar mais autculpabilização.

A abordagem era a mesma para os casos de ansiedade e dificuldades de aceitação do próprio corpo. O incentivo para uma prática corporal deveria ter o cuidado de não sugerir um espaço que reforçasse os padrões que fizessem aquela pessoa não se sentir socialmente aceita. Para distúrbios de imagem corporal, a abordagem seguia na lógica da redução de danos, por exemplo, redução das aplicações de substâncias injetáveis ou perda das calorias ingeridas com exercício físico ao invés de seguidas induções de vômitos.

Nos casos que envolviam algo relacionado a dificuldade de aprendizagem, de interação ou boas relações no ambiente escolar, ou enquadramento na rotina escolar, os atendimentos específicos seguiam na intencionalidade de identificar a principal causa do problema e a rede de apoio. Os casos eram discutidos nas reuniões de equipe para traçar as novas estratégias e analisar a necessidade de articulação da rede, por exemplo, a própria escola. Especificamente nos casos de autismo, as intervenções eram mais centradas na pessoa responsável pelo cuidado, para ensinar técnicas de estimulação no domicílio (por exemplo, criação de jogos com cores que lhes chamam a atenção), acompanhamento do avanço no desenvolvimento, conversar sobre o autismo para ampliação da compreensão e do saber lidar.

Aprendi que, essencialmente, nenhum atendimento pode ser bom o suficiente se o usuário não sentir o seu olhar atento, sua preocupação em compreendê-lo ou invés de julgá-lo, sua paciência em ouvir mesmo o que não tenha perguntado e oferecer aquilo que de mais humano compuser a sua essência.

4.2.3 A clínica compartilhada

O mais bacana dos atendimentos compartilhados é o compartilhamento de saberes. Por isso, não faz sentido que durante o atendimento o profissional da equipe de saúde da família se ausente, passando o atendimento para o profissional do NASF. A lógica que deve prevalecer não é a do encaminhamento, a não permanência no espaço simboliza a transferência de responsabilidade. Durante o período na residência alguns profissionais tiveram dificuldade de compreender isso, gerando

desconfortos e ao mesmo tempo demonstrava a necessidade de o NASF investir mais no apoio matricial para este profissional.

A clínica, no sentido de ação, para ser compartilhada necessita da disponibilidade de mais de um profissional e, para a troca de conhecimentos/tecnologias é necessário o desejo de ambos. Estar no ambiente e não reconhecer a possibilidade de aprendizagem com o outro profissional é suprimir o apoio matricial, que se faz de modo colaborativo.

Colaboração interprofissional é um termo utilizado para descrever a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente. Está relacionada ao cuidado integral, se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas. Envolve um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que permite que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais atuem de forma sinérgica (MUTUDA *et al.*, 2015, p. 2512).

Foram nos ambientes de clínica compartilhada, sejam eles de consulta coletiva, de atendimento individual ou de atendimento domiciliar, que aprendi sobre protocolos, manejo, técnicas e, principalmente, onde eu deveria investir para ampliação da clínica da educação física. Assim como a Estratégia de Saúde da Família não se faz sem territorialização o apoio matricial não acontece de maneira eficiente sem identificação de necessidades e do perfil das equipes que serão apoiadas e, parceria interprofissional.

Dentre as vivências, duas foram mais marcantes na clínica compartilhada: os atendimentos no programa de pré-natal e um dos atendimentos com demanda de saúde mental. Sobre esta última cabe um foco de luz para que os detalhes sejam vistos.

Quem protagonizou as cenas foi uma criança, sexo masculino, de 12 anos, passou maior parte do tempo convivendo na casa de uma tia (em outro estado), recentemente havia voltado para o lar da genitora (em Camaçari). Tomei conhecimento da história numa discussão de caso com a médica da equipe de referência da família. Havia a suspeita de que a criança possuía transtorno opositor desafiador, que tem como características a falta de disciplina, instabilidade emocional, alterações de humor, agressividade, dificuldade no cumprimento de regras etc. A profissional desejava ser auxiliada com ferramentas que possibilitassem a

investigação de ocorrência pregressa de violência, chegamos a síntese de que iniciariamos o aprofundamento da “investigação” recorrendo a arte.

Posteriormente, realizamos um atendimento compartilhado. Estavam presentes a médica e eu, acompanhando a criança estavam a mãe e a irmã (mais nova que a criança em questão). A criança recusou ficar sem as acompanhantes no consultório. Enquanto a mãe relatava parte do comportamento dele durante a semana, o mesmo utilizava um aparelho celular para jogar, ao mesmo tempo que parecia ignorar o relato sobre seus feitos.

Solicitamos que ele fizesse um desenho, retratasse o que desejasse. Deixamos totalmente livre! Observamos a força nos traços, os que foram apagados e os que foram apresentados ao final; a partir da análise conversamos na tentativa de estabelecer um vínculo e compreender os sentidos e significados expressos naquele papel. Ao final da consulta, já nas despedidas (quando o tom já não soava como observador) perguntei ao garoto qual era aquele jogo que usara para se distrair, pois eu também gosto muito de jogos. Ele me mostrou, pois não sabia o nome. Após esse breve diálogo ganhei um aperto de mão e um sorriso.



Exemplo de layout do jogo. Imagem disponível em: https://mobimg.b-cdn.net/androidgame_img/tetris/real/1_tetris.jpg

Passei a semana inteira matutando sobre o caso, as significações do desenho (que representava uma família, mas que teve muitos traços apagados) e qual seria o nosso próximo passo. O jogo que ele me mostrou é chamado de Tetris, que por sinal gosto muito, então não tive tanta dificuldade em revisitá-lo. Então, surgiu a ideia de utilizar o mesmo jogo para o próximo atendimento.

Foram dias esquematizando a ideia e mais um tanto de dias para conseguir confeccionar as peças para direcionar para o objetivo ao qual o apoio foi solicitado. Por fim, montei o jogo no sentido de que o encaixe das peças pudesse dizer algo sobre aquela história de vida. A intencionalidade era identificar marcos e conexões, por isso, cada peça formava uma palavra, que foram

escolhidas a partir da escuta no atendimento anterior e de registros do prontuário.

No dia agendado a família compareceu pontualmente, estava planejado para ser um atendimento individual específico (a criança e eu). Ao entrarmos no consultório

percebi que a criança estava com o comportamento diferente, estava desafiadora. Acomodamo-nos e então um silêncio pairou pelo consultório por mais ou menos um minuto, vi que a calmaria deixava todos (da família) agoniados. Então, quebrei o silêncio com a seguinte pergunta: quem vai começar a me contar sobre os motivos dessa inquietação?

A mãe solicitou que a criança iniciasse a narrativa dos acontecimentos, mas houve recusa. Então, a mesma iniciou contando sobre o comportamento agressivo com a irmã mais nova (mordedura) e com a própria mãe, além de desobediência constante. Finalizou com a observação de que estava pensando sobre a possibilidade de mandá-lo de volta para a casa da tia, pois ele a respeita e comporta-se melhor.

Antes de dar prosseguimento ao relato dos pensamentos daquela mulher, que se mostrava desesperada e ao mesmo tempo culpada, perguntei se seria possível que continuasse no consultório apenas ele e eu. Dessa vez não houve recusa! Ponto para nós. Isso demonstrava algum sinal de confiança da parte dele. Ali surgia o embrião de vínculo.

Quando a mãe e a irmã saíram peguei o jogo (Tetris adaptado, ver anexo 4) e coloquei sobre a mesa, tentei fazer a expressão de “menina traquina” e disse para ele que a verdade é que queria fazer uma coisa que a mãe dele não deixaria: jogar! Por isso, pedi para que nos deixasse a sós; aquilo precisava ser um segredo nosso, pois eu estava no horário de trabalho, seria muito ruim que alguém descobrisse que eu estava jogando.

Foi imediata a reação dele de quem não estava acreditando que eu estava “mentindo” para todos. A conduta dele sempre é de confronto, burlar regras, então, estávamos naquele momento unidos para burlar as regras. Tudo foi mudando: a forma de sentar, o olhar que era agressivo ficou ansioso, o tom da voz ficou mais baixo. Foi dessa forma que consegui ter “acesso” a ele naquele momento.

As peças foram organizadas sobre a mesa, viradas para baixo. Expliquei as regras: 1 – respeitar um limite quadrado para dispor as peças; 2 – as peças deveriam ser encaixadas pelo formato e se houvesse algum sentido com a história de vida; 3 – responder as minhas perguntas encaixando mais uma peça ou mudando uma de lugar.

Ao longo do jogo outra médica que passou a acompanhar o caso, pois ela iria assumir a assistência do território da equipe, entrou para observar a abordagem. Percebemos que ele já estava tão à vontade no espaço e na ação que a entrada de

uma pessoa estranha não lhe surtiu retração. A entrada dela surtir um efeito muito positivo, pois estaríamos retomando a clínica compartilhada, foi sensacional, pois ao final avaliamos que aprendemos muito com as intervenções da outra, além do olhar diferente.

Ao montar as peças ficou uma clara divisão: um lado bom e um lado ruim daquela história de vida. Solicitamos que ele olhasse para o jogo como se olhasse para sua própria história. Dialogamos sobre a vida em sociedade, que há coisas boas e ruins na vida de todos; há coisas que simplesmente acontecem e não sabemos os motivos, mas há outras que temos possibilidade de escolhas, por exemplo, reagir aos atos da irmã mais nova com mordidas.

Solicitei que escolhesse três peças que representasse coisas boas e mais três que representasse coisas ruins. Das coisas boas, ele deveria escolher coisas que ele não quisesse nunca perder, das ruins, preferencialmente as que ele desejasse jamais se repetir.

Palavras escolhidas: boas – família, abraço e sorrir; ruins – violência, corpo e bater. A partir dessas palavras fomos (médica e eu) tentando entrar um pouco mais na história dele, conseguimos avançar até o ponto em que afirmou a violência física sofrida quando ainda morava na casa da mãe, mas que a mesma não era a autora das agressões. A tia (a que ele obedece) foi quem tirou-o desse cenário. Ficamos mais calmas depois do relato que a pessoa autora das agressões não estava residia mais na mesma casa que atualmente ele residia com a família.

Das palavras ruins escolhidas, solicitei que selecionasse uma para rasgar, com a finalidade de retirar definitivamente aquilo da sua história e para afirmar para si que a partir daquele momento as atitudes dele não corresponderiam mais àquela palavra. As palavras boas ele poderia levar para casa, as três; todas as vezes que se sentisse triste, em dúvida do que fazer, deveria pegar as palavras para poder tomar uma decisão.

Enquanto o atendimento acontecia, em outro consultório, a médica da equipe estava atendendo a mãe do garoto para verificar as demandas de saúde e explicar a metodologia que estava sendo utilizada na consulta do filho.

Posteriormente, reunimo-nos para socializar as intervenções realizadas, as impressões, os elementos identificados e pensarmos os próximos passos, isso incluía avaliar os limites e possibilidades da equipe e, pontos da rede que pudessem ser acionados.

Ao final, os sentimentos se misturaram: era boa a sensação de ter contribuído significativamente no avançar de um caso tão complexo como o dessa criança, ao mesmo tempo que me sentia impotente diante das repercussões de uma infância não respeitada e de um corpo violentado.

4.2.4 Da clínica coletiva à coletivização da clínica

Na realização das atividades coletivas há uma mistura dos saberes de campo e dos núcleos, assim como é tênue a linha entre as habilidades de uma pessoa e as competências de um núcleo. O primado maior de realização de atividades coletivas é alcançar um número de pessoas que não seria possível em atividade individual. Não há uma definição de que o trabalho com grupos deve ser conduzido exclusivamente por tal categoria profissional, na Estratégia de Saúde da Família o trabalho deve ser compartilhado, com elaboração conjunta e corresponsabilização de todos (BRASIL, 2014).

As atividades coletivas, seja educação em saúde, grupo terapêutico, grupo de convivência ou consulta coletiva carregam consigo uma essência clínica, em alguns momentos mais prescritiva, em outros, com fundamentos no autocuidado, bem-estar e qualidade de vida. Por isso, são espaços potentes para a ampliação da clínica dos profissionais e das ferramentas pedagógicas (*idem*).

A clínica coletiva se faz nas trocas mútuas entre profissionais de saúde, profissionais de outros setores da rede pública e usuários, em que o conhecimento científico e o popular encontram-se horizontalizados, difundidos sem burocracias com uma comunicação eficiente. Nessas atividades na residência pude aprender mais elementos técnicos, enquanto que a equipe de saúde da família relatava que aprendia mais sobre metodologia de organização do espaço, didática e linguagem acessível.

Havia diferentes formas de execução dos grupos: uns aconteciam com o protagonismo da equipe de saúde da família, como as consultas coletivas e grupo de exames; outros sob a responsabilidade do NASF, como grupos de convivência e de práticas corporais; e, alguns de consumação compartilhada, como educação em saúde, grupos de gestantes e Programa Saúde na Escola.

Passamos por longas discussões, com ênfase aos grupos de convivência (que inclui o grupo de Práticas Corporais) que em determinado momento me recusei a

continuar na condução das atividades sozinha, ou só com a ajuda de outro profissional do NASF. As discussões e disputas foram árduas, mas ao final conseguimos convencer a equipe sobre a necessidade de coletivização da clínica, pois até mesmo um grupo de convivência carece de olhar multiprofissional, ainda que cada núcleo e/ou pessoa contribua de maneira singular.

4.2.5 Antes do apagar das luzes: o parto de um fluxograma

A inserção no programa de pré-natal não aconteceu por acionamentos dos profissionais da equipe de saúde da família. Pedia licença e entrava no palco! Fui percebendo que cada profissional elaborava um roteiro próprio para dar conta dos requisitos mínimos dos protocolos. Ainda que em ordem diferente, a consulta segue um padrão, isso facilitou perceber que quase nunca “sobra” tempo para orientações sobre adequação postural e outras observações que são substanciais para melhoria da qualidade de vida da pessoa que está em fase gestacional, por exemplo, alongamentos para reduzir as dores lombares.

A cada consulta fui me apaixonando por esse universo, mas ao longo do tempo percebi que era sedutor pela abordagem e brilhantismo das enfermeiras (reconhecimento parte 2). Sou grata por terem me recebido nas consultas com o coração aberto para as trocas, por todos os ensinamentos, avaliações para melhoria da consulta compartilhada e, por terem me dado voz nas consultas. Isso foi de tamanha nobreza que para recompensar passei a me vestir de pré-natal nos espaços de discussões sobre a temática e fazer ecoar o som do conhecimento que foi construído nas sinceras relações cotidianas com as enfermeiras.

Foram elas que me fizeram acreditar que o conhecimento da educação física para o programa de pré-natal não chega para os profissionais que, rotineiramente, conduzem as consultas: equipe médica e de enfermagem. Dessa maneira, o trabalho foi encorpando. Passei a realizar as consultas compartilhadas também com a equipe médica. O resultado continuou sendo positivo.

Com o incentivo da preceptoria (no momento era Silvana), passei a estudar com mais afinco, juntas iniciamos a elaboração de um plano de intervenção ao mesmo tempo em que as ações ocorriam. Anterior ao plano, já havíamos confeccionado um

folheto sobre depressão pós-parto (ver anexo 5), pois notei que o tema era de difícil abordagem para todos.

Com a imersão nas consultas compartilhadas também foi possível diagnosticar que se tornou costumeira a frase “faça atividade física”, mas no pré-natal se algo saísse do *checklist* era imediata a suspensão da orientação de manutenção da rotina de práticas corporais, ainda que não houvesse consciência (criteriosa) dos motivos que levavam a essa conduta.

Para alinhamento das condutas sistematizei um material de consulta rápida, com o objetivo de que a pessoa gestante não fosse limitada de fazer exercício físico apenas para que o profissional prescritor se sentisse seguro diante de suas orientações; e, também não permitir que condições clínicas fossem agravadas pela exposição ao estresse induzido pelo exercício físico. O material pode ser consultado no anexo 6; para efetividade do mesmo, as equipes passaram por um momento de matriciamento específico sobre os exercícios físicos na fase gestacional.

Em uma consulta de pré-natal são passadas muitas orientações em um curto espaço de tempo, então para facilitar o acesso às informações confeccionei um folder que pudesse ser utilizado, em domicílio, pela pessoa em fase gestacional. Para a entrega do material a equipe de saúde da família deveria orientar o modo de utilização da ferramenta, além de certificar-se da ausência de contraindicações para a prática de exercício físico, conforme material explicado anteriormente. Acessar o folder no anexo 7.

Nas consultas compartilhadas que a pessoa gestante estivesse com acompanhante, utilizávamos (pois as equipes foram matriciadas) do método de exercício ativo-assistido e massagens relaxantes, para incentivar o fortalecimento do vínculo e dialogar sobre a parceria ativa.

Como é possível observar, algumas ações foram surgindo de acordo com a percepção de necessidade, todas estas foram proposições diretas da educação física. O apoio matricial não deve acontecer somente por acionamento, até porque o não acionamento é também um dado a ser analisado. A nossa tarefa é “contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas” (BRASIL, 2014, p. 17).

A avaliação é que saímos do cenário de desconhecimento das possibilidades de intervenções da educação física no programa de pré-natal para a efetivação de ações compartilhadas e discussões de casos. Entretanto, a sensação ainda era de incompletude!

Certo dia, quando ainda me sentia um tanto acanhada diante das intervenções médicas e de enfermagem, no acompanhamento da agenda de pré-natal de uma enfermeira, chegou uma mulher que estava no final do segundo trimestre gestacional. Caminhava com incômodo perceptível, “segurava” a barriga com uma das mãos, enquanto a outra mão levava todo arsenal de papéis: prescrições, exames, caderneta, documentos pessoais...

Durante a escuta da história de vida, que carregava as dores do falecimento de um filho que nasceu prematuro, percebemos algumas contrações uterinas. A mulher também relatou a presença de sangramentos vaginais em dias não consecutivos, por esse motivo já havia passado algumas vezes pelo serviço de urgência e emergência do município de Camaçari. Para avançar na investigação, uma médica foi acionada para avaliar a usuária. Diante de tanto cansaço, dor e preocupação daquela mulher, me recolhi ao canto do consultório para não aumentar o clima de tensão. Afinal, eram três profissionais para avaliar uma gestante.

A médica e a enfermeira decidiram “conhecer” o itinerante terapêutico que ela já havia percorrido desde o início da gestação a partir da autonarrativa. O relato citava utilização de medicação intravaginal e endovenosa, o sangramento era contido por um período, mas reaparecia ao retomar a rotina. Em determinado momento a médica saiu do consultório para buscar algo, nesse intervalo, para não deixar que um silêncio ecoasse os sentimentos daquela mulher, pedi para que me contasse sobre sua rotina.

Ela iniciou a descrição dos afazeres, vez ou outra eu a interrompia para perguntar como ela se sentia ao fazer tal coisa. Assim, seguimos em um breve diálogo até que ela lembrou que estava conversando com uma professora de educação física, então, para não ficar “mal na fita” contou que realizava, em dias alternados, elevação pélvica com séries e repetições. Retomei a pergunta: como você se sente ao fazer isto? A resposta veio de um olhar de dúvida. Não se lembrava como se sentia, mas que realizava o exercício pelo desejo de sentir-se bem.

Pedi para que deitasse na maca e realizasse o exercício da forma como fazia em casa, logo depois, a médica retornou e deu continuidade ao protocolo de avaliação clínica. O tempo foi passando e uma nova contração aconteceu, mas dessa vez acompanhada de sangramento! Compartilhei com a equipe que suspeitava de contração uterina induzida pelo exercício. Ficaram surpresas, afinal, era só um exercício. Orientei a usuária quanto a sua condição de contraindicação **absoluta** para a prática de exercício física, as duas profissionais finalizaram o atendimento com as

orientações e protocolos que avaliaram necessárias. Com uma semana a usuária retornou sem sinais de sangramento.

O acompanhamento deste caso causou-me mais inquietude. Na minha cabeça se repetia, cada vez mais alto, a seguinte frase: a atenção primária à saúde precisa aumentar sua capacidade de resolutividade. Era como se estivesse ouvindo um mantra inverso, pois aquilo era perturbador: a atenção primária à saúde precisa aumentar sua capacidade de resolutividade. Eu sabia que precisava fazer algo fora do que já estávamos fazendo, só não sabia por onde começar.

O tempo foi passando, as demandas da agenda sugando meu tempo, mas algo precisava ser feito! Quando iniciei o período dos estágios do segundo ano da residência, a apoiadora pedagógica matricial (APM), Juliana, acessou os relatos do ambiente virtual e questionou a continuidade de alguns processos, inclusive das ações no pré-natal. Agora, não era só mais a minha consciência me cobrando. Nos estágios, compreendi melhor qual a relevância da construção e pactuação coletiva dos fluxogramas, protocolos de acesso e protocolos clínicos.

No estágio na coordenação de vigilância epidemiológica pude ter maior contato com o processo de vigilância de óbito infantil e fetal do município, sendo que o produto final do trio que fiz parte foi a sistematização do fluxo dessa linha de vigilância que existia de maneira informal e registrada na memória das pessoas. O contexto não permitia esquecer a história daquele caso.

Convidei alguns colegas da educação física, que também faziam ou que fizeram parte da residência para reunimo-nos em um sábado. Por tantos motivos, compareceram ao local combinada apenas uma residente que atuava no campo de Lauro de Freitas, Viviana Barboni, e eu. Dialogamos sobre as inquietamos, percepções do campo e do núcleo até que chegamos na conclusão de que era necessário estabelecer um fluxo para a inserção sistematizada e coletivamente pactuada da educação física no programa de pré-natal.

Iniciamos a construção pelos pontos que julgávamos de maiores divergências, por exemplo, a adesão de uma gestante a uma prática corporal se o histórico antes da gestação era de sedentarismo. O fluxograma (no anexo 8) foi tomando formas e critérios, ao final da manhã tínhamos um material sistematizado e uma defesa alinhada.

Ao avaliarmos a logística de implementação percebemos a necessidade de materiais suplementares, então o guia de contraindicações relativas e absolutas

passaram a integrar o fluxo; além disso, criamos um instrumento de acompanhamento das orientações, avaliações e pactuações em que fosse possível a uniformização do registro (ver o anexo 9), o material foi criado para ser anexado ao prontuário.

O fluxograma passou pelos ajustes e validação no núcleo de educação física, posteriormente foi validado nas equipes de NASF, por fim, validado com as equipes de saúde da família. Conduzi as reuniões de apresentação e validação na equipe 01 de NASF e equipes de saúde da família apoiadas. Acompanhei algumas semanas do processo de implementação e o desenvolvimento na rotina das agendas ficou como tarefa dos residentes da turma 2018, pois se findou o meu período da residência no município de Camaçari.

Ter participado da elaboração do fluxo me deixa com a consciência mais tranquila? Não, pois nada garante que será incorporado na rotina das equipes de saúde da família e nem que os novos residentes darão seguimento. Contudo, tenho a plena consciência de que fiz o que foi possível diante das condições e brevidade da residência. Encerrei este ciclo com o brilho nos olhos de quem presencia um nascimento.

4.3 Terceiro ato: em zonas (des)confortantes

Sair do ambiente que – mesmo não sendo um mar de rosas – já conhecemos, é sempre desafiador. No ano assistencial (primeiro ano) passamos a semana toda com a agenda no local de lotação, no meu caso, no NASF. No ano de estágios (segundo ano), a agenda passou a ser dividida, o residente passava dois dias e meio no seu local de origem de lotação e dois dias e meio no campo de estágio. Esse formato permite uma troca de conhecimentos em tempo oportuno, ou seja, potencializar os matriciamentos *in loco* a partir do olhar do residente para o campo de práticas, necessidades das equipes e do território.

Desfrutei da incrível oportunidade de compartilhar os espaços dos estágios com pessoas maravilhosas e com muito conhecimento acumulado: Railene e Arianne, que foram a minha equipe de vigilância; Soraia, que foi minha dupla em gestão; Juliana e Aline, apoiadoras matriciais; Elisângela e Yvana, que dividiram a preceptorial no Departamento de Atenção Básica (DAB). Por outro lado, também convivi com pessoas que, apesar de não concordar com o método de trabalho, me ensinaram muito. Não

aprendemos só com experiências positivas. Um deslize em um palco pode ser a oportunidade de ficar mais atento para não cair no decorrer do espetáculo.

A vivência na Rede de Vigilância em Saúde (RVS) permitiu a inserção em dois serviços: vigilância epidemiológica (VIEP) e vigilância em saúde do trabalhador. Diferente da organização das linhas de cuidado e de gestão, na RVS ficamos metade, do total de semanas, em cada serviço. Não houve a vivência concomitante. Avaliei que essa logística possibilitou maior aproximação com os profissionais dos serviços, por outro lado, o trabalho foi dobrado: foi a única linha de estágio que cada trio construiu dois produtos diferentes.

Além disso, não era muito aceitável nos setores a ideias de ter um estagiário sob uma perspectiva incomum. Ainda é muito prevalente o pensamento de transferência de tarefas e pouco valorizada a troca de saberes. Querem apenas que você faça, mas não querer disponibilizar um tempo para explicar os sentidos e significados imbuídos da “missão”. A experiência nos campos de estágios me permitiu, de forma mais sistematizada e intencional, compreender processos da saúde coletiva.

O apoio matricial de Juliana (reconhecimento parte 3) foi inigualável: na condução das rodas, com propostas metodológicas interessantes; nos matriciamentos nos serviços, apoiando ombro a ombro, intervindo nas dificuldades, ensinando sobre bancos de dados e leitura de indicadores, acompanhamento do desenvolvimento dos produtos, e, retornos qualificadíssimos de todas as postagens do ambiente virtual de aprendizagens. Pelos problemas de cada um dos serviços, poderiam ter se tornado campos insignificantes para um estágio, mas a mediação da apoiadora não permitiu arrastamento de nenhuma das situações de estagnação.

O mais gratificante da experiência era poder levar para a minha equipe de NASF os conhecimentos adquiridos nos estágios, pois as ações de vigilância são de responsabilidade de todos os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, não apenas para enfermagem (é costumeiro que o município oferte capacitações e atualizações em temáticas de vigilância e convide apenas o núcleo de enfermagem e, em alguns raros momentos, incluem profissionais de medicina). Odontologia e NASF ficam no mar de esquecimentos!

Na VIEP, apesar de não ter tido o mesmo nível de aproximação com todos os responsáveis técnicos pelos agravos, pude estar perto do serviço de campo de trabalhadoras de nível técnico. Os agravos que tive contato foram: raiva, esporoticoose, sífilis, óbito infantil e fetal, acidentes com animais peçonhentos e violência.

Na maior parte do tempo fiquei mais próxima das investigações de casos suspeitos de raiva e vigilância de óbito infantil e fetal. O nosso produto final foi a sistematização do fluxo de investigação desta última. O fluxograma pode ser acessado no anexo 10.

O estágio de vigilância à saúde do trabalhador foi um tanto menos empolgante. Criei uma expectativa, por se tratar de algo relacionado a trabalhadores, entretanto, sentia-me no meio de uma divisão de setores. Muitos momentos de conversas e trocas de conhecimentos circundavam a temática de saúde mental que, no momento, eu não estava preparada nem disposta a ouvir/contribuir. Por isso, na avaliação final pontuei que me sentia coagida a pensar sobre saúde mental, justamente quando eu mais queria “respirar”.

Apesar do contexto, com troca de coordenação, as questões que pontuei acima e, os tantos momentos de contradições, aprendi muitas coisas sobre os direitos dos trabalhadores, a função dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador, a perspectiva de acolhimento no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a complexidade dos relatórios em casos investigados por apresentar condições inadequadas para o trabalho e em casos de acidentes de trabalho, os fluxos de notificações e sistema de informação em saúde.

Nosso produto final, ainda que contraditório ao “meu momento”, foi sobre saúde mental. Produzimos uma cartilha com informações sobre o adoecimento e sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. O material está no anexo 11 deste trabalho, como é em formato de cartilha o anexo está em ordem de impressão e não de leitura.

O estágio em gestão iniciou com o dilema de quem vai para cada serviço. De todos os componentes do grupo apenas Soraia havia declarado preferência para ir para o DAB. No dia da divisão das duplas eu estava com a cabeça em outro lugar, minha família estava passando por uma turbulência: houve um acidente na feira de ciências do colégio que meu irmão mais novo estudava, ele e mais dois colegas estavam envolvidos, meu irmão sem queimaduras e os outros dois hospitalizados, um deles em estado grave; no mesmo dia, por conta da situação, meu pai sofreu um acidente de carro, capotamento, com mais duas pessoas no veículo.

Então, naquele momento era muito menos relevante para mim o serviço que eu passaria mais algumas longas semanas. As discussões continuavam, as vozes ecoavam como um barulho bagunçado, queria apenas silêncio. Por isso, resolvi por fim na tentativa de estabelecimento de critérios e me dispus a ir para o DAB com

Soraia. No fim das contas, não foi tão “ruim” como eu imaginava – apesar do espaço físico ser extremamente desconfortável – Yvana e Elisângela foram humanamente acolhedoras e pedagogicamente surpreendentes (para as minhas expectativas, óbvio!) e, eu estava em um lugar em que a minha dupla estava ali por interesse de aprendizagem, o que faz muita diferença.

Como nada se constrói sem pessoas, é necessário que todos esses nomes sejam apontados nesta narrativa. As pessoas vinculadas ao setor e a apoiadora matricial sofrem pressões e cobranças de muitos lados. Os envolvidos no estágio em gestão passam por um processo confuso para definição de um produto final, ao mesmo tempo há um séries de atividades que acontecem concomitantemente nas áreas técnicas/setores que concorrem com a necessidade de direcionar o tempo para buscas e leituras dos processos de gestão.

Conheci o trabalho de algumas áreas técnicas, mas só colaborei, especificamente, na construção do material de apoio para a capacitação sobre diabetes para as agentes comunitárias do município. Da área técnica de saúde da mulher que idealizei uma aproximação visceral, não houve aproximação alguma. Quanto a isso preciso dizer que saí abalada. Os motivos dessa expectativa já foram claramente expostos nesta narrativa.

Nosso produto final só conseguiu tomar forma por causa da junção de experiências e esforços. Sistematizamos uma proposta (que nos bastidores já se falava) metodológica para a articulação de redes do município. Apesar do “Projeto Tecendo Redes” já existir em conversas e vontades, a proposição metodológica e a sistematização escrita não existiam. A proposta construída prevê a criação de espaços de diálogos, de criação e validação de protocolos de acesso e assistenciais, e, diferentes métodos de educação permanente dos trabalhadores da rede. O projeto pode ser acessado na íntegra no anexo 12.

Enquanto ocorriam os estágios, as atividades nas unidades de saúde da família/NASF não paravam, então, foi um período de muito trabalho, mas também foi a oportunidade de executar tarefas que estavam engavetadas ou apenas no campo das ideias por causa da superlotação da agenda. Foi o momento, por exemplo, de conseguir acompanhar o gerenciamento de casos dos residentes do primeiro ano (R1) e fazer o levantamento/estudo das demandas de cada núcleo. Por isso, finalizarei este ponto com a frase que me acompanhou durante todo o período do segundo ano da residência: fui uma R2 (residente do segundo ano) feliz!

4.4 Quarto ato: reconhecimento parte 4

*“Ao fim do dia podemos aguentar muito mais do que pensamos que podemos.”
(Frida Kahlo)*

Saúde da família não se faz sem profissionais essencialmente humanos. A redundância é necessária diante do contexto em que estamos nos tornando máquinas. Cuidar de famílias, com a efetivação dos princípios do SUS, exige tamanha sensibilidade que a nossa maior ferramenta é o vínculo. Este é capaz de encontrar caminhos para cura, superação, cuidado, aceitação, etc.

As pessoas com as quais compartilhei esses dois anos da residência, com a prática social (que é critério de verdade, segundo a dialética materialista) mostraram que não aprendemos a fazer vínculos com os usuários do SUS quando somos incapazes de compreender a humanidade existente nos colegas de trabalho, com os quais dividimos o cotidiano.

O cuidado é uma teia. Um cuida do cuidador, outro de outra pessoa que precisa um pouco mais... Nessa tecitura enfrentamos as fraquezas, medos, inseguranças, no entanto, aprendemos a superar nossos limites. Viver a residência na intensidade das circunstâncias que a vida me colocou só foi possível pela forte teia de cuidado que me capturou. Foi formada por muitos fios (pessoas), cada um com seu grau de sustentação, por serem muitos, não os citarei, mas cada um há de se reconhecer nesta leitura. Mesmo com os fios, a teia precisa de elos para a sustentação, sem os quais, certamente, a teia teria partido. Os elos atendem pelos nomes de: Mariana, Ana, Silvana, Thaylane, Yvana, Arianne, Diane, Bruna, Will, Scarlethe, Naisla, Nathalí, Rafaela, Isadora e Marina.

4.4.1 O temor de vivenciar a realidade que já se sabe

A rua, o bairro, as relações que se estabelecem em um local de moradia; a (des)organização dos ambientes, a disposição de objetos, o cheiro, as texturas, os olhares, a higiene ou falta dela, os tons de vozes e até mesmo o som do silêncio... Tudo isso diz muito sobre o processo de saúde e adoecimento, sobre quem são aquelas pessoas, mas nem são notáveis os processos de desumanização.

Cresci em um ambiente em que sempre precisávamos (nós, mulheres) ser mais grosseiras para inibir assédios, firmes, para não sermos engolidas pelo machismo. Por outro lado, nunca me faltou abraço, aconchego, incentivo, apoio... Cresci em uma família grande, cheia de problemas, mas fui muito protegida das "desgraças" lá de fora. Ao chegar na universidade, aquela menina bruta, ríspida, grosseira, passou por um tratamento de choque de "humanização" em um coletivo chamado "Lutar e Construir". Lá, me ensinaram que tudo aquilo que eu era fazia parte de uma conjunto de defesas necessárias para sobreviver quando a proteção dos meus pais não pudessem me alcançar. Fui aprendendo que vivemos em um mundo em que o valor da mercadoria vale mais do que o da força de trabalho, que o processo de desumanização é tão mais crescente quanto ao que chamam de "crescimento da economia".

A casa é um local de tamanha privacidade que a Constituição Federal Brasileira de 1988 classifica como um "bem" inviolável (salvo os casos descritos). A visita domiciliar ecoava nos meus pensamentos como uma possibilidades de ver os laços do des(aranjo) da injustiça ali: na rua ao lado do ambiente que trabalho, nas ruas que percorro todos os dias, no olhar daqueles buscam em nós (profissionais no campo da saúde) uma amenização das mazelas causadas por mundo desigual.

Passei a maior parte do período da residência "burlando" a agenda de visitas domiciliares. A tentativa era de preservar a memória curta: não ver! Saber dos índices das diversas violências, que a classe trabalhadora sobre às margens da moeda de troca social, nem sempre causa o mesmo impacto que presenciar o sofrimento de uma pessoa que passa fome, frio e corre risco de vida por agravos causados pela falta de água potável.

Sabemos que não são poucas as mulheres que morrem todos os dias, vítimas de feminicídio; mas, será que você seria capaz de esquecer os estrondosos sons da cabeça de um mulher contra a parede, tendo a sua voz sendo silenciada na porrada? Um dia, após um atendimento domiciliar, deitei na posição fetal (preferida para dormir) com o profundo desejo de esquecer que acabara de ver um idoso definhando em um cenário estampado de maus tratos. Quando entramos (equipe multiprofissional) ele estava em posição fetal.

Pensar/sentir o atendimento domiciliar sob essa ótica me causava ainda mais sofrimento. Não falava sobre o assunto! Com o passar do tempo foi ficando muito visível o "bloqueio". Alguns tentavam entender os motivos, pois havia outros

profissionais que amavam realizar esse tipo de atendimento, outros apenas julgavam como ato de irresponsabilidade/negligência.

Já se aproximando o final do período em Camaçari foram traçadas algumas estratégias pedagógicas para me inserir em visitas que pudessem destravar as fechaduras que fui trancando ao longo da vida. Fui inserida em atendimentos que chamavam de “mais leves”, por exemplo, consulta puerperal em domicílio. O que não sabiam é que não se tratava de adentrar em lares que não fosse o meu, mas de ressignificação de conflitos, afinal, também era conflituoso voltar para casa.

Aquilo que causa marcas mais profundas são as coisas que nos fazem sair da zona de conforto. No meu primeiro dia de estágio eletivo, sem conhecer a linguagem da equipe, o território e o processo de trabalho, disseram: vamos? E eu fui. Entusiasmada com a nova oportunidade de vivências, entrei no carro (com outras profissionais) sem questionamentos. Primeira parada: atendimento domiciliar de fisioterapia para uma criança com paralisia cerebral. Segunda parada: idosa, com dificuldade de locomoção, em recuperação de agravos de uma queda em que houve fratura de fêmur. Terceira parada: adulto jovem, cadeirante, lesão de medula em um acidente de trabalho. Dos três, o quadro mais impactante era o da criança, pela vulnerabilidade social familiar, grau de instrução e renda, mas logo que chegamos, a ¹⁹primeira coisa que a genitora relatou foi o quadro de evolução que havia notado.

O fato de já ter ido para o estágio eletivo após diversas reflexões sobre a necessidade de ressignificar o atendimento domiciliar fez com que o “tratamento de choque” não causasse um impacto contrário ao desejado. No modelo organizacional do trabalho da equipe, realizar os atendimentos domiciliares compartilhados com fisioterapia era a única forma de realizar a parte clínico-assistencial, as demais contribuições foram de caráter técnico-pedagógico. Eu não saí do “PROJAC” para ser metade do que me tornei na residência, “faço o pouco que me cabe me dando por inteiro”.

¹⁹ Projeto Jacarepaguá, antigo nome dos estúdios globo. Maneira como uma preceptoria de odontologia se referia à residência. Era uma maneira de dizer que a prática profissional fora da residência seria mais complexa e contraditória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever esta narrativa memorialística foi reviver/revisitar memórias, sensações, experiências, produções, conflitos e superações. Carrego as marcas das múltiplas determinações que fazem de mim não só uma professora de educação física, mas um ser com características específicas, forma de lidar e de conduzir os processos de trabalho de maneira singular.

Finalizo a residência com mais propriedade para defender o SUS, o NASF e a relevância do profissional de educação física na atenção primária à saúde. A imersão numa experiência que experimenta formas de aplicabilidade de metodologias ativas foi conflitante e, ao mesmo tempo, me deu asas para criar, propor, modificar e induzir processos. Afinal, “a concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto” (CAMPOS, 2014, p. 985).

O formato de matriz pedagógica do programa de residências integradas instrumentalizou-me para uma atuação para além da educação física. Despertou uma “paixão” pelo apoio matricial e trabalho multiprofissional. Entretanto, preciso enfatizar que a carga horária exorbitante é um fator potencial de adoecimento de trabalhadores/residentes, por diversos momentos este foi o fator primordial de esmorecimento individual e coletivo.

Ainda tenho esperanças de que a educação física pode sair da periferia da atenção primária à saúde. Não para se tornar o centro, mas para estar lado a lado das outras categorias, auxiliando para que a roda da história nos proporcione a possibilidade de atuar, efetivamente, em processos de cuidado centrados na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Sigamos, unindo forças, em defesa de uma educação e saúde como direito, por tanto, que sejam de caráter integral, pública, gratuita, de qualidade, socialmente referenciada e de acesso universal.

REFERÊNCIAS

BELCHIOR, A. C. **Alucinação**. Álbum Alucinação, Estúdio Phonogram. Rio de Janeiro, 1976.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Congresso Nacional, Brasília: DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS – **Política Nacional de Humanização: folheto**. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília: Distrito Federal, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, n. 18, v.1, p. 983-995, 2014.

COSTA, A. J. J. **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, 2009.

EDUCALINGO. **Dicionário online**. 18 fev. 2019. Disponível em: <<https://educalingo.com/pt/dic-pt/coxia>>. Acessado em: fevereiro de 2019.

FALCI, D. M.; BELISARIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 47, p. 885-899, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: janeiro de 2019.

FREITAS, L. C. **Crítica da Organização do Trabalho Pedagógico e da Didática** – Campinas, São Paulo: Papitus, 1995.

FRIGOTTO, G. Teoria e Práxis e o Antagonismo Entre a Formação Politécnica e as Relações Sociais Capitalistas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 67-82, 2009.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Projeto Político Pedagógico**. Salvador: FESF-SUS, 2018.

LEONTIEV, A. **O Desenvolvimento do Psiquismo**. Lisboa: Horizonte, 1978.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846) – São Paulo: Boitempo, 2007.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8). p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>> . Acessado em: fevereiro de 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acessado em: fevereiro de 2019.

MONKEN, M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. **Saúde Movimento**. Disponível em:< http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=495&ext=.pdf&titulo=Conte.>. Acessado em: fevereiro de 2019.

SANTOS, T. A. Q. **Implantação de Estratégia de Saúde de Família**: Os desafios das práticas de promoção e prevenção em saúde. Rio de Janeiro: Nova Friburgo, 2016. (Trabalho de Conclusão de Curso). Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/8083/Tiago%20Abr%C3%A3o%20Querino%20dos%20Santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. – 23ª ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

VIANA, M. M. O; CAMPOS. G. W. S. **Formação Paideia para o Apoio Matricial**: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. *Cad. Saúde Pública*, 34(8), 2018.

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 16, n. 3, págs. 317-324, 2012.

SEIXAS, R. S. **Metamorfose Ambulante**. Álbum de Krig-há, Bandolo, 1973. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/raul-seixas/48317/>>. Acessado em fevereiro de 2019.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G.. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. **Saúde em Debate** [online]. v. 42, n. spe2, pp. 145-158, 2018. Acessado em: janeiro de 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>>.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1-A: Territorialização do núcleo de Educação Física para a USF PHOC CAIC

GUIA RÁPIDO DE OFERTAS DO TERRITÓRIO

PRÁTICA CORPORAL/ EQUIPAMENTO SOCIAL	LOCAL DA OFERTA	ENDEREÇO	DIA (S)	HORÁRIO (S)	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	CONTATO	PÚBLICO	CUSTO	OUTRAS POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÕES	
MUSCULAÇÃO/JUMP/ STEP/LOCALIZADA/ DANÇA	ACADEMIA VIGOR	AV. LUIZ GONZAGA	SEG À SÁB	05:30 ÀS 21:30 (FERIADOS 06 ÀS 12)	NÃO INFORMADO	(71)3621-4079	NÃO ESPECIFICADO	MUSC.R\$:60,00 AERÓBICA R\$:60,00 (PACOTE R\$:90,00)	ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE COM FICHA DE REFERÊNCIA	
KARATÊ			SEG/QUA	09 ÀS 10						
DANÇA/GINÁSTICA PROJETO: VIDA LEVE	BASE COMUNITÁRIA		QUA	TARDE 16 ÀS 17	PROFª IVANA			GRATUITO	ABERTO PARA PARCERIAS	
CAPOEIRA			TER/QUI	TARDE	DALMO OU FIGUEIREDO					CRIANÇAS/ADOLESCENTES
TÊNIS DE MESA			SEG	TARDE	PROFª JOICE					NÃO ESPECIFICADO
HORTA COMUNITÁRIA			EM CONSTRUÇÃO							
CURSO DE INFORMÁTICA			CICLO SEMANAL DE AULAS	VERÇOSA	IR NA BASE PARA VERIFICAR INSCRIÇÃO					NÃO ESPECIFICADO
FUNCIONAL	ASSOCIAÇÃO DE MORADORES PHOC II	RUA. BOM JARDIM, 16	SEG-06 às 07h/TER-14h, 17h E 18h/ QUA- 17 às 18h/QUI-06 às 07h		NÃO INFORMADO	(71)99147-9885	NÃO ESPECIFICADO	R\$:25,00	UTILIZAÇÃO DOS ESPAÇOS E AÇÕES PONTUALMENTE DESDE QUE TENHA OFÍCIO E COMUNICAÇÃO	
FUNCIONAL			TER- 06:30 às 07:30					R\$:15,00		
ZUMBA			SEG	07 às 08h				R\$:25,00		
DANÇA DO VENTRE			SEG/QUA	15 às 16h				R\$:15,00		
CAPOEIRA			TER/QUI	18 às 20:30h				SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO R\$:5,00		
TAEKWONDO			SEG	19 às 20h				R\$:15,00		
VIOLÃO			TER	14:30 às 16h				NÃO ESPECIFICADO R\$:15,00		
FUNCIONAL	ESPAÇOS INFORMAIS	Rua Ibicará (em frente ao bloco 39)	TER/QUA	17:00 às 18:00	PROFª VINICIUS	NÃO INFORMADO	NÃO ESPECIFICADO	R\$: 30,00	PODEMOS CONTACTAR PARA ARTICULAR AÇÕES	
FUNCIONAL		PHOC III	TER/QUI	06:00	PROFª ELIZANGELA	(71) 8133-3943	NÃO ESPECIFICADO	GRATUITO		
FUNCIONAL		RUA SALVADOR PHOC II	TER/QUA	SEG/QUI/ SEXTA	PROFª FÁBIO BISPO	NÃO INFORMADO	NÃO ESPECIFICADO	R\$: 15,00		

ANEXO 1-B: Territorialização do núcleo de Educação Física para a USF Nova Aliança

GUIA RÁPIDO DE OFERTAS DO TERRITÓRIO

PRÁTICA CORPORAL/ EQUIPAMENTO SOCIAL	LOCAL DA OFERTA	ENDEREÇO	DIA (S)	HORÁRIO (S)	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	CONTATO	PÚBLICO	CUSTO	OUTRAS POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÕES
BALLET (INFANTIL, ADULTO E 3ª IDADE), DANÇA DE SALÃO, DANÇA DO VENTRE, DANÇA CONTEMPORÂNEA E MODERNA	Centro do movimento Sinha Guimarães	Caminho 10, nº48 Gleba C	SEG, TER, QUAR E QUIN	A consultar	Não informado	71 99658-7615	Infantil, adulto e idoso	A consultar	A consultar
FUTEBOL DE CAMPO	FORCRAQUES	Caminho 10, Gleba C	TER, QUIN, SEX E SÁB	14h às 18h	Edson	Comparecer nos dias das atividades	Meninos de 12 à 18 anos	Gratuito	A consultar
JIU-JITSU	Academia GFT TEAM	Rua Acajutiba, 958 – Próximo a USF Nova Aliança.	SEG/TER/ QUA/QUI/ SEX	Manhã tarde e noite	Thiago Silveira e Durval		Infantil, Jovem e adulto	R\$ 50,00	Espaço da academia; ministrar atividade pontualmente
MUSCULAÇÃO, AERÓBICA E FUNCIONAL	Academia MS	Rua Catuama, 432	SEG/TER/ QUA/QUI/ SEX	5h 30min – 11h e de 14h – 21h	Ciro Tavares Fabiane Bernardo	71 98400-2685 71 99163-7830	_____	R\$ 60,00 todos os dias; R\$ 50,00 3 vezes na semana	Comunicação/ Encaminhamento de paciente com ficha de referência
DANÇA/GINÁSTICA PROJETO: VIDA LEVE			QUA	TARDE 16 ÀS 17	PROFª IVANA				

Territorialização atualizada pelos residentes da turma 2018 (Rafaela e Renato).

ANEXO 2 – Registro das orientações de alongamentos para usuária

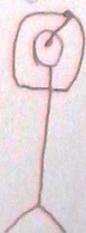
No meio da manhã - passar hidratante nos pés e pernas, fazendo a massagem orientada.

Fazer 3 alongamentos.

Relaxando o braço na frente do corpo



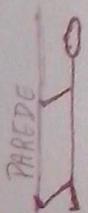
Regando nas costas



Esticando os braços para trás



→ Antes de sair para a caminhada, esticar a panturrilha (boteta da perna)



ORIENTAÇÕES

- Fazer caminhadas de 4 a 6 dias por semana.
- Não sair para caminhada sem se alimentar.
- Levar sempre uma garrafinha com água.
- Não fazer caminhadas nos dias que sentir dores de cabeça, peso na nuca e olhos bem pesados.

ANEXO 3 – Guia rápido de orientações e contraindicações de exercícios físicos para pessoas com hipertensão e/ou diabetes

ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIO FÍSICO – NASF I

GRUPO ESPECÍFICO	SITUAÇÃO	O QUE FAZER	DE QUE FORMA
HAS	P.A. NÃO CONTROLADA	NÃO PRATICAR EXERCÍCIO	
	SEM ACOMPANHAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS		
	ENQUANTO AJUSTA O MEDICAMENTO		
	ENQUANTO AJUSTA O MEDICAMENTO	TER CUIDADO AO PRATICAR ATIVIDADES RECRATIVAS COMO JOGAR FUTEBOL	OBSERVAR SE OCORRER DOR NO PEITO, CANSAÇO INTENSO, FORMIGAMENTO NOS BRAÇOS, DOR NA NUCA OU OUTROS SINAIS DE P.A. ELEVADA
	P.A. CONTROLADA	PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO	NO MÍNIMO 30 MIN/DIA PREFERENCIALMENTE TODOS OS DIAS <u>DICAS DO QUE FAZER:</u> CAMINHADA COM INTENSIDADE (PASSOS) MODERADOS; MUSCULAÇÃO COM ACOMPANHAMENTO DE PROFISSIONAL;
P.A. CONTROLADA	VERIFICAR A P.A. ANTES DO EXERCÍCIO	SE ALTA, NÃO FAZER O EXERCÍCIO	
D.M.I	ÍNDICE GLICÊMICO NÃO CONTROLADO	NÃO PRATICAR EXERCÍCIO	
	GLICOSE EM JEJUM >250mg/Dl		
	ENQUANTO AJUSTA A INSULINA		
	DOSE DE INSULINA AJUSTADA	PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO	3-7 DIAS POR SEMANA 20-60 MIN/DIA SE ATIVIDADE FOR MODERADA 75 MIN/SEMANAL SE ATIVIDADE FOR INTENSA <u>DICAS DO QUE FAZER:</u> CAMINHADA, NATAÇÃO, CICLISMO, AULA DE DANÇA 2-3 DIAS POR SEMANA, SE PRATICAR MUSCULAÇÃO
OBS: A INSULINA DEVE SER AJUSTADA CONSIDERANDO A PRÁTICA OU NÃO DE EXERCÍCIO, SE AJUSTADA FORA DO PROGRAMA DE EXERCÍCIO PODE OCORRER HIPOGLICEMIA			
D.M.II	SEM USO DE MEDICAÇÃO	NÃO PRATICAR EXERCÍCIO	
	DURANTE O AJUSTE DA MEDICAÇÃO	PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO	INICIALMENTE “MENOS É MELHOR QUE DEMAIS” 2 DIAS POR SEMANA – CAMINHADA BAIXA INTENSIDADE – 30MIN/DIA
	COM A MEDICAÇÃO AJUSTADA		4-7 DIAS POR SEMANA 150MIN/SEMANAL – CAMINHADA INTENSA (PASSOS RÁPIDOS)
HAS e D.M.II	SEGUIE AS ORIENTAÇÕES ANTERIORES COM <u>ÚNICA EXCEÇÃO:</u> PRATICAR 4-6 DIAS POR SEMANA, 150MIN/SEMANAL – CAMINHADA MODERADA		

REFERÊNCIA: POWERS, S. *Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho* – 8 ed. Barueri: Manole, 2014.

ANEXO 4 – TETRIS adaptado



ANEXO 5 – Folheto sobre depressão pós-parto

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
um pedido de socorro!

- * Desânimo e bastante exaustão;
- * Incapacidade de reagir;
- * Sentimento de rejeição (da família para a gestante e da gestante para o bebê);
- * Incapacidade de concentração;
- * Ansiedade e aflição injustificada;
- * Dores fortes (costas, peito, pescoço e cabeça);
- * Isolar-se;
- * Medo e pânico;
- * Dificuldade de dormir;
- * Perda de interesse no sexo.

**TRISTEZA NÃO É FRESCURA!
O DESCANSO É NECESSÁRIO.**

PRODUÇÃO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FESF-SUS/FIOCRUZ

GESTAÇÃO:
UM NOVO MOMENTO NA VIDA...



UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
USF PHOC CAIC
CAMAÇARI-BA

REDE DE APOIO

**A GESTAÇÃO É UMA FASE DA VIDA QUE
NECESSITA DE BASTANTE APOIO DE
TODOS QUE ESTÃO POR PERTO:**

- Companheiro ou companheira;
- Familiares;
- Amigos;
- Unidade de saúde da família;
- Centro de Referência à Mulher Yolanda Pires (atendimento à mulher em situação de risco);
- UPA (em casos de urgência);
- Hospital Geral de Camaçari (HGC) - maternidade de referência e oferece visita de vinculação;

ATENTE-SE!
**AS ALTERAÇÕES HORMONAIS PODEM
PROVOCAR DIVERSAS MODIFICAÇÕES,
CORPORAIS E DE COMPORTAMENTO.**

CONVERSE! SUAS DÚVIDAS SÃO AS MAIS IMPORTANTES

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
precisamos falar sobre isso...

TRISTEZA

- ⇒ Sempre tem motivo. A pessoa sabe por que está triste;
- ⇒ A pessoa triste pode ter sintomas no corpo: sentir aperto no peito, taquicardia, chorar;
- ⇒ Ter pensamentos repetitivos sobre a razão da tristeza.

DEPRESSÃO

- ⇒ É uma tristeza profunda e sem conteúdo. Mesmo se algo maravilhoso acontecer, a pessoa continuará triste;
- ⇒ A profundidade da tristeza é importante. Pensamentos suicidas podem indicar depressão;
- ⇒ Quando deprimida, a pessoa sente, pelo menos, duas semanas de uma tristeza profunda.

O material foi confeccionado para ser utilizado em uma abordagem com alguém que estivesse acompanhando a gestação e se mostrasse como parte da rede de apoio para a pessoa gestante. A abordagem não era realizada de maneira individual.

ANEXO 6 – Guia rápido de indicações e contraindicações de exercícios físicos na gestação

EXERCÍCIOS DURANTE A GESTAÇÃO

GRUPO	ORIENTAÇÃO
HAS, DM I e DM II	OLHAR A PLANILHA DE COMORBIDADES, SÃO AS MESMAS ORIENTAÇÕES
CARDIOPATIA HEMODINAMICAMENTE SIGNIFICATIVA	CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA
CÉRVICE INCOMPETENTE/CERCLAGEM	
DOENÇA PULMONAR RESTRITIVA	
MÚLTIPLA GESTAÇÃO EM RISCO DE PREMATURIDADE NO TRABALHO DE PARTO	
PLACENTA PRÉVIA DEPOIS DE 26 SEMANAS DE GESTAÇÃO	
PRÉ-ECLÂMPICIA/HAS INDUZIDA PELA GESTAÇÃO	
RUPTURA DE MEMBRANAS	
SANGRAMENTO PERSISTENTE NO 2º E 3º TRIMESTRE	
ANEMIA INTENSA	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
ARRITMIAS CARDÍACAS NÃO AVALIADAS	
BRONQUITE CRÔNICA	
OBESIDADE MÓRBIDA	
SUBPESO EXTREMO (IMC <12)	
RESTRIÇÃO AO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO	
LIMITAÇÕES ORTOPÉDICAS	
TRANSTORNO CONVULSIVO MAL CONTROLADO	
HIPERTIREODISMO MAL CONTROLADO	
TABAGISMO INTENSO	

ANEXO 7 – Folder com orientações para a prática de alguns exercícios físicos no período gestacional

#DICA PARA A CAMINHADA

ESCOLHA UMA DESSAS OPÇÕES:

3 dias/semana	50 minutos
4 dias/semana	40 minutos
5 dias/semana	30 minutos

NÃO ESQUEÇA DE BEBER ÁGUA
ANTES, DURANTE E DEPOIS
DA CAMINHADA



SINAIS DE ALERTA: hora de parar

- Visão turva ou embaçada;
- Falta de ar;
- Tontura;
- Dor no peito;
- Dor na nuca;
- Forte dor abdominal;
- Muita secura na boca;
- Sangramento vaginal.

Diante desses sinais,
interrompa os exercícios
imediatamente.

FIQUE DE OLHO!

Incontinência urinária pode ser um
indicador de que o assoalho pélvico
está enfraquecido

ATENÇÃO:

As orientações contidas nesse
material, podem ser seguidas por
gestantes que não apresentem
complicações clínicas e que
compareçam regularmente às consultas.

PRODUÇÃO

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-
NASF I

RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
FESF-SUS/FIOCRUZ

CARLA ELISA SANTANA SOARES
PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

MOVIMENTE-SE!

► DICAS E ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A GESTAÇÃO



UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
USF NOVA ALIANÇA
CAMAÇARI-BA

≡ O SEU CORPO NÃO É APENAS UM CORPO, É O ACÚMULO DE HISTÓRIAS DE UMA VIDA.

O corpo é composto por vários grupos musculares que exercem importantes funções. Durante a gestação, a musculatura do assoalho pélvico (MAP) é bastante requisitada em várias atividades como espirrar, tossir, ato sexual, além de compor a estrutura de sustentação do útero. O fortalecimento dessa musculatura auxilia no trabalho de parto, é um potente instrumento de prevenção da perda urinária e pode otimizar a recuperação pós-parto.

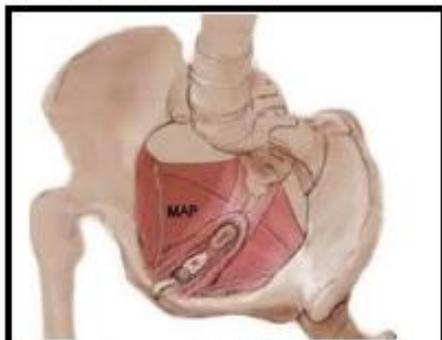


Imagem 1: musculatura do assoalho pélvico

RECOMENDAMOS QUE OS EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA PÉLVICA SEJAM FEITOS EM DIAS ALTERNADOS.

O SEU CORPO AGRADEÇE!



Posicione-se como na figura 1; faça o movimento como se estivesse prendendo o "xixi", segure e conte até 5; repita isso por 12 vezes, sem interrupção; descanse por 1 minuto e repita o ciclo por mais duas vezes.

Posicione-se como na figura 2; o movimento como se estivesse prendendo o "xixi", segure e conte até máximo que conseguir; descanse por 1 minuto; repita a mesma coisa trocando a perna de apoio; repita o ciclo por mais duas vezes.



Posicione-se como na figura 3; puxa o ar e vai soltando enquanto eleva o quadril até chegar na posição da figura 4; repete o mesmo movimento por 10 vezes; descanse e repete o ciclo por mais duas vezes.

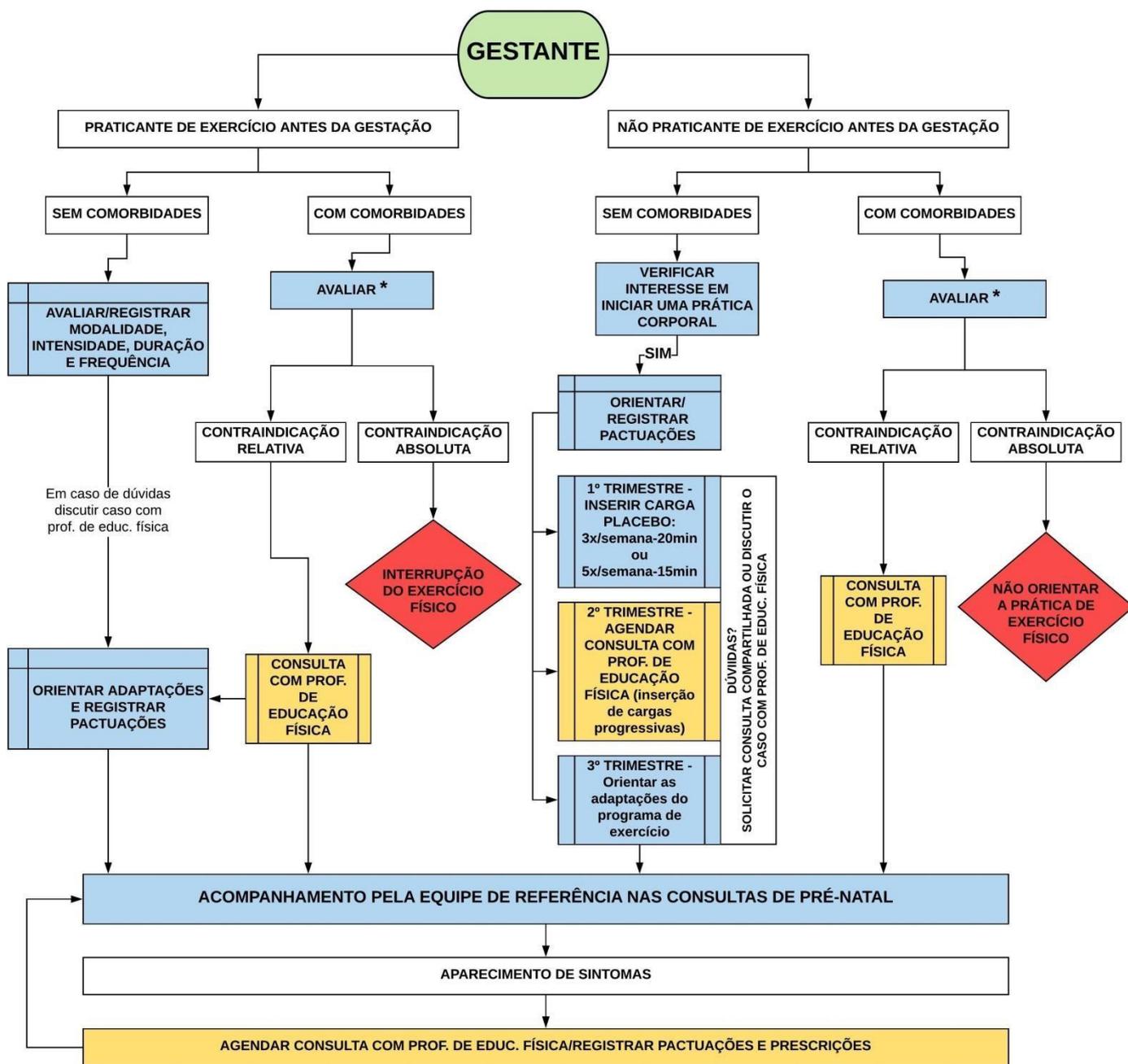


Posicione-se como na figura 5; utilize uma bola que o tamanho seja confortável para ao quadril, faça movimentos de apertar a bola, concentrando a força nos músculos do assoalho pélvico, e relaxando, sem deixar a bola cair. Realize 12 repetições; descanse; repita por mais duas vezes todo o ciclo.



Posicione-se como na figura 6; ao sentir-se segura, escorregue as costas na parede (verifique se o chão e o calçado não está escorregadio) até atingir a posição mais clarinha da imagem; fique nessa posição realizando movimentos de prender o "xixi"; segure pelo máximo de tempo que conseguir e volte para a posição inicial; repita o ciclo por 5 vezes.

ANEXO 8 – Fluxo de exercício físico no período gestacional



*Consultar o guia rápido de avaliação de contra-indicações de exercícios para gestantes com comorbidades;

Em casos não descritos no fluxograma, favor entrar em contato com o prof. de educ. física.

Equipe de saúde da família

Prof. de Educação Física

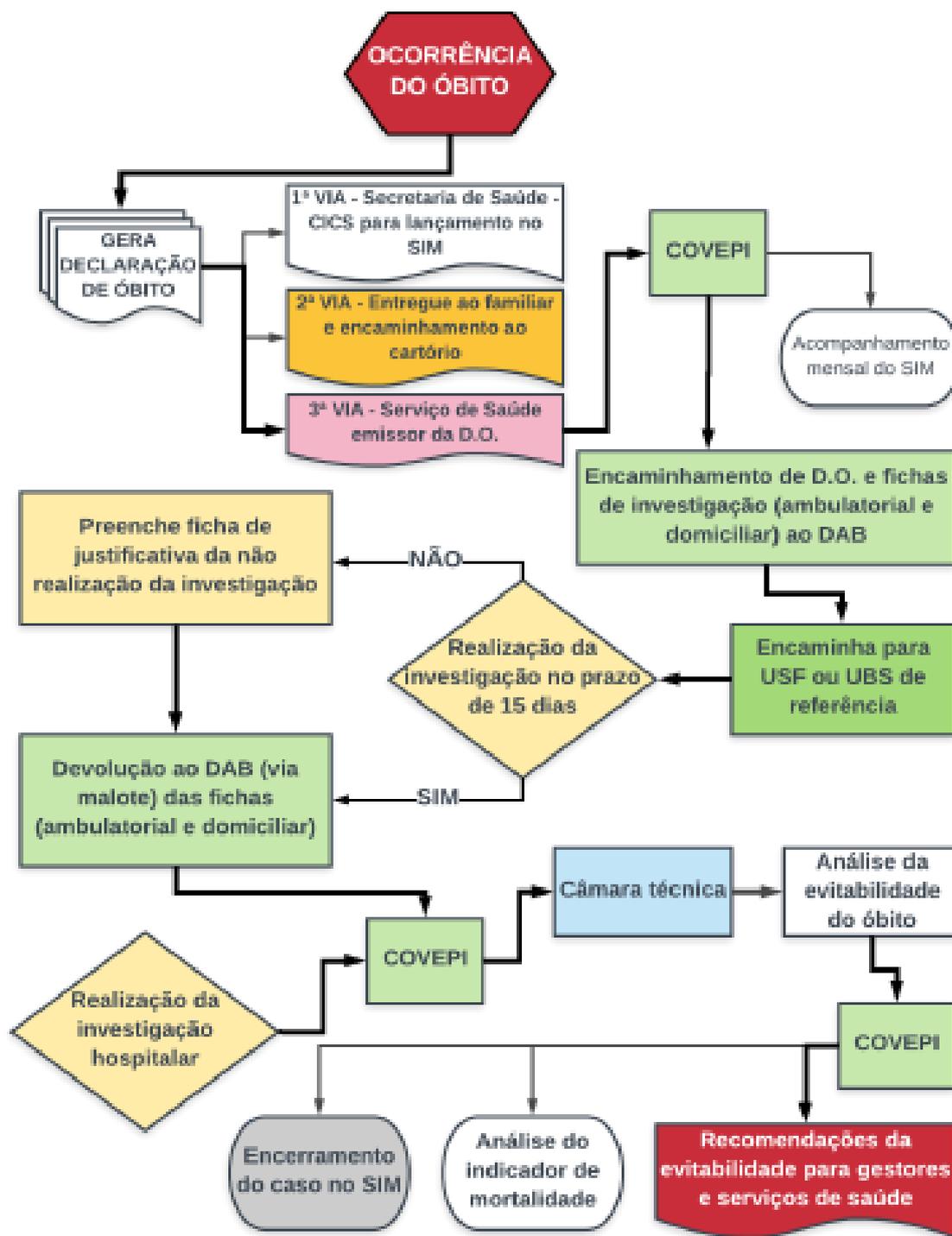
Fluxograma elaborado com base nas normas do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia para o exercício durante a gravidez e o período pós-parto e, Caderno da Atenção Básica (nº 32) “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” do Ministério da Saúde do Brasil.

ANEXO 9 – Instrumento de registro

Nome:		Data de nascimento:
Praticava exercício físico: Qual (modalidade, freq., duração)? () sim () não		
Prescrição/Pactuação		
1º trimestre		
2º trimestre		
3º trimestre		
Observações:		

SINAIS DE ALERTA	DATA DA OCORRÊNCIA	OBSERVAÇÕES:
Sangramento vaginal		
Dispneia antes do esforço		
Vertigem e/ou náuseas		
Dor de cabeça		
Dor no peito		
Forte dor abdominal		
Fraqueza muscular		
Dor na panturrilha ou inchaço		
Movimento fetal diminuído		
Parto prematuro anterior		
Escape do líquido amniótico		
BENEFÍCIOS OBSERVADOS:		
() Melhora da atividade sexual		() Controle da glicemia
() Sensação de bem-estar geral		() Controle da PA
() Dores lombares		() Controle do peso
() Dores pélvicas		() Redução nos níveis de estresse
() Dores nos membros		() Redução do cansaço
() Autoestima		() Melhora na respiração
() Inchaço		() Aumento da percepção sobre seu corpo
() Redução de sintomas depressivos		() Melhora no fluxo intestinal
() Câimbras		() Redução nos escapes urinários

ANEXO 10 – Fluxograma de investigação de óbito infantil e fetal do município de Camaçari



SIGLAS:

CICS – Coordenação de Informação e Comunicação em Saúde;
 COVEPI – Coordenação de Vigilância Epidemiológica;
 D.O. – Declaração de óbito;
 DAB – Diretoria de Atenção Básica;
 SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade;
 UBS – Unidade Básica de Saúde;
 USF – Unidade de Saúde da Família.

SÍMBOLOS:

- início do processo;
- documentos;
- setores/encaminhamentos;
- ações indispensáveis;
- outras ações do setor.

OLÁ, TRABALHADOR E TRABALHADORA! COMO VAI SUA SAÚDE MENTAL?



VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?

Saiba identificar se você está em sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho

Produção

Ariane Vasconcelos Valdevino

Carla Elisa Santana Soares

Railene Pires Evangelista

Orientação

Juliana dos Santos Lima

Luzineide da Silva Pereira

Ilustração

Gleica Nobre Evangelista

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi produzida por residentes em saúde da família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), a partir da vivência no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de Camaçari-BA. Tem como objetivo dialogar com o trabalhador sobre o sofrimento e adoecimento psíquico relacionado ao trabalho.

Neste material, você encontrará alguns conceitos sobre a temática de vigilância em saúde do trabalhador, sinais de adoecimento ou agravo relacionado ao trabalho e orientações sobre a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

SAÚDE x TRABALHO

Você percebe que sua condição de saúde pode estar diretamente relacionada ao seu trabalho?

O conceito de saúde está relacionado a um conjunto de fatores como alimentação, moradia, transporte, lazer e também ao **trabalho**.

O nosso SUS possui uma Lei, que estabelece ações de vigilância epidemiológica e sanitária relacionadas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador. (Lei 8080/90).

O trabalho é um importante recurso para a garantia da subsistência, por isso pode ser considerado uma das atividades mais importantes da vida. Mas, a depender das condições de trabalho pode ter um caráter adoecedor.



SE LIGA!

**FIQUE ATENTO AOS
SINAIS DO SEU
CORPO!**

Como saber se você está apresentando adoecimento relacionado ao trabalho?

O corpo pode apresentar alguns sinais que podem estar relacionados ao trabalho; veja alguns destes descritos abaixo:

- ⇒ Insônia;
- ⇒ Sentir a necessidade do uso de alguma droga, como por exemplo, álcool, maconha ou de calmantes para se sentir melhor e mais tranquilo;
- ⇒ Dores generalizadas pelo corpo;
- ⇒ Falta de apetite;
- ⇒ Irritação frequente, forte angústia, ansiedade, tristeza profunda, choro fácil ou sentimentos que você não consegue descrever;
- ⇒ Dificuldade de concentração no seu ambiente de trabalho;
- ⇒ Dificuldade de memória, entre outros.

Observação:

Os sinais destacados podem aparecer por outros motivos, por isso, é necessária uma avaliação com um profissional de saúde para verificar se estão relacionados à sua atividade laboral.

SOFRIMENTO PSÍQUICO RELACIONADO AO TRABALHO



Alguns fatores ligados aos ambientes e processos de trabalho podem desencadear esgotamento físico e psíquico, de maneira que afete a qualidade de vida do trabalhador, podendo evoluir para um adoecimento mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais que possuem relação com trabalho aumentam a cada ano.

O que dizem os estudos...

O capitalismo exige extensas rotinas de trabalho, muitas vezes exaustivas, com metas a serem alcançadas. Essa lógica de produção pode levar o trabalhador ao seu limite máximo, gerando situações de saúde preocupantes.

O trabalho, que deveria ser uma fonte de satisfação, pode se tornar um local de exploração e sofrimento, causando o adoecimento ou intensificação deste. No entanto, existe uma grande dificuldade do próprio trabalhador perceber que está em sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, ocasionando uma demora na procura dos serviços de saúde.

Por isso, fique atento! Informe-se.

Você sabia que os casos mais graves de sofrimento podem estar relacionadas ao assédio moral?

O assédio moral afeta a dignidade, ferindo a integridade física ou psicológica, além de colocar em risco o seu emprego. Frequentemente é realizado por chefes contra subordinados; ocorre por meio de gestos, palavras e atitudes, abusivas e intencionais, tornando o ambiente de trabalho perturbador. Quem sofre o assédio moral pode entrar em sofrimento emocional, psíquico e funcional.

**ASSÉDIO MORAL É CRIME.
DENUNCIE!**

SÍNDROME DE BURNOUT

Sentir-se estressado e sem vontade de ir ao trabalho pode acontecer com qualquer pessoa, porém quando essa sensação está presente quase todos os dias, acompanhada de esgotamento profissional, dores de cabeça, falta de energia, sentimento de fracasso, insegurança e vontade de isolamento, podem ser indícios da Síndrome de Burnout.

É caracterizada como um conjunto de sintomas relacionados à exaustão emocional e física, gerado por estressores relacionados ao trabalho, tornando o dia de trabalho um local de sacrifício.

É muito importante que, ao detectar esses sinais e sintomas, a trabalhadora ou o trabalhador procure um serviço de saúde. O conhecimento e a busca por ajuda é o passo inicial e decisivo para o tratamento dessa síndrome.

Atenção:

Está precisando de apoio emocional e quer conversar? Ligue gratuitamente para o 188; o Centro de Valorização da Vida atenderá a sua ligação com total sigilo.

Caso sinta necessidade, procure um serviço de saúde. Não deixe para depois o que te angustia hoje.

CEREST

Você conhece o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador?

É um serviço do SUS que tem como propósito promover ações de proteção e promoção da saúde, controle de riscos e prevenção de agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Quando procurar?

Sempre que precisar de uma orientação a respeito de acidente de trabalho e/ou suspeita de doença ocupacional.

Mas o que é acidente de trabalho e doença ocupacional?

Para o SUS, os acidentes de trabalho são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e preveníveis, dadas as condições de trabalho encontradas na maioria dos ambientes e processos de trabalho em nosso país. Já as doenças ocupacionais são causadas ou adquiridas em decorrência de determinadas condições de trabalho, de exposições à fatores de risco presentes nos ambientes e processos de trabalho, incluídos aqueles relativos à organização do trabalho.

**O CEREST está de portas abertas:
conte pra gente, conte com a gente!**

SUS



Trata-se de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo; prevê o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Em 2002, foi constituída a Rede Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, para auxiliar na consolidação das ações e estratégias em relação à saúde do trabalhador nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

No SUS, você encontrará serviços e ações específicas para casos suspeitos e confirmados de adoecimento mental e/ou sofrimento psíquico relacionado à atividade laboral, assim como ofertas de acesso à informação e assistência à saúde também em outras condições necessárias.

Estes são alguns locais que você pode procurar:

- Unidade de Saúde da Família (USF);
- Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Centro de Assistência Psicossocial (CAPS).

No setor público, há também serviços previdenciários, de justiça e de emprego; são eles:

- Gerência Regional do Trabalho e Emprego (GRTE);
- Instituto Nacional de Seguro Social (INSS);
- Ministério Público.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, M. R. TRABALHO, ALIENAÇÃO E ADOECIMENTO MENTAL: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 21, n. 2, p.787-811, 03 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8248/5095>>.

MERLO, Á. R. C. et al. **Atenção a Saúde Mental do Trabalhador: Sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014. 272 p.

MERLO, Á. R. C. et al. **Atenção ao Sofrimento e ao Adoecimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora**: Cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MOREIRA, I. J. B. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Rio Grande do Sul, v. 7, n. 1, p.01-07, 03 jan. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927/5486>>.

PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.171-176, 2016. Zeppelini Editorial e Comunicação. <http://dx.doi.org/10.5327/z1679-443520162215>. Disponível em: <<file:///C:/Users/Sesau/Downloads/v14n2a15.pdf>>.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



CEREST

**CENTRO DE REFERÊNCIA
EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CAMAÇARI - BA**

**CAMAÇARI-BA
2018**

ANEXO 12 – Projeto Tecendo Redes



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA PROGRAMA DE RESIDÊNCIAS INTEGRADAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CARLA ELISA SANTANA SOARES
SORAIA MATOS CEDRAZ DA SILVA**

PROJETO: TECENDO REDES

Projeto de articulação da rede de atenção primária à saúde a rede de atenção secundária do município de Camaçari como proposta do estágio optativo do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no nível de gestão.

**CAMAÇARI – BA
2018**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 CAPACITAÇÕES REALIZADAS ENTRE 2017 E 2018	2
3 OBJETIVOS	3
4 METODOLOGIA.....	3
4.1.3 OFICINAS PEDAGÓGICAS.....	9
4.1.4 MATRICIAMENTO	10
5 CRONOGRAMA.....	12
6 PROPOSTA DE AGENDA PARA 2019.....	13
7 PROPOSTA DE TABELA ORGANIZACIONAL PARA PLANEJAMENTO DE CADA ATIVIDADE	14

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde para ser a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da atenção primária à saúde (APS). Dessa maneira, o acesso à atenção especializada dar-se por meio dos encaminhamentos da APS e segue para o Sistema de Regulação ou fluxos internos municipais. Entretanto, há lacunas administrativas, de gestão e de assistência que impactam significativamente no ordenamento terapêutico dos usuários do SUS.

“Um dos principais instrumentos para integrar a APS à atenção especializada é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados – SISREG – nas Unidades de Saúde da Família (USF)” (ALMEIDA *et al.*, p.409, 2013 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2010). Entretanto, ainda temos um sistema que não consegue zerar as filas de espera, além das reclamações cotidianas dos profissionais de ambos os níveis de atenção, que sugerem que os encaminhamentos são - em grande maioria - desnecessários e/ou que não há retornos nas ferramentas de comunicação (referência e contrarreferência). “Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual” (BRASIL, 2010 – Portaria nº 4.279, 2010).

As relações descoordenadas ou com baixo grau de coordenação entre a APS e a AAE²⁰ trazem muita insatisfação às pessoas usuárias e suas famílias e aos profissionais de saúde. Estudos realizados mostraram que 47% das pessoas entrevistadas reportaram estarem insatisfeitas com a atenção especializada recebida; 63% dos médicos generalistas e 35% dos médicos especialistas estavam muito insatisfeitos com a atenção prestada; e 68% dos médicos especialistas relataram não receberem as informações adequadas ou receberem referências inadequadas de parte dos generalistas. De sua parte, os generalistas reclamaram que não recebiam, de volta, as informações dos especialistas e que não eram notificados quando as pessoas sob sua responsabilidade eram atendidas nas unidades de urgência ou de especialidades ou eram internadas em hospitais (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2018, p. 18).

20 Atenção Ambulatorial Especializada.

Para que a coordenação do cuidado ao usuário seja eficaz, é essencial que haja espaços de educação permanente entre os profissionais da APS e da AAE. Desta forma, diminui-se o distanciamento entre o generalista e o especialista. Estes, frequentemente, trabalham de forma isolada, sem conhecerem as funções e desafios de quem está do outro lado da rede. Além disso, corriqueiramente, as fichas de referência e contrarreferência são encaminhadas com dados incompletos, muitos usuários desconhecem a doença instalada em si, há encaminhamentos desnecessários para a AAE e quebra da continuidade do cuidado ao usuário causada pela rotatividade dos profissionais nos serviços. Tudo isso contribui para uma assistência deficitária.

O encaminhamento seguro destes usuários, baseado em estratificações de risco das condições crônicas, critérios de referência e contrarreferência bem estabelecidos e a escolha correta do especialista, são fatores primordiais para que haja um trabalho conjunto e eficaz entre APS e AAE (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2018).

No município de Camaçari é possível identificar três problemáticas centrais que impactam na fluidez entre os níveis de atenção, são eles: 1 – insipiência da comunicação entre a atenção básica e a atenção ambulatorial especializada em saúde; 2 – falta de protocolos municipais para o manejo clínico; 3 – falta de fluxos de acesso pactuados entre os níveis de atenção.

A partir desse cenário, em 2017, surgiu a ideia de elaboração do projeto “Tecendo Redes” que tem o intuito estreitar os laços entre os níveis de atenção citados e reduzir as problemáticas supracitadas. O projeto iniciou com a efetivação de algumas capacitações da rede especializada para com os profissionais da atenção primária, entretanto, até outubro de 2018 o projeto não havia sido metodologicamente sistematizado. Portanto, foi esse contexto que motivou a escrita deste projeto. Assim, apresentaremos a seguir um breve resgate histórico das capacitações já efetivadas, bem como os objetivos e demais aspectos metodológicos.

2 CAPACITAÇÕES REALIZADAS ENTRE 2017 E 2018

O Departamento de Atenção Básica do município de Camaçari, por meio das áreas técnicas realizou capacitações nas seguintes temáticas:

1. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS);
2. Hanseníase na APS;
3. Treinamento para realização de teste rápido;

4. Nefrologia para APS;
5. Pré-natal de alto risco;
6. Atendimento as pequenas urgências na AB;
7. Atendimento as urgências psiquiátricas;
8. Atualização em diabetes;
9. Endocrinologia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir o processo de articulação das redes primária e secundária de atenção à saúde no município de Camaçari-BA.

3.2 Objetivos específicos

1. Melhorar a comunicação entre a atenção primária e a atenção secundária à saúde;
2. Reduzir os encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada;
3. Pactuar fluxos de encaminhamentos e de comunicação;
4. Proporcionar aproximação entre profissionais médicos generalistas e especialistas;
5. Qualificar a assistência à saúde no âmbito da atenção primária e secundária.

4 METODOLOGIA

As Redes de Atenção Saúde (RAS) são arranjos organizacionais que se destinam a assegurar a integralidade do cuidado de variadas condensações tecnológicas; efetiva-se por meio de um complexo integrado entre gestão e aporte técnico. Nesse contexto, o planejamento estratégico situacional (PES) pode ser utilizado como uma ferramenta para auxiliar na organização do planejamento e condução de processos de trabalho (ALMEIDA *et al*, 2013; KLEBA, KRAUSER e VENDRUSCOLO, 2011).

O criador do PES, Carlos Matus, afirma que a potência do planejamento está na ação conjunta, entendendo que "planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana" (MATUS, 1993, p. 13). Ou seja, é um processo que deve induzir a efetivação de projetos que tenham impacto significativo no futuro. Nesse sentido, identificamos que este método é o mais adequado para a efetivação deste projeto.

O método é dividido em quatro etapas: **1 - momento explicativo**, que propõe identificar, detalhar e elucidar os problemas/nós críticos; **2 - momento normativo**, definir os resultados que se pretende alcançar, bem como as táticas e estratégicas necessárias ao percurso; **3 - momento estratégico**, detalhar os tipos e especificidades dos recursos indispensáveis e os disponíveis, além de fazer a revisão dos nós críticos identificados no primeiro momento; **4 - momento tático-operacional**, organiza a programação das ações e o cronograma de alcance de metas.

Os passos acima serão executados em duas etapas: a primeira é a de identificação, pactuações iniciais e confecção da estrutura, para que o projeto tenha condições mínimas para seguimento; a segunda, trata-se da efetivação e monitoramento. Especificamente, dar-se-ão da seguinte maneira:

1ª ETAPA

1ª fase: apresentação do projeto aos demais setores e formação da comissão

Sugerimos a formação de uma comissão com sujeitos dos diferentes níveis de atenção, com as seguintes representações: Diretoria de Atenção Básica (Coordenação AB, Apoio Institucional, representação trabalhadores ESF e Coordenação das Áreas Técnicas), DICOR (Diretoria de Controle e Regulação do SUS), Departamento de Média e Alta Complexidade, DIPLAN (Diretoria de Planejamento). Essa comissão seria a disparadora de cada fase e centralizadora dos produtos.

2ª fase: diagnóstico situacional e identificação dos nós críticos

Para o diagnóstico, elencamos como perguntas norteadoras:

- 1 – Quais as especialidades há maiores números de encaminhamentos?
- 2 – Quais parâmetros são utilizados para identificar se um encaminhamento é desnecessário?
- 3 – O que é feito se for identificado que o encaminhamento é desnecessário?

4 – Quais fluxos de encaminhamentos para especialidades já temos pactuado no município?

5 – Quais protocolos de manejo na atenção básica e de acesso à atenção especializada já estão em vigor no município?

3ª fase: identificação dos atores construção dos espaços de validação dos protocolos de acesso e fluxos de encaminhamentos

A comissão definirá a agenda anual, público-alvo e o tipo da metodologia dentre as descritas neste projeto, entretanto, não serão os responsáveis direto pela organização. É recomendável que cada “evento” fique sob a responsabilidade de determinado setor²¹. Recomendamos que os espaços de validações sejam organizados por regionais (ou territórios) dentro da proposta de oficinas pedagógicas; já para a qualificação do manejo clínico sugerimos que sejam realizados treinamentos; para atualizações das equipes (por ocorrência de renovações do quadro de pessoal e modificações de fluxos e protocolos) utilizem espaços de capacitações.

4ª fase: construção de protocolos de acesso e fluxos de encaminhamentos

Para as linhas de cuidado das câmaras técnicas instituídas (atualmente, saúde mental e saúde da mulher) indicamos que as mesmas criem os protocolos e fluxos de encaminhamentos. Para as demais linhas de cuidado/especialidades a construção deve ser conduzida por profissionais direcionados pela comissão.

A fim de diminuir as barreiras de acesso e facilitar o trabalho do profissional da atenção básica esses materiais serão avaliados, alterados (se necessário) e validados nos espaços descritos, na 1ª fase da 2ª etapa, pelos profissionais diretamente envolvidos nos respectivos processos de trabalho.

Vale ressaltar que, os fluxos de encaminhamentos para a rede de saúde mental não deve ocorrer por diagnóstico, por isso, o norteador serão as diretrizes de matriciamento que

21 Ver em anexo “proposta de tabela organizacional para planejamento de cada atividade”.

especificarão os critérios; a mesma deverá seguir a metodologia de validação dos fluxos e protocolos, preferencialmente, na câmara técnica de saúde mental.

2ª ETAPA

1ª fase: realização dos espaços de validação dos protocolos e fluxos

O setor responsável deve atentar-se para a logística necessária para a realização das atividades do dia e programação; forma de acesso prévia ao fluxo e/ou protocolo que será discutido; metodologia para edição e validação. Posteriormente, deverá encaminhar o documento final para a comissão. Sugerimos a utilização da metodologia das Oficinas Pedagógicas.

2ª fase: acompanhamento

Identificamos que os apoiadores institucionais são sujeitos que possuem a capacidade de observar e intervir em determinado contexto do trabalho em saúde, com a possibilidade de interferir nos processos pedagógicos e de gestão. Dessa maneira, recomendamos que os apoiadores institucionais sejam os articuladores desse acompanhamento. Para tanto, é necessário ter acesso às metas estabelecidas, critérios de monitoramento e a intencionalidade do acompanhamento, para que possam estimular o seguimento dos fluxos estabelecidos e traçar estratégias – junto com as equipes ou departamentos – caso os profissionais tenham dificuldade de seguir os parâmetros estabelecidos.

É substancial que o apoiador se aproprie dos fluxos e protocolos para que possam matriciar àquelas equipes do seu território nas problemáticas possíveis. Caso a necessidade esteja fora do escopo técnico e pedagógico do apoiador, acionar a área técnica de competência para que possa identificar o profissional que tenha a competência para saná-la.

Para os **casos fora do protocolo ou fluxo**: 1 – se for caso de dúvida de encaminhamento (fluxo e acesso), acionar a regulação; 2 – se for caso de dúvida assistencial (protocolo), acionar o telessaúde.

3ª fase: monitoramento e avaliação

O DIPLAN deverá estabelecer a periodicidade de reuniões de avaliações com os componentes da comissão e demais sujeitos que identifique necessário. É necessário que seja estabelecido uma metodologia de monitoramento das metas pactuadas e etapas de implementação dos fluxos e protocolos. Além de estabelecer as estratégias para verificação dos impactos do projeto.

A DICOR deve ser encarregada de avaliar se houve redução de encaminhamentos e de encaminhamentos desnecessários para a AAE nesse período.

Recomendamos que o apoio institucional estabeleça uma metodologia de monitoramento para identificar quais equipes, territórios e profissionais apresentam necessidade de ampliação de conhecimentos em determinada temática, diferenciando àqueles que participaram dos espaços de requalificação dos que não participaram, para que a problemática seja especificamente identificada e a intervenção possa ser eficaz.

Como forma de facilitar o acesso as informações pelos profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, sugerimos a criação de uma biblioteca virtual, onde constaria todos os materiais validados por este projeto e também todos os demais já implementados pelo ministério da saúde. O acesso será a partir do site oficial da prefeitura municipal de Camaçari.

4.1 METODOLOGIAS PARA EFETIVAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Para cada necessidade há uma forma mais eficiente para alcançar os resultados, por isso, elencamos algumas possibilidades: capacitação, treinamento, matriciamento, oficina e visita técnica.

A seguir, descreveremos cada uma dessas.

4.1.1 CAPACITAÇÃO

Definição: Processo permanente e deliberado de aprendizagem, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências institucionais por meio do desenvolvimento de competências individuais (DECRETO Nº 5.707, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2006).

Sugestão de estruturação do espaço de capacitação a partir da metodologia da problematização:

1º momento: apresentação do tema que será abordado e explicação breve de como será realizado a capacitação (a partir da análise de casos clínicos). Dividir os participantes em grupos menores.

2º momento: o facilitador orienta a ler o caso clínico, em grupo, e registrar o que perceber de alterações/relevante naquele caso. Após essa fase, cada grupo compartilhará os problemas elencados por cada um e destes serão eleitos os problemas chaves para discussão. O facilitador deve guiar as discussões entre os componentes do grupo, com o objetivo de extrair ao final, o problema principal que motivou a capacitação.

3º momento: o facilitador deverá realizar uma exposição sobre o tema, destacando os pontos essenciais. Ao final, para fixar os assuntos em questão, realizar um “quis” com perguntas objetivas referente ao tema trabalhado.

4º momento: realizar uma avaliação geral da atividade com os participantes, a fim de sinalizar os pontos positivos e negativos.

4.1.2 TREINAMENTO

Definição: Aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos, regras ou habilidades que resultem na melhoria do desempenho no trabalho, obtidos por meio da análise de tarefas e princípios da tecnologia instrucional (LACERDA e ABBAD apud GOLDSTEIN, 1991).

Sugestão de treinamento com metodologia

1º Momento: Apresentar sobre a história geral do Telessaúde Brasil Redes.

2º Momento: A fim de apropriar os participantes das atribuições do Telessaúde, é importante esclarecer as ferramentas disponíveis na plataforma (Teleconsultoria, telediagnóstico, tele-educação e segunda opinião formativa) e como acessar cada uma delas. Apresentar quais profissionais estão disponíveis para tirar as dúvidas dos solicitantes da APS.

3º Momento: Para fixação do conteúdo exposto durante o treinamento, sugiro dividir os alunos em grupos menores, distribuindo entre eles casos clínicos complexos adaptados para o treinamento. A partir daí, discutir o caso em grupo, levantando as dúvidas para então acionar o telessaúde. Os alunos devem discutir entre si quais os profissionais do telessaúde poderiam ser solicitados.

4º Momento: Ao final da discussão, sistematizar num fluxograma o funcionamento do telessaúde e distribuir um material explicativo sobre o assunto.

4.1.3 OFICINAS PEDAGÓGICAS

Definição: “[...] são formas de construir conhecimento pela ação e reflexão com o objetivo de integrar conceitos, crenças e informações da realidade vivida pelos participantes” (SILVA, 2013, p. 261). Recomendamos que as oficinas pedagógicas sejam realizadas para validação dos protocolos de acesso, em especial, para as especialidades em que há mais encaminhamentos e/ou encaminhamentos que são “julgados” desnecessários.

Sugestão de estruturação de oficina pedagógica

1º momento: em grupos, discutir condutas a partir de casos clínicos (reais) adaptados, em que o encaminhamento para a atenção especializada não era necessário. Os casos devem expor problemáticas variadas, desde o preenchimento da guia de encaminhamento;

2º momento: exposição dos grupos dos problemas identificados no caso clínico e sugestões de condutas;

3º momento: exposição das principais problemáticas nos encaminhamentos para aquela especialidade;

4º momento: distribuição de impressos com o protocolo de acesso previamente construído, para que em grupos sejam discutidas alterações e inclusões;

5º momento: socialização dos grupos das alterações e inclusões;

6º momento: validação coletiva.

4.1.4 MATRICIAMENTO

Definição: é uma prática de cooperação entre equipes de saúde com compartilhamento de saberes e tecnologias intra e intersectorial, com a perspectiva de aumentar a resolutividade dos cuidados de saúde primários.

Descrição: o matriciamento *in loco* deve ser realizado a partir do diagnóstico prévio das dificuldades dos profissionais da região de saúde. Este momento pressupõe uma escuta qualificada dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde para identificação dos entraves e/ou potencialidades na operacionalização dos encaminhamentos para a atenção especializada, mas também para definir estratégias de melhorias da realidade local. Trata-se de uma proposição de seguimento/continuidade das oficinas pedagógicas.

Critérios: equipes que ainda apresentem dificuldades de seguimento dos protocolos e fluxos de acesso à atenção ambulatorial especializada ou que demonstre dúvidas de manejo clínico.

Sugestão de matriciamento

1º momento: Exposição do diagnóstico (relatório emitido pela regulação ou instrumento Elaborado pelas áreas técnicas e escuta sensível para as dificuldades dos trabalhadores.

2º momento: Explicação detalhada do fluxo e/ou protocolo em discussão.

3º momento: Aplicação da aprendizagem por meio de discussão de caso.

4º momento: Estabelecimento de metas, responsáveis e prazos.

5º momento: Avaliação.

Local para o matriciamento: Reuniões de equipes previamente agendadas para esta finalidade.

5 CRONOGRAMA

MÊS/ANO	ETAPA	META	ESPECIALIDADE	PÚBLICO-ALVO
Janeiro/2019				
Fevereiro/2019				
Março/2019				
Abril/2019				
Mai/2019				
Junho/2019				
Julho/2019				
Agosto/2019				
Setembro/2019				
Outubro/2019				
Novembro/2019				
Dezembro/2019				
Janeiro/2020				
Fevereiro/2020				
Março/2020				
Abril/2020				

6 PROPOSTA DE AGENDA PARA 2019

TRIMESTRE	MÊS	TEMÁTICA	TIPO DE FERRAMENTA	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
PRIMEIRO	Fevereiro	Telessaúde	Oficinas?		Profissionais de saúde de nível superior que atuam na atenção primária à saúde
SEGUNDO					
TERCEIRO					
QUARTO					

7 PROPOSTA DE TABELA ORGANIZACIONAL PARA PLANEJAMENTO DE CADA ATIVIDADE

Temática:		Data prevista:	
Tipo de ferramenta: () matriciamento; () oficina pedagógica () capacitação; () treinamento.			
Objetivo:			
Público-alvo:			
Metodologia:	Materiais necessários:	Responsáveis:	
Profissionais convidados para a condução do espaço:			
Ementa:		Tempo:	
PARA O DIA:			
Responsável pela relatoria:		Responsável pela coordenação:	
Responsável pela recepção dos convidados:			
Setor responsável pela checagem da organização geral:			

APÊNCIDE A

Formulário de acompanhamento (preenchimento exclusivo do apoiador institucional)

Unidade de Saúde:		Data:
Participante(s):		
Profissional responsável pelo acompanhamento:		
Nós críticos identificados:		
METAS	RESPONSÁVEIS	PRAZO
Observações:		

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul/set 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde – **Portaria nº 4.279**, de 30/12/2010.
3. BRASIL. **DECRETO Nº 5.707**, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2006.
4. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. SECRETARIA DE SAÚDE. **MANUAL PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO PARANÁ** . 1. ed. CURITIBA: [s.n.], 2017. 113 p.
Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual_Implantacao_do_MACC.pdf>.
Acesso em: 03 nov. 2018.
5. KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**: Florianópolis, n. 20, v. 1, págs 184-193, jan-mar/2011.
6. LACERDA, Érika Rodrigues Magalhães; ABBAD, Gardênia. Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas preditoras. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 7, n. 4, p. 77-96, Dec. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552003000400005>.
7. MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.
8. SILVA, E. B. *et al.* Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência. **Bol. Inst. Saúde**, vol.14 n.3 São Paulo, ago/2013. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n3/v14n3a02.pdf>>.

AUTORIZAÇÃO DE USO DO MATERIAL

Eu, **Carla Elisa Santana Soares**, CPF nº **052804725-65**, RG nº **14822406-70 SSP/BA**, residente do Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina da Família e Comunidade da FESF-SUS/Fiocruz, autorizo o uso do Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “ **PRODUÇÕES, EXPERIÊNCIAS E MEMÓRIAS DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**”, sem qualquer ônus para o programa, respeitados os direitos autorais.

Camaçari-BA, 06 de março de 2019.

Carla Elisa Santana Soares