

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAELA OLIVEIRA DE SOUZA

**CONSTRUINDO SABERES E TECENDO FIOS ENTRE O NÚCLEO E O CAMPO: A
TRAJETÓRIA DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA
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: Rosimeira das Chagas Delgado

CAMAÇARI-BA

2020

RAFAELA OLIVEIRA DE SOUZA

**CONSTRUINDO SABERES E TECENDO FIOS ENTRE O NÚCLEO E O CAMPO: A
TRAJETÓRIA DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA
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.

AGRADECIMENTOS

Através desse poema, venho agradecer a todos que durante essa trajetória tive a oportunidade de compartilhar momentos e saberes, aos quais me fizeram tornar a profissional de hoje, que defende uma outra forma de construir e ofertar o cuidado ao próximo.

Gratidão aos usuários; aos colegas residentes (ao meu querido e eterno NASF); ao corpo pedagógico; a coordenação e afins do Programa; as Agentes Comunitários de Saúde; aos profissionais das unidades Nova Aliança e PHOC CAIC; aos profissionais que conheci na Rede de Camaçari e no espaço das Práticas Integrativas e Complementares do município de São Paulo!

A todos a minha eterna gratidão... Gratidão por aproveitar esse **TEMPO** tão singular!

Aproveitar o tempo

*Aproveitar o tempo!
Mas o que é o tempo, que eu o aproveite?
Aproveitar o tempo!
Nenhum dia sem linha...
O trabalho honesto e superior...
O trabalho à Virgílio, à Milton...
Mas é tão difícil ser honesto ou superior!
É tão pouco provável ser Milton ou ser Virgílio!*

*Aproveitar o tempo!
Tirar da alma os bocados precisos
nem mais nem menos
Para com eles juntar os cubos ajustados
Que fazem gravuras certas na história
(E estão certas também do lado de baixo que se não vê)...
Pôr as sensações em castelo de cartas, pobre China dos serões,
E os pensamentos em dominó, igual contra igual,
E a vontade em carambola difícil.
Imagens de jogos ou de paciências ou de passatempos
Imagens da vida, imagens das vidas. Imagens da Vida.*

*Verbalismo...
Sim, verbalismo...
Aproveitar o tempo!
Não ter um minuto que o exame de consciência desconheça...
Não ter um acto indefinido nem factício...*

*Não ter um movimento desconforme com propósitos...
Boas maneiras da alma...
Elegância de persistir...*

Aproveitar o tempo!
Meu coração está cansado como mendigo verdadeiro.
Meu cérebro está pronto como um fardo posto ao canto.
Meu canto (verbalismo!) está tal como está e é triste.
Aproveitar o tempo!
Desde que comecei a escrever passaram cinco minutos.
Aproveitei-os ou não?
Se não sei se os aproveitei, que saberei de outros minutos?!

(Passageira que viajaras tantas vezes no mesmo compartimento comigo
No comboio suburbano,
Chegaste a interessar-te por mim?
Aproveitei o tempo olhando para ti?
Qual foi o ritmo do nosso sossego no comboio andante?
Qual foi o entendimento que não chegámos a ter?
Qual foi a vida que houve nisto? Que foi isto a vida?)

Aproveitar o tempo!
Ah, deixem-me não aproveitar nada!
Nem tempo, nem ser, nem memórias de tempo ou de ser!...
Deixem-me ser uma folha de árvore, titilada por brisa,
A poeira de uma estrada involuntária e sozinha,
O vinco deixado na estrada pelas rodas enquanto não vêm outras,
O pião do garoto, que vai a parar,
E oscila, no mesmo movimento que o da alma,
E cai, como caem os deuses, no chão do Destino.

(FERNANDO PESSOA)

SOUZA, R. O. **CONSTRUINDO SABERES E TECENDO FIOS ENTRE O NÚCLEO E O CAMPO: A TRAJETÓRIA DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Págs. 57, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2020.

RESUMO

O presente memorial assume como temática abordada a experiência no processo de formação no ensino-serviço do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF/FIOCRUZ no município de Camaçari-BA. Trazendo etapas, momentos e espaços nos quais pude compartilhar dos saberes tanto de núcleo, como professora de educação física, e na construção no modo de ser profissional integrante do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Atenção Básica, como dos saberes de campo. Durante esses dois anos, divido a minha abordagem memorialística percorrendo pelas indagações: “*Quem?*”, buscando reconhecer as possibilidades como professora de educação física e como profissional NASF nesse espaço. No “*Como?*”, quando externalizo esses aprendizados e faço essa interação em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, espaço de gestão, bem como no cenário de escolha do estágio eletivo. E finalizo com o “*Quando?*”, trazendo os momentos em que tudo faz sentido na minha prática, quando percebo que o processo de formação incorporou-me a entender o que SUS, o que é Atenção Básica, o que é ser NASF, o que é militar por esse sistema e por políticas e diretrizes que defendem essa abordagem mais ampla do que concebemos como saúde.

Palavras-chave: Residência; Programa Saúde da Família; SUS; Educação Física.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. O COMEÇO DESSA HISTÓRIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DAS INDAGAÇÕES: “QUEM?”, “COMO?” E “QUANDO?”	7
2.1 <i>Quem</i> sou Eu nesse espaço? Construindo a personagem: como profissional de saúde.....	9
2.2 Adeus R1... A Deus R2! <i>Como</i> realizar o trabalho em Rede de Atenção à Saúde?.....	28
3. QUANDO ME RECONHEÇO NESTE ESPAÇO	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS, “DIGO”, CONSIDERAÇÕES ATÉ O MOMENTO	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	54

1. APRESENTAÇÃO

“É experiência aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao passar-nos nos forma e nos transforma... esse é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao largo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. No saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece... por isso ninguém pode aprender da experiência de outro a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria” (LARROSA, 2002).

Este memorial é o resultado da trajetória pela formação continuada em saúde, a partir do meu ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF-SUS/FIOCRUZ, e no decorrer do período de duração do curso, onde ressalto algumas das ressignificações produzidas ou apreendidas nesse intenso e construtivo percurso, as quais concretizo aqui, foram do íntimo, do pessoal ao profissional.

Sou professora de educação física, formada em bacharel pela Faculdade Nobre de Feira de Santana, passei pela Universidade Estadual de Feira de Santana, mas não concluí a licenciatura, devido a entrada na especialização à qual estou finalizando. Porém, minha trajetória nesta área começa bem antes da fase de escolha da profissão, antes do ensino médio. Sempre fui uma criança em que as práticas corporais estavam presentes de modo muito intenso e isso acabou repercutindo quando iniciei a alfabetização e assim por diante.

Quando tive contato com as aulas de Educação Física, sempre me vinha à mente diversas curiosidades acerca daquele mundo e sobre aquelas figuras concretizadas nos professores, dentre eles Patrícia, Renato, Sandra, entre outros. Parecia que tinham um encanto diferente dos demais, não sabia o que ao certo, mas convenhamos que era diferente. Após alguns anos iniciei a prática do voleibol, na qual me levou por uns cinco anos a entrar num projeto pelo “Instituto Esporte e Educação” fundado por Ana Mooser, voltados para o desenvolvimento de crianças e jovens por meio do esporte educacional.

Foi então que meu contato com outros professores de educação física ficou mais próximo e mais admirador também. Agradeço aqui aos professores Josemar, Cibele, Mafalda e Wellington por todo aprendizado e por todos os valores construídos em coletivo e pelo cuidado *humanizado* para conosco. Esse despertar me acompanhou durante o ensino médio, com a certeza de que queria semear esses frutos através da Educação Física. E assim se fez. Recebi a resposta que a partir de 2011 começaria minha jornada na Universidade Cruzeiro do Sul, no curso de Licenciatura, nesta área tão desafiadora mas tão pertencente de todos os espaços. Se é que consigo definir, nós (professores) ainda encontramos dificuldades de sintetizar o que venha a ser a Educação Física, pois ela é tão ampla e tão singular que

resumi-la perderíamos detalhes preciosos. Vamos prosseguir? Então, cursei três anos da licenciatura pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), em São Paulo e, por motivos pessoais, decidi acompanhar minha família em outro estado. E assim chego nesse estado que me acolheu e me acolhe, e hoje com toda certeza, me declaro “*Sou baiana*”.

Para que essa história não fique extensa, vou direto ao que quero relatar neste memorial. Divido o relato dessa experiência em duas partes: na primeira abordo o ano como R1 (definição para o residente do primeiro ano), período voltado para “o dentro”, onde pude me reconhecer, construir uma identidade profissional, me ver enquanto profissional de saúde, fortalecer o núcleo e compreender o campo. Já na segunda parte a construção foi “para fora”. Foi o período para construir relações, tecer redes, produzir encontros, estabelecer diálogos.

E assim, discorro essas etapas trazendo como disparador questionamentos a partir das indagações “*quem*”, “*como*” e “*quando*”, remetendo cada uma, em uma etapa de ressignificação nesse processo de formação profissional na saúde.

Quero aqui deixar em palavras e da melhor forma transparecer toda construção, reflexão e desafios que tive durante esses dois anos, não é fácil compactar uma experiência tão intensa, como Da Conceição Passeggi (2010, p.33) apresenta que “*Expor, para o outro e por escrito, as histórias que contamos sobre nós mesmos e a nós mesmos, em nosso discurso interior, não é tarefa fácil*”. Então, meu caros, aproveitem a leitura que essas palavras possam expressar em caracteres os meus sentimentos e as minhas percepções nesse processo de construção de uma professora e profissional da saúde.

2. O COMEÇO DESSA HISTÓRIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DAS INDAGAÇÕES: “QUEM?”, “COMO?” E “QUANDO?”

*“Como tudo deve ser”
(Charlie Brown Jr.)*

Para dar andamento a essa narrativa, pela ótica da ressignificação do fazer no processo de formação em saúde e para a saúde, preciso trazer alguns fatos que me levaram a estar nesse espaço. No ano de 2017, próximo a finalização da graduação como bacharel em Educação Física, aquela aflição da incerteza do que me esperava posteriormente ao término da formação, tomava-me conta como diz Chorão (2007) na música Pontes indestrutíveis “... *buscando um novo rumo que faça sentido nesse mundo louco...*”.

O que mais me inquietava era o fato de querer outro caminho diferente da maioria que ingressava no mundo Fitness. Foi então que comecei a buscar outras possibilidades de

inserção profissional fora do campo já tachado para a Educação Física e que a maioria dos colegas de profissão estranhavam quando dispusera minha angústia sobre esse reducionismo e a não disposição para me inserir nesse mesmo mercado.

Em janeiro do ano seguinte comecei o primeiro tempo dessa partida desafiadora que estava se iniciando. Conheci o Programa de uma forma bem incomum, por meio das redes sociais, por aqueles anúncios que aparecem quando fazemos um pesquisa anterior. Quando me apropriei do edital, me peguei novamente pensando em não tentar por insegurança dos conteúdos e ambiência do campo; o medo do desconhecido quase me travou.

Enfim, cá estava eu, em março de 2018, adentrando o Programa de Residência (**Foto 1**), após quase desistir. Trazendo uma comparação com o “acolhimento”, dito aquele momento/espço, que se traduz numa “... *prática presente em todas as relações...*” (BRASIL, 2013, p.20), em que o profissional de saúde acode o utente de forma a ajudá-lo com as demandas trazidas, me coloco nesse lugar trazendo os meus carecimentos e como fui acolhida pela Saúde da Família e como compreendi esse tal fazer na Atenção Básica, a partir da minha própria vivência.

Foto 1. Turma de 2018-2020 do Programa Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade



Fonte: Semana de acolhimento dos residentes do município de Camaçari-BA

Cheguei cheia de demandas, de desentendimentos sobre aquele ambiente devido à pouca aproximação com o campo durante a formação e inserção da área nesse espaço. E mesmo assim, algo me movia a permanecer nesse mundo desconhecido e aquela voz no fim do túnel dizia: vá em frente com todas as suas incertezas, medos e pavores. E sim! Inicialmente essas foram minhas sensações em diversos momentos, devido ao desconforto perante uma situação desconhecida.

Temos tanto receio do medo, mas se pararmos para refletir, é ele que nos move a evoluir também. Um escritor de uma página em uma rede social escreveu o seguinte poema: “Não se envergonhe com seus medos. Pássaros medrosos também voam” (BRANDÃO,

2020). Esse sentimento nos faz seguir de uma forma mais segura, ou mais apropriada o quanto possível for, e assim entrar em um estado de feedback constante na melhoria das ações.

2.1 *Quem sou Eu nesse espaço? Construindo a personagem: como profissional de saúde*

*“Duas estradas se bifurcaram no meio da minha vida,
Ouvi um sábio dizer.
Peguei a estrada menos usada.
E isso fez toda a diferença cada noite e cada dia.”*

(LARRY NORMAN)

Bem-vinda ao NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família)! *NASFiiii-o* quê? E faço o quê? Fico aonde? O que é que esse NASF faz mesmo? São tantas perguntas quando chegamos, porque é algo tão instituído e tão desconhecido ainda. Digo desconhecido no sentido da falta de lapidação dessa ferramenta e não por não terem consciência da existência. E reafirmo que desconhecido pelas próprias categorias desse arranjo. A única certeza era que estaria na função de professora de educação física (**foto 2**).

Foto 2. Equipe NASF 1 da Residência Multiprofissional em Saúde da Família



Direita pra esquerda: Carla Elisa (profª de educ. física/R2); Talita (nutricionista); Natali (fisioterapeuta); Silvana (preceptora); Renato (profº de educ. física); Scarlethe (psicóloga); Naisla (fisioterapeuta); Willames (fisioterapeuta/R2) e Ramon (nutricionista).

Quando surgiram essas interrogações a primeira resposta que nos foi dada vinha acompanhada da simplificação da palavra “*apoiar*” como é proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Mas, retumba com uma grande dimensão, que não se materializa nada a

princípio. A compreensão foi vindo a partir das vivências do dia a dia, das discussões e reflexões a partir das competências trazidas pelo caderno 39 e de acordo com a realidade das unidades de apoio.

Afirmo que esse processo é tão singular, que nos denominamos de “*nasfianos*”, pois é algo que exige desbravamento e permissão de (RE)construir o seu fazer, enquanto categoria específica e profissional de saúde. A minha formação, me direcionou para o cuidado e acompanhamento individual à saúde, monitoramento de variáveis fisiológicas, utilização de alguns equipamentos. Enfim, para uma clínica médico-centrada, para ações fragmentadas dentro do campo que vão de encontro à ideologia central do NASF.

Essas incompreensões iniciais do fazer “*nasfianos*”, que nos colocavam em uma corda bamba, nos exigiam buscar o equilíbrio ao mesmo instante que fizesse sanar com as nossas dificuldades, também dar o suporte esperado pelas equipes de Saúde da Família.

A zona de conforto foi algo inexistente do processo formativo no NASF, e por ser inexistente, foi responsável pela concretização do fazer. E a primeira dificuldade se fez na organização da agenda, quando não se tem clareza das possibilidades e como executá-las; uma simples organização do cronograma se torna uma tarefa tão difícil quanto solucionar um quebra-cabeça tridimensional. Como assim, agenda dinâmica? Não podemos reclamar ou ousar dizer que caímos na rotina. Cada semana se faz a partir da necessidade do território e do trabalho multiprofissional e interdisciplinar que é produzido.

Para entender esse enigma, o primeiro passo foi refletir em equipe NASF e apoio da preceptoria, sobre as diversas ferramentas existentes para o cuidado em saúde e se fazer presente nesses espaços que estavam estabelecidos como as atribuições destinadas para os profissionais do NASF, em específico o matriciamento e reunião de NASF; como também as atividades em comum aos profissionais da saúde, sendo: planejamento e execução das atividades coletivas, atendimentos compartilhados e individuais, reuniões de equipe, reunião de unidade, articulações em rede.

Dessa forma, passamos a nos encaixar nas programações das semanas iniciais de forma processual e com a passagem dos residentes do segundo ano que ainda estavam em serviço, se fazendo presentes até o ponto de assumirmos o posto. Essa inserção para quem chega nu e cru, como é posto por Merhy (2005), permite gerar modificações ou construir algo, seja o produto imaterial e/ou material naquele ato.

Algumas dessas ferramentas de cuidado eram inéditas na minha prática, e logo na primeira semana. A que mais me surpreendeu inicialmente, e confesso que em ato meu sistema psicobiológico processou todas as informações sensoriais e respostas dos mecanismos neuroquímicos e moleculares possíveis, em respostas defensivas associadas ao

medo e à ansiedade da desconhecida “*visita domiciliar ou VD, para os íntimos*”. Lembro-me como hoje, quando fui acompanhar a equipe na visita.

Quando realizamos uma ação pela primeira vez, o sentimento de “medo” aparece em nossa frente, ficamos receosos perante aquilo que não conseguimos visualizar e que nos esperam. Desta forma, antecipamos situações, criando realidades sem ao menos ter certeza do que venha ser, porém, isso é algo tão natural quando nos deparamos com o desconhecido em nossa frente. Mas ali estava, em um processo de transformação e para sairmos desse “conforto” e descobriremos as possibilidades do fazer, a palavra “permita-se” faz todo sentido, pois este é o espaço privilegiado para refletir e problematizar a produção do cuidado.

Ao me passarem a história de *Sr. Cravo (in memoria)*, imaginei a pior situação que a condição clínica pudera trazer a alguém. Entrei em sofrimento calada naquele curto período entre a preparação para a visita na unidade até chegar ao domicílio, por deduzir um estado deplorável, só pela narrativa da enfermeira e, lidar com o sofrimento do outro na Atenção Básica, não é tarefa fácil. Como também, por não ter materializado as minhas ações naquela situação, não tinha a mínima noção do que precisava fazer, de onde partir, do que observar.

E nessa perspectiva é que Gil (2005) discute em sua produção, o quanto ainda é frágil o perfil da formação dos profissionais de saúde para atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e das práticas que o modelo de atenção posto nos exige. Afirmando que esses dois processos não podem ser discutidos isoladamente e reforçando o que autores da área administrativa apontam, que o processamento para mudanças vem da valorização na gestão dos recursos humanos naquele espaço, que lidam com a construção no real, com interação e reorganização das suas práticas.

Então, são nesses espaços garantidos que encontramos a oportunidade de remodelar nossas práticas pela lógica da problematização do processo e da qualidade do trabalho, assim, Cecim e Feuerwerker (2004) trazem a Educação Permanente como ferramenta “*descentralizadora, ascendente e transdisciplinar*”. Transcrevendo nesta abordagem, uma forma que proporciona diversas mudanças na gestão do trabalho em saúde, dentre elas o “*enfrentamento criativo das situações de saúde e de trabalho em equipes matriciais*”; onde trago as minhas dificuldades iniciais na visita domiciliar, pela inexistência de apropriação do fazer e do ser figura matriciadora. Bem essa tecnologia pode reverberar na “*melhora da qualidade do cuidado à saúde*”, por se constituir de práticas técnicas “*críticas, éticas e humanísticas*”.

Adentrar uma casa, é entrar no mais íntimo daquela família. É conseguir entender a história e a relação do meio para com aqueles que ali habitam, e nos detalhes que vão para além das palavras expressas nas falas. Só a Estratégia Saúde da Família (ESF) proporciona, pois parte desse outro olhar ao cuidado a saúde, em que seu nível de atenção à saúde está

pautado pelo contato preferencial dessas famílias com a Rede, e pela mais preciosa relação que é de formação do vínculo, construindo a tríade “unidade-família-rede” no cuidado (BRASIL, 2017).

Quando chegamos no domicílio, fui surpreendida pela maravilhosa recepção da esposa de *Sr. Cravo*, senti sem ter feito essa relação naquele instante, o quão poderoso é a criação de laços. O vínculo é o caminho para o cuidado à saúde, e logo me senti tecendo os primeiros laços na ESF e enxergar os frutos dessa tecnologia tão importante. Ao adentrar o domicílio junto aos outros profissionais comecei a observar o ambiente e logo percebendo, porém sem grandes elucidações, pois era a minha primeira visita domiciliar, quantas informações tínhamos que em um atendimento no consultório, deixamos de ter.

Então me deparei com *Sr. Cravo* sentado em sua poltrona, num semblante sereno e um cochilo tão tranquilo, que logo soltei um suspiro de tranquilidade em vê-lo que não estava naquela situação imaginada. Um ambiente plácido, só estavam os dois. Continuei a observar, não somente o espaço, mas também as ações da residente do segundo ano (enfermeira Camila), enquanto sua esposa o acordava e logo fomos apresentados e então lembrou de sua neta que se chamava *Rafaela* e a conversa foi fluindo.

Conforme ocorriam as ações planejadas de avaliação, aferição de alguns sinais vitais, verificação de alguns exames, algumas perguntas referente aos cuidados pessoais de alimentação, higiene, também conversávamos com o *Sr. Cravo*, que apresentava alterações em sua audição, mas interagia muito bem com todos. Então fui percebendo algumas coisas que estavam relacionadas as demandas, como tensões musculoesqueléticas na região cervical e lombar, provavelmente pela ergonomia dos espaços que ele mais ficava e pela posição sentada por muito tempo como relatado, tornando um fator impulsionador de desconforto, além da situação clínica já instalada.

A princípio, tentei buscar várias respostas, que pudessem me auxiliar, junto às ações dos outros profissionais a trazer algo que pudesse beneficiá-lo ou trazer um conforto maior perante sua situação. Ao decorrer dos minutos que ali passavam, pude construir uma série de entendimentos sobre o valor daquele espaço e o quanto é importante a presença de outros profissionais para uma única finalidade, a produção do cuidado ao próximo. Utilizamos utensílios da própria casa, como as almofadadas na tentativa de melhorar a ergonomia que apresentava sentado em sua cadeira de balanço e como utilizava em grande parte do dia essas pequenas orientações serviriam para deixar aquele ambiente o mais confortável possível, além de agregar exercícios de alongamentos e para melhora da circulação sanguínea.

Percebi a relação familiar, que proporcionava um cuidado muito atencioso ao *Sr. Cravo*, por mais que a esposa fosse a figura centralizadora do cuidador, estava cercada de

outros familiares que ajudavam. A estrutura física atrapalhava a locomoção, muito organizada, porém ele era dependente de ajuda para se locomover e não apresentava espaço suficiente para isso, sem contar que a casa era no segundo andar. Mas, lembro da luz solar que entrava, deixando a casa viva de luz e ele ficava em posição que dava para contemplar.

Compreendi que ali, tinham informações muito peculiares e que impactavam diretamente nas nossas orientações, e que fora dali não seriam tão bem relacionadas, caso não tivesse esse contato. Sai transbordando de gratidão, e o quanto valeu a pena, mesmo fazendo coisas mínimas talvez, pois ainda intrinsecamente estava julgando se aquelas ações eram as certas, as esperadas. Aprendi tanto naquele encontro e o fato de poder avaliar depois com a equipe me trouxe a sensação de conforto.

A partir dali, estava construindo o significado de uma visita domiciliar, do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, do apoio matriciador do NASF, enfim, estava construindo sentido. E de acordo com Savassi (2006) é "*considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família*" e estamos numa estratégia de cuidado à saúde que enfatiza a "*Família*", logo, nossas ferramentas de cuidado devem fazer jus ao que propusemos ofertar, que é a busca pelo bem-estar do indivíduo e seu coletivo.

Nessa perspectiva, esse autor apresenta que torna-se imprescindível nos aproximarmos desse ambiente, em que essas pessoas vivem. Conhecer os modo de vida que levam; conhecer que comunidade é aquela, descobrindo as suas peculiaridades; as cultura e crenças que ali predominam e os padrões de comportamento. Tudo isso nos permite visualizar as reais necessidades que aquele território está transmitindo, pelo simples fato de nos deixarmos conhecê-lo, para então identificarmos no que devemos investir e como realizar tais ofertas. E assim, explicita que é um meio de alcançarmos a "*compreensão do viver em família*".

E assim, foram surgindo outros espaços de aproximação com as ferramentas da Atenção Básica, junto aos R2s, até assumirmos o serviço. Foi então que encontrei uma outra lacuna, o desafio de conciliar a continuação nessa construção dos sentidos das ferramentas de cuidado a saúde, concomitante à falta de acionamento para o núcleo da Educação Física, dos lugares pré-estabelecidos, como o grupo de práticas e outras atividades coletivas, sendo espaços da Educação Física! Mas, e esse outro lugar? Precisávamos (*RE*)construir esse paradigma.

A partir do momento em que passamos a assumir as atividades nas unidades, as angustias tomaram-me conta, no decorrer dos acionamentos direcionados ao apoio do NASF, me deparei com a falta de solicitação e busca pela Educação Física, partindo dos outros profissionais. Nos registros, era nítido o vazio dessa aproximação com os campos de domínios

desta categoria, que resultavam nos direcionamentos exclusivos aos profissionais julgados por serem únicos colaboradores para tais demandas.

Atitudes como essa demonstram o nosso olhar fragmentado, digo “nosso”, pela concepção da formação centralizadora que encontramos no modelo tradicional da educação de nível superior, a qual fomos sujeitos nessa construção do profissional de saúde que mantém o foco nos conhecimentos e ações únicas de núcleo. Então, seguindo nesta lógica, quando nos deparamos com um indivíduo, cuja alimentação não está adequada, logo, se imagina o nutricionista como figura de contribuição ao cuidado. E assim, em queixas tão específicas temos a conduta de especificar quem ali pode contribuir, excluindo as possibilidades da interdisciplinaridade naquele ambiente multiprofissional.

Já que esta profissão, veio como estratégia no âmbito da “saúde”, nesse sentido, pela ausência de doenças, perante a perspectiva de mudanças do perfil epidemiológico da população. Com o aumento de doenças, que estavam diretamente ligadas ao modo de viver, ocasionados por diversos fatores e dentre eles a inatividade física, então o reconhecimento como profissional de saúde, veio pela estimulação da prática de atividade física e em seguida, com as políticas de promoção à saúde e do NASF (RODRIGUES et al, 2013).

E nessa conduta, onde fica a Educação Física? Qual a especificidade desse núcleo? Qual situação é competente para encaminhar e/ou solicitar apoio? Creio que essa dificuldade é o que se passa pelos diversos profissionais da saúde, em enxergar as delimitações da Educação Física. Mas, existem delimitações para a Educação Física? Podemos constatar que existe uma intervenção específica para essa área? Trago essas duas perguntas para nos causar um momento de reflexão da nossa prática, que sempre volta-se a categorizar as profissões em conhecimentos cada vez mais específicos para sua tal competência.

A inserção da Educação Física na saúde se dá, inicialmente, devido à transição epidemiológica e ao entendimento de que o sedentarismo da população era uma das causas preponderantes ao desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e na obesidade. Desse modo, a prática de atividades físicas foi considerada o “remédio” para a produção de saúde e estímulo à aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Nessa perspectiva, o fazer dos profissionais da Educação Física na saúde, foi estimulado para a “prescrição” de exercícios físicos, considerando apenas a dimensão do corpo biológico e a responsabilização do indivíduo por melhorar sua condição de saúde.

Autores como Fraga (2005) e Ceccim e Bilibio (2007), nos fazem refletir sobre as Práticas Corporais na saúde, ampliando e inserindo outras dimensões como a cultura, as condições de vida, o contexto social, dentre outros condicionantes de saúde.

Ceccim e Bilibio (2007) reforçam em seu estudo que essa visão centralizadora sobre as nossas contribuições reduzidas ao ato de “...colocar o corpo biológico humano em

movimento...” para alcançar a saúde, são reflexos dos marcos históricos da educação física que estão ainda fortemente presentes na percepção do nosso fazer para o outro, como atuação protetora e recuperadora da saúde individual e coletiva. Foi dessa forma que nos apresentamos na saúde, historicamente, considerando que a inserção da EF na saúde é recente e em construção, precisamos buscar novos caminhos para ampliarmos e qualificarmos a nossa prática profissional na saúde.

Reconhecer isso, é reconhecer que existe a necessidade de colocarmos em prática essas mudanças, atualizar essa forma de pensar, visualizar e verbalizar as possibilidades reais que a educação física tem a contribuir atualmente. A educação física é muito mais que isso. Identificar que esta simplificação de nossa existência ali pela aptidão física é interferir em sermos enxergados fora dessa zona impulsionando a nos colocarmos de modo mais incisivo. E podemos a partir de então contrapor essas definições limitantes, que nos servem de fato para impormos que não! Não é somente isso que define nossa produção das práticas cuidadoras e que esplendidamente é discorrido no trecho abaixo:

“Do mesmo modo que ao campo da saúde, podemos contrapor que seu objeto não é a cura ou a promoção da saúde, mas a produção do cuidado para com a defesa e afirmação da vida, por meio do qual se crê poder atingir a cura e promover a saúde, que são os fins a que se quer chegar, à educação física podemos contrapor que seu objeto em saúde não é a aptidão física, mas a produção relacional educativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal (corpo em ato de invenção da vida e da definição de nós mesmos). (CECCIM e BILIBIO, 2007, p. 49).

Defendo que a Educação Física vem para confrontar essa prática e esse modelo centralizador, que inferioriza nossa prática em só enxergar os fatores biológicos, fisiológicos e/ou físicos. Ela não é só “*específica*” para isso! Não fala somente de músculos, cinesiologia e biomecânica do movimento; de emagrecimento ou hipertrofia; de alongamento (*risos...*). Ela não só fala do corpo como matéria! Não desassocia dos valores, crenças, significados, saberes e culturas que aquele corpo traz.

Quando nos referimos àquele outro alguém, nos referimos sobre uma cultura, sobre uma condição de vida que foi existente e desconhecida por nós até nos aproximarmos daquele “corpo” e o conhecê-lo. Daolio (1995) concretiza que não somos a simples definição de uma representação, cujo fenômeno se faz puramente ao ser biológico, mas do resultado da interação entre a natureza e a cultura.

Percebi que essa era a forma de identificar os núcleos que ali estavam, ainda mais do NASF, quando seu papel ali postado era de apoiar nas carências encontradas pela equipe na produção do cuidado, e que não chegavam para a Educação Física e me causavam enorme inquietação, por não perceberem que poderíamos contribuir. Foi então que comecei a sentir

realmente aquela inquietação que antes fora no aspecto do imaginário e agora estava no real, no concreto.

Estava sentindo essa realidade cruel a respeito do professor de educação física, ou como grande parte nos reconhece e replica direcionando ao “*educador físico*”, aquele profissional exclusivo da academia; da musculação; do alongamento; do grupo coletivo, que se tornavam mais fortes conforme a ausência pela procura. E reforçamos este estereótipo definindo as curvas dessa profissão, a partir da proporção que damos pela priorização da dimensão física e biológica quando direcionamos ao lidar com o corpo, e esta referência direciona esse tratamento segmentando à esse corpo desagregando dos componentes que o integram, e que Carvalho (2006) justifica pela perda de sua eficiência mesmo que venha o discurso da ciência.

É claro que existe conhecimentos de nossa exclusiva competência, dos saberes próprios, quando nos referimos ao exercício físico e todas as interações com o organismo, as habilidades motoras nos diversos ciclos da vida, seja ele, no âmbito da saúde de caráter mais biológico, de reabilitação ou estético, como todas as outras categorias profissionais. Mas, o que quero trazer é que não deixamos essa prática ser a nossa conceituação, da nossa produção, da nossa oferta para o outro. Mesmo que para alguns professores de Educação Física, isso não tenha sido captado e refletido em sua prática.

Quando paramos para analisar a construção histórica da Educação Física e seu trajeto na Saúde, sua inserção e reconhecimento neste campo ainda é muito recente. Sem contar em todos os marcos que influenciaram esta área, digo de forma íntima, é uma construção de ressignificações muito fortes, de influências, nas quais abordamos como Tendências da Educação Física, para entender a sua evolução na sociedade (GHIRALDELLI, 1998). E confesso que cheguei para Ela com a tendência da esportivização muito intrínseca, pelos ambientes que passei, tanto no ambiente escolar, quanto do esporte.

E foi durante a graduação, que tive a oportunidade de me permitir dar um novo sentido para aquilo que escolhi como formação profissional. Hoje, de forma mais consciente, entendo que não é tão simples para aqueles que não estão próximos dessas interferências históricas com a Educação Física que na atualidade ainda é muito reforçada, como as correntes da atividade física e sedentarismo. Mas é um movimento que precisamos (professores de educação física) realizar, como forma de potencializarmos as nossas contribuições e ocupar os espaços que são existentes e que afloram a necessidade de estarmos ali.

Em coletivo do núcleo da Educação Física no Programa, chegamos ao momento em que todos estávamos compartilhando das mesmas dificuldades em lidar com o reducionismo ou com a não clareza em perceber outros domínios e possibilidades que pudera contribuir. Coincidiu no momento em que o NASF 1 da Residência estava discutindo sobre essas

mesmas questões entre todas as categorias, para a criação de um material que pudesse direcionar as EqSF, para um melhor acionamento dos profissionais deste núcleo de apoio, partindo da ideia dos “*Crerios de acionamento do NASF*”.

Porém, para a Educação Física, levantamos que isso teria um impacto no qual estvamos tentando evoluir, colocar crerios para este núcleo seria o mesmo que podar uma rvore que estv querendo germinar frutos. No existem crerios para a Educação Física, existem potencialidades que precisam ser descobertas. E foi no decorrer dessas discusses e nos encontros desse núcleo, na exploraçv de materiais, das anlises das grades curriculares v que chegamos ao quadro de “*Potencialidades da Educaçv Ffsica*” (**Anexo 1**), cujo tema transversal se discorre sobre a corporeidade.

A educaçv ffsica v uma vrea que bebe dos atos da educaçv e da saude, e esse v o seu diferencial neste espao de atuaçv e ainda encontramos esse vestfio dessa simplificaçv do seu fazer “*pedagfico*”. Sua essvncia emerge das prxis pedagficas, que na Atençv v Saude ainda se encontram engessadas para as nossas prticas, pelo denominado “*casamento histfrico com a Medicina*”, posto por Quint et al. (2005), que fazem toda abordagem em cima desse dilogo sobre as reflexv es que tornam os fatores limitantes para as nossas atuaçv es.

Dialogarmos sobre esses fatores que dificultam o entendimento da real colaboraçv deste núcleo na saude precisa ser exercitada na prtica, essa relaçv nos exigem como professores de educaçv ffsica impormos essas interfaces que emergem desse processo histfrico, bem como as mudanças que ocorreram na tentativa de dissolver esses resqufcios tv fortemente impostos na figura deste profissional. Sendo um movimento debruçado tbm a partir das nossas açv es enquanto produçv /oferta de cuidado v saude que impulsionam nessa reformulaçv deste indivduo neste espao.

E nesta forçv ideolgfica, volto tv ento para o meu momento de angfustia, perante essa relaçv do meu fazer enquanto núcleo e inserçv neste campo. Mas antes, trago essa pronuncia feita por Frei Betto apud Quint et al. (2005), que nos fazem refletir exatamente sobre no deixarmos estv modulaçv enquadrada, fechada e restritiva ser a “*fachada ou marketing*” da abordagem do professor de educaçv ffsica o tornando limitante em sua prtica. Esse discurso crfico e muito forte, emerge outros pontos importantfssimos que a educaçv ffsica traz como indissociaveis para a relaçv, a construçv, tudo que liga em contato com o outro, distanciando assim de carvter meramente reduzida em açv es mdico-higienistas:

“A Educaçv Ffsica no pode desconsiderar essa realidade social, econfmica e polfca, de onde submergem corpos de bicho com aspecto humano (...), crianças sem infvncia (...), velhos e velhas carcomidos pela negligvncia do Estado, jovens com o presente comprometido e o futuro jv morto de perspectivas e de onde tbm emergem trabalhadores e

trabalhadoras vivendo dos efêmeros atos e simulações de amar, trabalhar e se divertir” (SILVA, 1999 apud QUINT et al., 2005, p. 90).

Então me deparei com “o que fazer?”. Logo, as minhas inquietações deveriam se transformar em ações, e nos diversos momentos que tive de diálogo com minha então R2 (Professora de Educação Física Carla Elisa), compartilhamos dessas mesmas inquietações, no ciclo vivenciado por ela e então por mim. Foi que me deparei com aquele famoso ditado popular “*Se Maomé não vai a montanha, a montanha vai a Maomé*”. Em nenhum outro momento fez tanto sentido, vi que o caminho seria este, não só de aproximação com a equipe mínima, mas, também com o próprio NASF, com a unidade em geral e nos espaços de articulação em rede.

Digamos que a matéria-prima para estratégia, ou melhor, para todo espaço e para todos que dispomos na constituição do trabalho em saúde, parte-se do campo relacional. As relações são a base primordial para qualquer construção de cuidado, precisamos nos *COMUNICAR* e só entendemos as necessidades e enxergamos as soluções ou os caminhos para tal quando dialogamos na gestão compartilhada dos processos de trabalho, como ações que direcionam nossas práticas nos serviços de Saúde (MARQUES; LIMA, 2004).

E assim Merhy e Franco (2003, p.318) corroboram em que essa convivência parte da necessidade de uma comunicação entre determinados atores, sendo posta como uma tecnologia, ferramenta primordial para este campo que vem deste caráter relacional, que é disposto como uma “*forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado*”. Desta forma, não é só o simples fato de se relacionar com alguém, é preciso ter essa consciência de que é por meio desta interação que algo é produzido ou não, que é efetivo ou não, que será garantido mudanças ou não, tudo parte desse campo relacional e da importância que é dada à esta ferramenta.

Dessa forma, comecei a me inserir nos turnos dos atendimentos individuais das EqSF, com as mais variadas demandas sem ser pelo fluxo de acionamento posto. A ideia era acompanhar os turnos, em escala, podendo estar mais próxima dos enfermeiros e médicos das equipes que acompanhava, na perspectiva de começar disseminar e compartilhar do fazer e domínios que a Educação Física poderia contribuir. Possibilitando esses momentos de matriciamento de forma a impulsionar a visão mais ampla deste profissional.

Uma das primeiras consultas que tive com a médica lasmin por meio dessa estratégia da minha inserção e aproximação na relação com os demais, partindo numa proposta de levar, de dispor e de contribuir com conhecimentos e ofertas, gerou um momento de aprendizado mutuo e que me marcou de modo muito significativo nessa lógica na construção conjunta, pois ela trouxe naquele momento sua vivência com a prática do Tai Chi Chuan para a consulta, e o modo como as nossas falas se complementavam enfatizando essas diversas

possibilidades de cuidado, credibilizavam essa conceituação mais abrangente de saúde e diferentes formas de produzi-la.

Esse disparar acarretou em conseguirmos direcionar naquele momento perante a nossa abordagem, uma edificação do cuidado com a *Sr. Violeta*, para além de todas as comorbidades crônicas, como hipertensão, que ela apresentava, e em procedimentos clínicos tradicionais, numa perspectiva mais integral a saúde e na perspectiva da desmedicalização, oportunizando novas produções para o seu cuidado à saúde.

Creio que essa construção vem de acordo com a concepção imposta para a consolidação do NASF e como sua ferramenta substancial na gestão do trabalho, que manifestou-se da necessidade de fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas para o cuidado de forma abrangente e resolutiva na Atenção Primária a Saúde, para o indivíduo e seu coletivo. Deliberamos como instrumento substanciador para gestão do cuidado de forma dialógica, partindo para os pressupostos da clínica ampliada e na integralidade do indivíduo (CAMPOS, DOMITTI, 2007; CUNHA, CAMPOS, 2011; BRASIL, 2014).

Continuando com a *Sr. Violeta*, esse momento se fez quando a mesma identificou uma receituário azul em cima da mesa, e mostrou-se interessada em solicitar uma medicação controlada específica. Ao aprofundarmos no interesse, relatou o fato histórico de sua separação conjugal e que seu filho estava naquele momento passando pela mesma situação, e por projetar todo sofrimento novamente, estava com dificuldades em dormir nos dias que essa situação vinha à tona, e queria voltar a utilizar uma medicação que foi prescrita por tempo determinado e sem uso contínuo em uma outra ocasião, numa consulta pontual que teve em outro local.

Ao longo da conversa, explorando sobre seus gostos, atividades que traziam prazer e relaxamento, na tentativa de reconhecer quais práticas que ela se aproximava e sobre seu dia-a-dia, propusemos que ao invés de inserir mais uma medicação em sua vida, tentaríamos, caso aceitasse, incorporar outra prática que lhe trouxesse um bem estar e que proporcionasse nesses momentos agudos de sofrimento, controle dessas emoções, desses sinais que impactavam em seu sono. Como também dialogamos com ela toda essa interação das emoções e respostas no organismo, bem como os efeitos coletivos de dependência medicamentosa.

A prática da respiração abdominal, foi a sugestão naquele momento. Realizamos alguns ciclos de inspiração e expiração com ela no consultório, demos as orientações e esclarecemos sobre o propósito da técnica e os efeitos para o corpo e mente. Como produto desse momento, a aceitação de incorporar esse prática como integrativa a sua saúde, bem como um momento de autocuidado e por ter demonstrado que captou toda informação que compartilhamos ali e que se permitiu nessa abordagem, fez com que esse atendimento

aflorasse o real significado de apoio matricial, de interdisciplinaridade, de trabalho multiprofissional e cuidado compartilhado.

Este e outros momentos se fizeram pelo ação matriciadora, na qual definida pelo dinamismo em: “*compartilhar, apoiar, corresponsabilizar-se por determinada demanda de saúde apresentada por uma pessoa, uma família, ou uma comunidade*” (BARROS et al., p. 2848).

Essa estratégia se percorreu nos atendimentos de pré-natal (**foto 3 e 4**), assim como a Professora de Educação Física Carla Elisa, que me despertou esse interesse advindo dos seus relatos, por ser uma possibilidade de construção e pela pouca apropriação que tinha, digo que nenhuma, visto que na graduação não tive conhecimentos abordados para essa fase gestacional da mulher. Então foi algo que me despertou aproximação em saber mais e a participar desses espaços, que ao longo do tempo, gerou mais produções, como o “*Fluxo de Educação Física no pré-natal*” e os matriciamentos sobre “*Exercício físico e gestação*”.

Foto 3. Pré-natal



Fonte: álbum fotográfico elaborado pelo NASF no grupo de gestantes, as fotos foram disponibilizadas via aplicativo de comunicação

Foto 4. Pré-natal



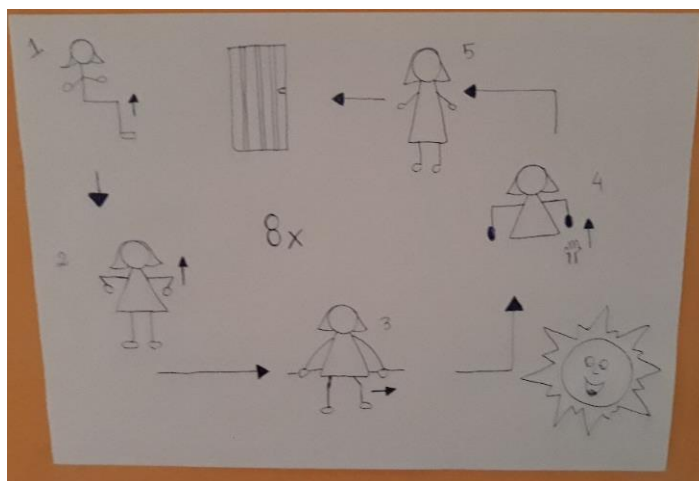
Fonte: Encontro no grupo de gestantes com temática sobre exercícios físicos para o pré-parto.

Programei minha agenda para acompanhar os atendimentos que os *nasfianos* realizavam também, especificamente a minha amada “*mini-equipe 2 e 4*”. Formato esse, que organizou o processo de trabalho da equipe NASF 1, compondo um profissional nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física para cobrir as equipes 1-3 e 2-4 respectivamente das duas unidades de Nova Aliança e PHOC CAIC, e a psicóloga que dava apoio para as oito equipes (por motivos de desistência da vaga por outro profissional).

Essa estratégia de inserção se perpetuou pelas visitas domiciliares também, na qual destaco a parceria com a fisioterapeuta Naisla Caroline, de tal modo que fomos carinhosamente apelidadas de “*Tico e Teco*”, por uma ACS (Agente Comunitária de Saúde) da USF PHOC CAIC. Lembro-me da primeira visita que realizamos e o quão envolvidas e sensibilizadas ficamos naquela tarde, foi uma demanda direcionada para o núcleo de fisioterapia, mas a oportunidade de construirmos esse cuidado foi-me permitida não somente nessa, mas em diversas visitas domiciliares posteriormente.

Nossa abordagem, sempre se baseava nas contribuições que cada uma poderá trazer. O que juntas poderíamos produzir para oferecer ao próximo. Essa, especificamente, por toda análise que fizemos do cenário e da *Sra. Rosa Branca*, um simples desenho (**Foto 5**) demonstrando os exercícios orientados por nós, teve um valor atribuído para além da prescrição de exercícios. Por trás disso, tinha uma carência social e familiar, tinha a dificuldade de assimilar tantas informações e realizá-las posteriormente quando solicitado, e se transformou nesse desenho enquanto dialogávamos e até a escolha do local que deixaríamos para ela não esquecer, foi no coletivo.

Foto 5. Prescrição de exercício físico



Fonte: Visita domiciliar NASF e ACS

A cena ao adentrar em sua residência e encontrar uma pessoa em um mar solitário, com semblante tristonho, onde o silêncio e a escuridão tomavam conta enquanto olhava para seu horizonte imaginável sentada no sofá da sala, me marcou. Mas, ao terminamos aquele encontro, sua postura já demonstrava e suas palavras confirmavam que ali foi mais do que uma visita domiciliar de caráter assistencial, foi um encontro de cuidados.

E foi assim que se repercutiu a minha construção dentre as ferramentas da Atenção Básica na Saúde da Família. Dentre esse campo relacional entre tantas outras visitas que realizamos e com outros componentes das EqSF (equipe de Saúde da Família), na qual a minha presença se concretizou inicialmente por meio dessa minha inserção de um movimento próprio e estratégico de aproximar os saberes da educação física aos outros núcleos. Ocorreu essa interação interdisciplinar em cada momento que tive de compartilhamento, e digo que aprendi muito com todos os meus colegas e usuários. E de cada um levo e tenho comigo um pouquinho de si.

Os resultados dessas ações, como na Terceira Lei de Newton, geraram uma reação, uma resposta. Digo que aos meus olhares imergidos em minhas intensas cobranças, me fizeram enxergar resultados tidos por mim como pequenos durante o processo, esperava mudanças com um ritmo mais acelerado, “*mudanças pra ontem*” era o lema em minha mente. Queria mudar! Mas, existem processos e processos, e esse requisitava de uma intensa e longa construção. E por mais que achasse pequena, reconheço que foi uma “*pequena grande vitória*”, que segue em construção.

Pois, a partir da minha presença nesses diversos espaços, percebia que de alguma forma algo foi construído e percebido pelos demais. E dessa forma, passo a passo busquei explorar e construir esse percurso na saúde seguindo dois caminhos inicialmente, um na perspectiva de aproximar a Educação Física dos outros núcleos, permitindo um melhor

reconhecimento das suas potencialidades e, numa outra via, de adquirir, de aprender e me aproximar dos espaços não confortáveis, a princípio.

Exercer a interdisciplinaridade, é buscar essa relação com o meio que se está inserido, ir de encontro com o coletivo que ali pertence e nessa pluralidade de sujeitos e conhecimentos, em ser um instrumento que também integre as práticas, que expresse toda essa crítica confrontando o saber disciplinar e centralizador, de tal forma a expandir numa relação para o conhecimento e ações na produção do trabalho coletivo, é o fazer nessa junção das competências de núcleo e as informações do campo (CAMPOS, 2000; SCHERER et al., 2013).

Todas as minhas construções têm detalhes e ressignificações pela fluidez do trabalho multiprofissional. Trago como exemplo as minhas ações na administração do processo de trabalho, na forma de discorrer uma evolução no prontuário. Quantas sugestões, observações nos formatos dos registros dos colegas e principalmente as sugestões de Scarlethe O'hara (“*nossa*” psicóloga) de como encontrar um modo que atendesse as minhas necessidades de esquematizar as informações captadas, que fosse sintetizado o que era necessário e estruturado numa lógica pertinente, trazendo pontos chaves para a singularidade da Educação Física.

Digo que esses objetivos traçados inicialmente, foram os condutores que proporcionaram a realização dessas trocas e na formação como profissional de saúde e devido ao caráter interdisciplinar da Educação Física, pois “*possibilita uma integração, no plano do conhecimento, com saberes e práticas de outras áreas*”, como define Carvalho (2006). Aprendi com todos, da equipe mínima ao NASF, com os ACS, com toda unidade e comunidade. Em todos os espaços a mão dupla da produção de conhecimentos, valores e atitudes estiveram presente.

No processo de formação, se permitir estar nos espaços além do estar presente fisicamente, mas estar em prol do aprender, do realizar, do mudar, condiz com sua evolução naquele processo. E foi isso que buscava. Gosto de estar em movimento de poder planejar, criar, estruturar, pensar e colocar em prática essas idealizações. Então, por meio do estar presente em sua completude, nesse sentido mais amplo, de estar disposto para tal, é que pude trazer a Educação Física nesses momentos.

E é o que Carvalho (2003) concretiza como fundamental aos professores de educação física, temos que praticar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade do ponto de vista do coletivo, do público e do social, quando almejamos mudanças e a produção de cuidado no processo saúde doença, levando sempre a reflexão do que se coloca em prática e se idealiza na saúde atualmente.

E assim, foram surgindo várias parcerias, projetos como o grupo “*Mulherão*”, onde, junto a Naisla Caroline (fisioterapeuta), a partir de uma demanda específica, relacionada às disfunções do assoalho pélvico, decidimos ampliar esses encontros, trazendo não somente a prática dos exercícios físicos, mas a abordagem por meio das outras interfaces da mulher com a sociedade.

Lembro-me do primeiro dia, que levamos a crônica de Martha Medeiros para iniciar a proposta daqueles encontros, que cujo título fez jus ao nome do grupo, aquela discussão posterior fez tanto sentido e como foi forte poder dialogar com cada mulherão que ali estava presente, sobre as relações da figura feminina com a sociedade, sobre as formas que categorizamos os padrões sociais, de beleza, de status, bem como sobre as cobranças impostas às mulheres e como isso repercutia em nossas vidas, e como poderíamos lidar e conduzir com isso? E assim também realizávamos a interligação com exercícios que poderiam colaborar para o bem estar.

Visto que, “... *mulherão é quem mata um leão por dia*”, não é mesmo Martha Medeiros?!

Incluimos exercícios posturais, para o assoalho pélvico e de alongamento e flexibilidade. Enfim, o intuito era de que pudessem aflorar o senso crítico a partir desses temas propostos e colocar em suas rotinas, como formas de disparar o autoconhecimento e autocuidado. E sempre com intuito de ampliar a abordagem e olhando as possibilidades ao redor. E assim, foram sendo construídos vários espaços e propostas de cuidado à saúde, buscava sempre estar interagida com equipe multiprofissional e levando a contribuição da Educação Física.

Fizemos diversas atividades no coletivo, ações de acordo com o calendário do Ministério da Saúde seguindo alguns temas prioritários de acordo com a análise do que caberíamos abordar nas unidades; as ações direcionadas para a saúde mental e saúde do trabalhador, também, e elencados por nós por análise das demandas existenciais. Onde fiquei mais próxima do planejamento e desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, por uma questão de divisão da equipe de modo organizacional, mas não foi algo que impediu a participação de todos nas ações programadas.

O foco nas ações em Saúde do trabalhador, nos fizeram enxergar a situação dentro e fora da “*casa*”. Colocamos três frentes de ação, sendo a continuação do trabalho do fisioterapeuta Willames, que voltou seu produto nas questões de reconhecimento dos tipos de serviços do nosso território e as características ocupacionais de cada categoria e as implicações desses ofícios na saúde desses trabalhadores, e continuamos esse trabalho em educação e saúde no território.

Também nessa mesma perspectiva do território, fizemos parcerias com a Escola CEMC (Centro de Educação Municipal de Camaçari), no propósito de desenvolver atividades de educação em saúde com os professores, mesmo grande parte do corpo pedagógico não ser pertencente ao território, essas questões sobre orientações para minimizar os prejuízos que o trabalho exerce ao indivíduo é disseminada independente da população pertencente à unidade, e, com intuito de aproximar as outras instituições da unidade de saúde, proporcionando a comunicação intersetorial.

E quando me refiro anteriormente ao olhar dentro de casa, decidimos nos atentar aos trabalhadores das unidades de saúde, iniciamos com as ACS e o retorno do que desenvolvemos foi o disparar da melhora da comunicação, da aproximação, do vínculo e afeto. O processo de trabalho exige da relação com aqueles que convivemos todos os dias, e quando trabalhamos para entender o outro e cuidar do outro, nesse caso, com aqueles que fazem a ligação com a população, passamos a melhorar o nosso fazer na saúde, pois, nos entendemos quanto equipe, quanto unidade, quanto pessoas e que também precisamos de cuidados para poder cuidar do outro.

Em paralelo a tudo isso, que não aconteceu em etapas e sim, simultaneamente, pois é um processo que a todo momento estamos construindo e partilhando com o outro, uma euforia tomou conta do meu ser, quando avistei o primeiro registro destinado a Educação Física na pasta de acionamentos do NASF. Sim! Uma alegria, porque se antes eu me colocava, agora tinha “alguém” que ousava pensar nessa possibilidade também. E assim se prosseguiram nos encontros pessoais nas unidades, quando me direcionavam as dúvidas, as incertezas e as certezas, na perspectiva de alguém que pudesse contribuir e ajudar. Tudo que queria! Todas aquelas angustias estavam se transformando num sentimento tão almejado, o de ser visto!

Nesse início de mudanças, um outro acionamento me foi concebido, quando a enfermeira compartilhou a situação comigo, era uma história de uma mulher, 37 anos, que queria engravidar e estava em sobrepeso, uma ideia muito forte de realizar bariátrica e mamoplastia. Marquei esse atendimento e com certa insegurança, pois, no começo ficava refletindo o que deveria levar no primeiro encontro, aquele sentimento de não ter certeza se seria uma regra levar algo estruturado, pensado sem ao menos ter tido contato.

Seria uma ação centrada na clínica se levasse uma periodização na perspectiva do emagrecimento? Em qual abordagem estaria me respaldando? Será que essa era a necessidade primordial de *Sra. Tulipa*? A todo tempo esses questionamentos nos é pregado na âmbito da saúde, nosso modelo de formação em saúde e todas as interferências históricas da educação física que já foram relatadas anteriormente nesta narração memorialística, nos

leva pro modelo biomédico, para ações na lógica da queixa/conduita, caso não estejamos atentos para essa força que nos direcionam à essas práticas centradas.

No nosso primeiro encontro o objetivo foi conhecer a *Sra. Tulipa!* Para além de uma estratificação, digo que isso fez total sentido no que posteriormente decidimos focar e me fez refletir que as minhas contribuições deveriam estar direcionadas para outros aspectos que ali estavam em maior demanda. A necessidade de *Sra. Tulipa* não era de imediato emagrecer, outros pontos emergiram e precisavam de atenção até mesmo porque estavam relacionados com esta forma de estar e se perceber no mundo.

Vários pontos pude trazer para que ela pudesse perceber e relacionar de que modo aquilo afetou e afetava em sua vida. O primeiro foi em relação ao trabalho, a ansiedade aflorada vinha por inúmeros motivos, preocupação em deixar o ambiente ocupacional, que exigia muito dela, nunca ter tido os direitos como é na lógica das condutas empregatícias e que tomavam conta de uma grande parte da sua carga horária semanal. Segundo ponto sobre *as definições do papel da mulher*, a exigência da procriação mesmo demonstrando desejo de ser mãe, as suas falas de preocupação por ouvir que estava velha, que era perigoso, seria cada vez mais impossível engravidar, pesavam muito. E terceiro, sobre o julgamento da sociedade sobre o *belo e o feio* que geravam na própria cobrança em se encaixar aos padrões de beleza impostos, trazendo a necessidade de mudanças com resultado rápido, se fazendo presente através do discurso da cirurgia bariátrica, como método resolutivo.

Nesse primeiro contato identifiquei que esses pontos deveriam ser abordados inicialmente, e sempre na tentativa de fazê-la perceber e relacionar como isso refletia em seu corpo como um conjunto de elementos de ordem física, cognitiva, psíquica e social. Pois se o conceito de saúde parte de uma visão global e holística do indivíduo, a representação do seu corpo nos aspectos sociais, físicos e mentais na sociedade transcende a forma como ele vive, se reconhece, que é tratado, como se enxerga e se comporta na sociedade. E que todos esses quesitos são influenciadores no seu bem estar (CAMARGO et al., 2011).

Nossa primeira pactuação foi a incorporação da técnica de respiração abdominal como uma forma de minimizar os momentos de ansiedade, de angustia tanto no âmbito de trabalho, quanto familiar, como maneira de trabalhar o controle e proporcionar relaxamento. Nos atendimentos seguintes, relatou que passou a praticar e sentir melhoras dessas emoções. Mas a questão do peso e da cirurgia ainda estavam bem internalizadas como desejo e resolução. Começamos a trabalhar todos os fatores que poderiam interferir no aumento do peso, e desmistificar só a relação com o comer em grandes quantidades e o que seria esse procedimento da cirurgia bariátrica.

Fui conduzindo os atendimentos e aprendendo a identificar a necessidade real daquele indivíduo, antes de propor uma prática de exercício ou de focar no processo de

emagrecimento. Tinham outras coisas que precisavam ser abordadas pra fazer sentido, e achar a melhor estratégia. Até chegarmos ao ponto de buscar uma prática, na qual da parte dela houvesse interesse e prazer em praticar, fizemos dois planos, onde o primeiro veio pelo interesse dela em frequentar uma academia próxima do trabalho, destacando que pra ela seria uma estratégia de garantir sua ida e facilidade de acesso. E o outro plano, ficou na tentativa de realizar uma prática de exercícios em casa, onde levei um planejamento de algumas semanas até o próximo encontro, caso a primeira opção não desse certo.

Conduzimos todos os nossos encontros em pactuações que seriam possíveis de serem realizadas e que estavam e partiam das suas necessidades e vontades. Fiz com que ela participasse dessa construção e se sentisse pertencente ao seu cuidado. Aprendi produzindo esse cuidado com *Sra. Tulipa*, pois, esse sentimento que me tomava conta em não levar e chegar com algo já estabelecido, foi aquietado pela produção do trabalho vivo e por escutar e compreender a(s) necessidade(s) primária(s). E quando trouxe, discutindo anteriormente o campo relacional como base, e a tecnologia leve, como ferramenta fundamental da produção em saúde, falamos dessa produção em ato, no momento, o trabalho vivo (MERHY, FRANCO, 2003).

Nessas construções pude levar conhecimentos e receber aprendizados em todos os momentos que tive de encontro com o usuário e com os profissionais, sempre parti do intuito de acrescentar e dispor de algo e aprender algo que me era proporcionado ali. E a cada atendimento, ou em cada atividade, em cada espaço, em cada contato que tive, sempre era um novo olhar, era uma nova forma de abordar com mais detalhes e mais riquezas. Então, defino que a minha construção nesse processo de formação, se concretizou em cada experiência, em cada espaço compartilhado, em cada momento de encontro com outro, seja ele profissional residente, da Rede de Atenção ou o indivíduo que foi em busca do serviço.

Enfim, quando falamos de Saúde não podemos excluir o fato de falar de Educação, são complementares. Uma está difusa na outra, são componentes em que seu alvo central é o desenvolvimento humano. E isso se perpassa tanto na construção para o outro, na lógica da produção do cuidado à saúde, quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais do serviço, num ciclo contínuo e permanente do ensinar e do aprender. Por essa perspectiva pedagógica é que a promoção da saúde tem seu sinônimo levado ao incremento de poder técnico (saberes) e político, para o indivíduo e seu coletivo, posto pelo método educativo de Paulo Freire (PEREIRA, 2003).

2.2 Adeus R1... A Deus R2! Como realizar o trabalho em Rede de Atenção à Saúde?

*“Cuidar do outro é cuidar de mim
Cuidar de mim é cuidar do mundo...”
(Ray Lima)*

Um novo desafio chegou... o ciclo dos medos, das tensões, apreensões, da ansiedade, do novo, começa a girar. Desafio esse de fazer conexões com o mundo exterior. Passamos para uma nova fase complementar nesse “*game da saúde*”. Quando encerramos o primeiro ciclo, nos parece que cai a ficha de tudo que deveríamos entender e colocar em prática, e aquele sentimento de que se o tempo voltasse faria desse de tal modo, toma nosso ser. E surgiu aquela frase “*agora que sei o que fazer e como fazer, mudo para o R2*”, como se tudo que aprendemos não fosse repercutir e fazer tanto sentido no fazer do R2.

Engraçado que esse é o papel da formação, trazer novos sentidos, novas formas de fazer nossas práticas de cuidado, reformular nossa bagagem e ser transformado. Essa frase é uma forma de avaliação, de percebermos que houveram mudanças nesse processo, houveram novas reformulações para as nossas práticas, de olhar, de cuidar, de ser e existir. Conseguimos extrair um fruto desse plantar. E isso repercute em como vamos interagir naquele outro espaço, seja ele qual for.

Literalmente, seja ele qual for... pensarmos para além da categoria profissional, é um exercício constante que devemos colocar em prática para dissolver essas limitações colocadas em nossas práticas, quando nos referimos à um profissional de saúde que é além dos seus conhecimentos técnicos. Porque, sempre nos pegamos com aqueles questionamentos higienistas. E dessa forma sempre caímos nos mesmos julgamentos, como: *Quais são as contribuições desse profissional neste campo? O que ele vai fazer aqui? Será que o lugar dele é aqui mesmo?* Inicialmente se não existisse a possibilidade de construção, não existiria o espaço.

Quando pensamos numa prática assistencial, de saberes técnicos específicos, a participação de outros profissionais, além do médico e enfermeiro, limita-se para outras possíveis contribuições. E assim, em seguida descrevo as minhas experiências de uma professora de educação física passando por espaços não identificados como pertencentes para sua atuação, sendo o primeiro relacionado ao espaço da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no qual vivenciei a média complexidade; o segundo estágio na gestão, realizando o trajeto pela Diretoria da Atenção Básica (DAB). E o terceiro, por um campo de práticas do estágio eletivo, onde a presença deste profissional vinha no caminho contrário aos outros, mostrando uma forte correlação da presença deste ator naquele cenário, em que escolhi me aproximar das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS).

Chego na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município com imensa curiosidade em experimentar este campo, que fora desse processo de formação não teria a mesma oportunidade de inserção. Neste momento, a incerteza daquele espaço não me causou instabilidade alguma, mas sim, a vontade de saber no que poderia contribuir e construir como “*produto do estágio*”, me contagiava. Me joguei nessa proposta com pertencimento aflorado do sujeito como profissional de saúde, que no meu subjetivo tinha a certeza que em algo poderia contribuir, mesmo que ainda não estivesse tão claro.

Lembro da minha sensação no primeiro dia que cheguei na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Logo pensei: “*que cuidado é esse?*”. Uma das minhas primeiras percepções no aspecto da transformação pessoal/profissional e também de auto avaliação. Foi perceber o quanto estava tomada pelo modelo de saúde que defende o contexto mais amplo da saúde que não só se atenta para sintomatologia daquele indivíduo. Como esse modelo engessado neste novo espaço vivenciado, parte de uma postura tão fragmentada de um corpo visto somente no campo físico, biológico e fisiológico.

Creio que se chegasse com essa consciência mais fechada no núcleo da Educação Física, teria com toda certeza inúmeras dificuldades de fluir entre os espaços e interagir com os atores, bem como identificar essas percepções de modelo de atenção à saúde, gestão do trabalho, dentre outras. Talvez essa clareza pelo posicionamento como profissional de saúde, foi o que me permitiu visualizar as potencialidades desse espaço tão centralizador de um cuidado voltado à queixa/conduita. Não que esse posicionamento nos exige esquecer nossos domínios de núcleo, e sim, ao contrário, nos exige ampliar a visão, e, assim, nos permite enxergarmos também como núcleo naquele espaço.

E nesta ocasião, que se aflora a articulação “de” e “em” rede, perante todas aquelas perspectivas que já dialoguei aqui sobre ser um processo relacional e suas interfaces, para isso é necessário em todo sistema que ocorra dentro de cada componente e entre esses componentes. Não podemos colocá-la como um sistema linear, de uma conformação única e rígida, essas relações independem das fronteiras físicas que conformam aquele serviço ou o conjunto desses serviços; precisa que essas linhas se cruzem, se encontrem, que seja movimento pelo “*veículo dialético*” (SANTOS, 2002; GOULART et al., 2010).

Foi dessa forma que aconteceu, inicialmente não enxergava as contribuições que poderia desenvolver como uma profissional da área da Educação Física, mas, no andamento fui reconhecendo que este espaço foi possível também. E que só se concretizou enxergar isso, por ter me permitido sair dessa zona de conforto nuclear, algo que veio muito forte no meu processo de formação desde a inserção no trabalho do NASF, no ano anterior. Ser *nasfiano*, não é só ser uma categoria específica naquele espaço, e também não é deixar de

ser. Nos exige esse equilíbrio, entre o não ficar somente na área delimitada do núcleo, mas buscar algo que complemente os nossos saberes e atitudes.

Outro ponto que me sensibilizou era referente às outras urgências e emergências que não estão relacionadas a esse campo biológico? Quando as carências sociais e afetivas estavam pedindo socorro e de alguma forma refletiam também nessas respostas físicas trazidas ali. E como esse espaço não se atentava para isso, não quero trazer como algo proposital dos profissionais, mesmo que o mínimo de sensibilidade tenha que se fazer presente e que alguns seguissem à risca esse engessamento. Mas sim, da lógica pensada de atendimento para este espaço, é um espaço que o modelo biomédico reina. São urgências e emergências voltadas às necessidades do corpo como estrutura física somente.

E como aquilo me incomodava a tal ponto de entender o quão importante é o papel da Atenção Básica e o quanto ela sofre por ser um nível que defende essa outra forma de se fazer saúde e não tratar somente a doença. Sofre em várias instâncias pela supervalorização do modelo centralizador na doença; pelo adoecimento da população; pela não propagação efetiva do que venha ser este espaço perante seus objetivos e propostas para população, profissionais e gestores, bem como investimentos em qualificar esses recursos humanos.

E nesse emaranhado, como compreender a proposta daquele espaço e fazer sentido, se os atores principais desse contexto não estão sensibilizados, não foram estimulados para entender o que deve produzir, como produzir, com quem e para quem produzir. Seria como fazer uma determinada receita, sem ter a instrução do seu modo de preparo, mesmo tendo todos os ingredientes necessários e existindo diversas possibilidades de se fazer. Assim, comparo a organização da saúde: temos os diferentes espaços, os diferentes níveis, com as diferentes propostas, mas não somos sensibilizados e cobrados de forma compatível com a intenção daquele espaço e da rede.

O que posso oferecer e o que podemos oferecer. É um ciclo que segue, no qual não existe um único nó crítico. Somos administrados a ficarmos cada um em seu vagão, sem movimentarmos o trem, simplesmente ele fica ali parado, deixando os passageiros saírem e entrarem sem chegar na próxima estação, sem falar com o condutor e sem conectar um vagão ao outro.

Diversas demandas que chegavam ali eram identificadas como não pertencentes àquele espaço. Mas não identificadas de uma forma integral, sensível às outras questões. Era na segregação que não pertenciam, porque não eram queixas urgentes a modo físico, não encontradas na classificação de risco do Protocolo de Manchester, por cores que permitem analisar quem ali está mais sujeito ao risco iminente de morte para ter o atendimento. E a frase mais comentada era *“essas demandas são da Atenção Básica, viu meninas”*, *“era pra resolver lá”*, *“olha o tanto de queixas na classificação azul que atendemos”*.

Como se estivéssemos quietinhos no mundo da Atenção Básica. Mas o que estava por trás dessas desordens? Durante o desenrolar nesses espaços, alguns pontos me foram levantados, o primeiro foi na relação da Atenção Básica e o serviço da média complexidade.

Pude consentir como nós críticos que interferem nessa organização que chamamos de Rede de Atenção à Saúde (RAS), entre eles o desconhecimento dos profissionais sobre a organização da RAS e a falta de comunicação e articulação efetiva; o desconhecimento da população acerca do serviço de saúde oferecido naquela estrutura; a necessidade de recursos materiais, humanos e estruturais que eram levantados por profissionais como fator de sobrecarga do serviço e pelos usuários como busca por um lugar que pudesse atender a demanda naquele momento.

Outro ponto, foi o questionamento dos outros profissionais quanto a nossa inserção e categoria profissional naquele espaço. Qual era a proposta? Pois, a lógica da assistência sempre prevalecia no que se poderia realizar ali, e nessa lógica as categorias atuantes seriam da medicina e enfermagem. Porém, o Serviço Social também desenvolve um trabalho muito importante que foge naquele ambiente dos procedimentos clínicos-centrados. E foi nessa parceria que encontrei possibilidades que desenvolver algumas ações.

Dentre as quais, se estabelecia a dificuldade em estreitar as relações com os atores que permeavam esses espaços, me fez pensar e buscar por algo que poderia ser desenvolvido para então me aproximar e poder identificar as possibilidades de produção nesse fazer do residente pela RAS. Foi então, que novamente a Saúde do trabalhador me tocou, observar o estado físico e mental dos profissionais da RUE, e o quanto essas questões refletiam nas suas posturas, em suas falas e como isso era projetado no cuidado e no entendimento do serviço de saúde como um todo, me fizeram projetar uma porta de aproximação por meio das PICS.

Então, pela oferta da auriculoterapia, consegui me aproximar desses profissionais de uma forma tão ampla que não se restringiu apenas em ofertar o cuidado para o trabalhador (**Foto 6 e 7**). Por meio desse contato, tive a oportunidade de dialogar sobre a Atenção Básica, sobre sua forma de funcionar e sobre as diversas questões que interferem em sua organização e disponibilização dos serviços para a comunidade. Visto que, muitos apresentavam que seus vínculos empregatícios na saúde se permeavam somente pela média complexidade e/ou alta complexidade, interferindo na veracidade ou falta dessas informações sobre a Atenção Básica e que eram transferidas para a população.

Foto 6. Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho



Fonte: participação da SIPAT na UPA com auriculoterapia.

Foto 7. Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho



Fonte: Participação na SIPAT na UPA com auriculoterapia

Qualificar a informação que se é dada do profissional para o indivíduo que busca o serviço, impacta no funcionamento da RAS, e se mostra o quanto é necessário o profissional conhecer o funcionamento independentemente do nível de Atenção à Saúde que esteja inserido. E o quanto a comunicação e articulação dessa Rede ainda carece de estratégias que as aproxime e não sobrecarregue, de modo fragmentado.

Outra questão foi oportuniza-los de conhecer outras políticas da saúde, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (BRASIL, 2006), de falar a respeito do NASF, sobre esses modos de se pensar e fazer saúde, e dialogar como essa proposta se aplica para a Atenção Básica. Pois, essas informações eram geradas a partir do contato que tinha no momento da auriculoterapia, que me vinham perguntas sobre minha profissão de formação, sobre o meu fazer na assistência, sobre o que estava fazendo ali e até mesmo o sobre o Programa de Residência e a proposta da formação em serviço.

A cada dia que voltava, percebia o quanto investir na aproximação, na melhoria das relações, impactou positivamente na oportunidade de articular com esse ponto da RAS e até de me sentir pertencente àquele espaço. Pois, essa estratégia foi ofertada à todas as categorias existentes, desde assistência, como administrativo e serviços gerais. É por meio das relações que encontramos caminhos de propor mudanças, de construir ações, de ofertar novos conhecimentos e de desmistificar informações precipitadas.

Conheci profissionais que eram usuários do território das unidades que dava suporte, pude esclarecer sobre outros serviços que funcionavam e que existiam no município. Pude dialogar como a saúde do trabalhador reflete no cuidado, e então trago dois episódios, onde um foi o relato da assistente de cozinha, que trouxe a relação do lidar com o sofrimento do outro naquele serviço, mesmo não estando em contato direto, onde podemos dialogar de que forma isso impactava na nossa saúde e como poderíamos buscar mecanismos para atender as nossas demandas.

Nesses momentos é que entravam também as minhas contribuições como professora de educação física, debatendo sobre o corpo e suas interfaces com o trabalho, com a sociedade e saúde. Mostrando que essa categoria também faz parte da saúde, mesmo não sendo um espaço definido regularmente como campo de atuação em serviço, mas como espaço de propagar as suas potencialidades. Não existe na literatura discussões sobre a inserção desse profissional nos serviços de urgência e emergência, como a UPA e SAMU.

O segundo episódio foi um momento de conversa após sessões de auriculoterapia com alguns profissionais, como enfermeira, recepcionista e administrativo que ali estavam, na qual partiu para os sofrimentos de ordem psíquica, onde trouxemos as questões tanto do trabalhador, como do usuário, que chega com essa demanda que em grande parte é reprimida por ações que não se sensibilizam para a necessidade de abordagem daquela situação.

Essa relação da Rede de Urgência e Emergência e Saúde Mental, álcool e outras drogas, foi uma das propostas desse estágio. Entender em quais situações estavam essa articulação e abordagem ao cuidado de indivíduos nessas circunstâncias. Outra proposta, decorreu do acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica, especificamente na região 4 (região da Residência), que foi um produto iniciado pelos residentes do ano anterior, na proposta de qualificar essa abordagem e gerenciamento das demandas urgentes e emergentes nas unidades de Saúde da Família.

Além das ações de educação em saúde com a população, onde junto ao enfermeiro Ronald, realizávamos salas de espera na recepção da UPA, falando sobre cada nível de atenção à saúde. Elaboramos um material, junto ao Serviço Social que foi disponibilizado, onde continha essas informações e um “*Quis*” como forma de interagir com essas pessoas (foto 7).

Foto 7. Estágio na Rede de Urgência e Emergência



Fonte: Sala de espera na Unidade de Pronto Atendimento da Gleba A-Camaçari-BA.

Então passei para uma outra fase. Vivenciar os espaços da gestão em saúde me fez compreender como os processos acontecem e como isso reflete nos espaços da assistência. Entender que existe uma balança que a todo momento nos coloca entre o *ideal* e o *real*, e que existem etapas burocráticas que são necessárias para essa organização quanto um sistema macro e micro na saúde e do interesse por atores fundamentais na tomada de decisão e no caminho que aquilo pode percorrer, são pontos que interferem no andamento de tudo que se refere ao contexto da saúde.

Nada se torna simples perante isso. Entender que existe essa organização e como elas se relacionam até chegar “*na ponta*” como falamos, faz com que possamos pensar estrategicamente melhor no que queremos melhorar e como e por onde realizar. São vivências que nos enriquecem, pois conseguimos entender essa relação dos espaços e suas complementariedades, porque fomos figuras atuantes em ambos.

O primeiro passo foi entender esse espaço de gestão, a Diretoria da Atenção Básica (DAB) do município. No primeiro encontro que tive antes de iniciar de fato o estágio nesse ambiente, um dos apoiadores de campo perguntou “*o que era gestão*” pra cada um. No sentido comum, respondemos como uma maneira de conduzir, encaminhar, organizar algo, “*administrar*”.

Na saúde, como seria esse modelo de administração? Após inserção, percebi que pela complexidade que o campo exige, para atender múltiplas necessidades da população, essa organização precisa ser desmembrada por figuras que possam debruçar em processos que contemplam o todo e seguindo com uma hierarquização de poderes.

Essa descentralização de produção do trabalho, que é necessário devido ao processo de implementar, organizar e realizar políticas, e levantar estratégias para tal, pela demanda

do território, exige que a micropolítica seja uma ferramenta bem afiada entre todos, pois, toda construção quando nos referimos à saúde está entrelaçada, e não fragmentada apenas em ciclos de vida e sexo. Por mais que existam políticas bem definidas, existem outras que são transversais e precisam ser compartilhadas, até para se pensar em algo mais factível e estruturado.

Essa foi a minha leitura quando permeava pela gestão em saúde, muitos trabalhos poderiam ser complementados por ações de outras áreas técnicas, ou, bem mais estruturados se estivessem sendo melhor comunicados entre si, já que compartilham de um mesmo espaço, mas ainda encontramos o nó crítico do trabalho multiprofissional e compartilhado em todos os espaço, sejam eles na assistência e até nas esferas de gestão.

Outro ponto, foi a predominância de categoria profissional existente nesse espaço, quando cheguei, grande parte dos responsáveis por determinadas posições eram enfermeiros, e ficava me questionando como isso refletia no que era planejado, estruturado e colocado em prática, já que um único olhar como “categoria profissional” era relevante ali, e que provavelmente tudo seria encaminhado a partir daquele olhar, direcionado por aquele conhecimento mais nuclear, mesmo que muitas ações teriam essa necessidade de um pensar coletivo e multiprofissional e interdisciplinar.

E essa reflexão me fez pensar em como a aproximação de outras profissões nesses espaços é de suma importância, pois, enxerguei um distanciamento muito grande da Educação Física naquele espaço. Não como uma profissão que não se encaixaria ali, mas como uma oportunidade de somar olhares e conhecimentos em situações que muitas vezes causam desconhecimentos dessas categorias predominantes, como situações que fogem dos seus conhecimentos prévios. Nesse mesmo tempo enxerguei a possibilidade e pertencimento de se fazer presente como um profissional capaz de pensar, elaborar e colaborar.

Já que os planejamentos, ações e implantações das políticas partem numa maior esfera daquele setor, e tudo está envolvido com os modos comportamentais, do ser e estar no mundo, com os hábitos alimentares, como a Educação Física não poderia tomar esse espaço? E nessa concretização de pensamento, me deparo com a sugestão de produzir o Projeto intitulado como “*SES@U +PERTO DE VOCÊ: um outro olhar sobre as comunidades*”, esse outro olhar, estaria direcionando em práticas de promoção, prevenção e educação em saúde.

Então o andamento desse projeto, mostrou que muitas coisas que estavam postas anteriormente, estavam pensadas de um modo antecipado para tais problemáticas, e como estávamos em um grupo onde haviam a nutricionista (Lisane), o enfermeiro (Tiago) e eu (professora de educação física) como residentes, tivemos um desenrolar na produção por meio dos olhares específicos de cada um, mas complementares. Naquela perspectiva do

“interdisciplinar” e “multiprofissional” a todo momento. Trazendo esse outro olhar almejado pelo projeto.

Como projetar isso para se tornar possível? Era uma pergunta que nos rodeava a todo tempo, já que também estávamos vindo da assistência e tínhamos essa noção do que precisávamos nos atentar, porém na gestão começamos a atentar um outro lado da moeda, e que chamávamos da balança do “*ideal e real*”. A Saúde está inserida num outro campo de hierarquização de poderes, que identificamos como gestão municipal, e essa conformação acaba impactando no que pensamos e estruturamos como algo que possa atender à necessidade identificada.

Então existem figuras de poder anteriores que colocam seus objetivos e interesses, que vão afetando, passando por essas hierarquizações, até chegar no micro e modificam o que colocamos como ideal, e o que temos como realidade a ser colocada em prática na ponta. É um processo exaustivo que por passar por muitas cabeças, muitos interesses, é que o fato de permanecermos em um determinado lugar, não entendemos como isso afeta, bem como o “*por quê?*” de muitas coisas não serem realizadas da forma como preconizamos ser o ideal.

Por isso, a participação como campo de estágio nesses espaços é fundamental, para entendermos como situações simples ou complexas passam por diversas mãos e acabam sendo interferidas por diferentes desejos até tornarem-se concretas.

Outro lado, foi me aproximar da produção de um material de caráter organizacional do processo de trabalho dos serviços de saúde da Atenção Básica e como componente deste cenário, não tinha consentimento da existência dessas diretrizes normativas de alguns espaços que oferecem serviços dentro da unidade, que julgo serem de fundamental importância para todos os profissionais que estão naquele espaço, entender o funcionamento e suporte que exercem.

A partir da produção do Manual dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para as Unidades da Atenção Básica do município de Camaçari-BA, pude me aproximar e entender mais sobre os procedimentos e gerenciamentos desses espaços pertencentes à estrutura que estamos inseridos. Dentre eles a sala de vacinação; os procedimentos de aferição dos sinais vitais; de curativos; antropométricos; de gerenciamento de resíduos; higienização e limpeza; esterilização, dentre outros, e, de refletir sobre a necessidade de ter um documento desse porte, descrevendo essas ações como um material que almeja a qualificação da gestão do trabalho, descrevendo essas técnicas e procedimentos relacionados às tarefas do cotidiano para o cuidado à saúde.

O objetivo é manter o processo de trabalho e as técnicas utilizadas, através da padronização e minimização de ocorrência de desvios na execução dessas atividades, além de facilitar o planejamento e como deve funcionar aquele espaço, de forma a garantir o

cuidado e efetividade daquela oferta. E muitas vezes o NASF fica distanciado dessas atividades e sobre o funcionamento.

Quanto mais nos aproximamos e estamos a par de tudo que acontece e como acontece na nossa unidade de saúde, podemos de uma forma mais qualificada pensar, construir, instruir e ofertar informações ou práticas mais consolidadas e garantir um serviço de mais qualidade para a nossa população. Porque somos pertencentes àquele espaço e tudo que funciona, ou não, é um jeito de dialogarmos com os profissionais, com a gestão e a comunidade, de manifestar a participação social e relacionar que todos nós somos contribuintes para um Sistema de Saúde mais humanizado e efetivo.

Passar na gestão me fez entender como as relações pessoais/profissionais e como todo arranjo de poderes, sejam eles nas suas dimensões macro e micro, fazem interferência no planejamento de qualquer ação para a saúde, podendo sofrer mudanças positivas e/ou negativas. A cada nova gestão, chegam olhares e propostas diferentes e que em contrapartida precisam dar conta de produções que por determinadas instancias, precisam ser seguidas. E como essa comunicação com tantos ruídos, chega nesse meio exterior que chamamos de “*ponta*” e bem como isso reflete no usuário e a carência de sua parte, pela desapropriação e participação nesses processos e suas interferências.

Destaco aqui um dos pilares, como o ato de se fazer saúde, se desdobra em práticas educativas, pois, as relações fomentadas através desse contato entre os atores, são ações que geram alguma mudança. Ou seja, gera um novo conhecimento, uma nova percepção daquilo que faz sentido, por meio de uma necessidade gerada, interferindo de modo direto ou indiretamente no pensar, sentir e agir na sociedade (VASCONCELOS, 2004; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). E nesse processo o posicionamento horizontal entre todos, define a importância da participação desse coletivo nessa construção, como traz a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), publicada em 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013), onde, dentre os seus princípios, aparecem o diálogo e a construção compartilhada:

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

§ 4ºA construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (BRASIL, 2013).

E a aproximação que a Educação Física traz consigo com a Educação Popular, é pela concernência da tendência Popular, que segundo Ferreira (2009) apud Ferreira (2013, p. 6) partem de um princípio de ideias como “... *inclusão, participação, cooperação, afetividade, lazer e qualidade de vida*”, onde o indivíduo “... *passa a ser parte do processo, sendo ouvido, podendo sugerir e criticar*”. E nesse conjunto quando direcionamos para o cenário da saúde, devemos partir do que o outro nos traz, e envolve-lo nessa construção como agente transformador e responsável pela transformação também.

Enfim, chego ao último estágio e finalização da formação em saúde da Família. Meu primeiro contato com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foi através da Residência, sendo uma política aprovada pelo Ministério da Saúde instituída pela portaria nº 971, no dia 03 de maio de 2006. E segundo as instruções que regem esta medida, é uma estratégia de inserção de diversas práticas ao aprimoramento do cuidado à saúde da população assistida, e que possa percorrer por todos os níveis de Atenção à saúde, mas que seja enfatizada na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Neste primeiro contato entender essa proposta e sua extensão dentre essas práticas não foi tão claramente internalizada por mim, ainda existia uma nevoa que me demandava debruçar mais e me aproximar desta imensidão. Engraçado que as práticas corporais percorrem pelo mesmo caminho e o nosso entendimento desses “benefícios” são claros, e quando direcionamos uma conformação diferente pra categorizarmos outras ações que transcendem dos mesmo valores, significados e objetivos em comum, mas, que possui características próprias de um povo, de uma cultura, de uma manifestação popular. Vem uma confusão em nós por não ter se familiarizado ainda com esta categorização vinda de uma política com recursos terapêuticos que vão desde práticas corporais, perpassando por modos de lidar com corpo e mente, energia vital, a cosmologia, a utilização dos recursos que a natureza nos oferece.

E isso demanda realmente de uma aproximação maior para que possamos compreender de fato a magnitude das PICS, sendo mais do que simplesmente desenvolver uma prática pela prática, mas trazendo sua total relação quando pensamos em ofertá-la ao próximo, pensando em quem é aquele ser, seus valores, suas práticas, suas raízes, *SUA CULTURA!* Fui compreendendo que em outro momento da minha vida incrementei, experimentei e/ou vivenciei uma prática integrativa, e garanto com toda certeza que sim! Nossas histórias partem perante a relação e construção de uma determinada cultura e/ou culturas. Por meio disto, neste espaço pude me aproximar dessa forma de abordagem e cuidado à saúde como Política em Saúde, que a princípio confesso que estava restringida apenas às práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Mas a proposta dessa política é a conciliação de práticas que tragam essa abordagem em promover a saúde integrando hábitos de diferentes culturas e a forma tradicionalmente imposta de cuidado à saúde para a população. E nesse ato de promover a saúde sempre lembrando de uma conceituação mais ampla, é que a Política Nacional de Promoção à Saúde, que foi instaurada em 2006 e redefinida pela portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, reforça e dispõe em seu sexto objetivo específico a importância de “*valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares*”.

Portanto trocamos e somos essa energia que interage com o externo e o interno. Que partem das nossas culturas, do modo como nos expressamos e que são singulares de cada povo. Existe uma pluralidade de saberes e práticas de saúde que nos enxergam como “elementos” pertencentes nesse sistema e não desassociados dele. Somos esse todo, o *UNO*, como Ana Lúcia Lumazini (preceptora da Residência em PICS) discorre em seu poema abaixo.

Os quatro elementos

*No princípio era o vazio.
Bummmm...
Tudo se concentra, expande e fluidifica.
Criação da vida, seleção natural, sincronicidade.
O ar traz autonomia, produção, expansão
Liberdade para alçar em busca do novo.
A água transporta, dissolve, abre caminhos, purifica
A terra concentra, integra, matéria,
Criação e morte, o ouro alquímico.
Troca entre os elementos, os ciclos
E se fez a luz
Conhecimento, sabedoria
Caminho, direção, sentido
Vem o fogo
Confusões, dúvidas, questionamentos
Silêncio, vazio
Renascimento.
Florescer de uma nova vida.
Espectros de luz
Cores, ondas, frequências.
União do céu e da Terra.
Nas mãos do criador.
A integração.
O UNO.*

Primeiramente conheci a auriculoterapia. Fui descrente dessa abordagem que relacionava a cavidade auricular com todo o meu corpo, mas ainda não tinha internalizado toda a abordagem que a MTC traz quando se refere ao corpo, numa estrutura além da matéria,

e como Ana Lúcia (preceptora da Residência em PICS) compartilhou comigo em uma das nossas conversas, que só passamos a entender uma PICS, quando nos permitimos vivenciar, e só assim, é que conseguimos oferecer ao próximo da melhor forma.

E foi neste modo de se pensar que aconteceu a minha experiência com a auriculoterapia, me permiti viver esse modo de cuidado e aos poucos fui me aproximando do que seria essa abordagem e no que ela estava embasada. Depois vivenciei o Lian Gong, outra prática mais difundida no município, mas não tive tanta aproximação. E foi nesse despertar que a oportunidade de vivenciar um campo voltado à essas práticas integrativas a saúde, que me fez ir para o cenário da Residência Multiprofissional em PICS da Secretária Municipal de São Paulo (**Foto 8**).

Foto 8. Cenário de prática da Residência Multiprofissional em PICS do município de São Paulo-SP



Fonte: Roda de chá desenvolvida no CSE Geraldo de Paula

Sair de uma ambiente onde exercitamos a postura em ser um componente do NASF, nos coloca em uma posição de defender e levantar a bandeira da promoção à saúde, da clínica ampliada enquanto proposta de produzir o cuidado à saúde e ir para um campo de atuação e formação que reforça essas nossas certezas é carregar as energias e sentir-se renovada para continuar nesta batalha contra a segregação de uma única abordagem ao cuidado e promoção da saúde. Aproximarmos desses espaços que concretizam o nosso ideal de produzir saúde nos faz entender ainda mais que é uma eterna postura de militância, é um espaço *conquistado diariamente*, que defende esses ideais, que aposta nesse outro fazer, nesse outro ato de produzir, e nessa outra proposta de formação profissional que é necessária. E esse estágio que enfatizou esse cenário e direcionamento dessa formação dos

profissionais da saúde voltados para as PICS como tecnologias de cuidado, foi a cereja do bolo.

Vivenciar esse espaço de construção e reflexão de uma nova proposta de cuidado, na verdade não seria nova, mas uma proposta de valorizar as formas que já eram praticadas e colocar como uma ferramenta a mais, instiga a sermos seres pensantes fora das nossas caixas confortáveis, fora do modelo e práticas tradicionalmente impostas como absolutas em produzir e tratar essa saúde, foi sentir intensamente essa validação de que isso deveria ser o fluido condutor das nossas ações. Não é direcionar esse pensamento enaltecendo de defender uma única proposta terapêutica, pois, a concepção base dessa política funda-se nessa abertura, nessa possibilidade de aderir diferentes concepções, práticas e saberes para se produzir saúde.

Somos seres de uma complexidade infinita, aderir unicamente a uma prática, uniforme, exclusiva não irá atender a todas as nossas necessidades e/ou não irá corresponder a todos, precisamos de diferentes formas, diferentes possibilidades que possam atender a essa pluralidade de seres que compõem o nosso planeta e que esse pensamento é reforçado no discurso de Melo et al. (2013), onde:

“O ser humano é um ser complexo, que não se traduz e não preenche sua vida somente com subsídios materiais, precisa ser contemplado em todas as esferas de sua existência, ser nutrido com o alimento, com os relacionamentos, com os projetos realizados, com a qualidade de vida que expresse sua saúde” (Melo et al., 2013, p.845).

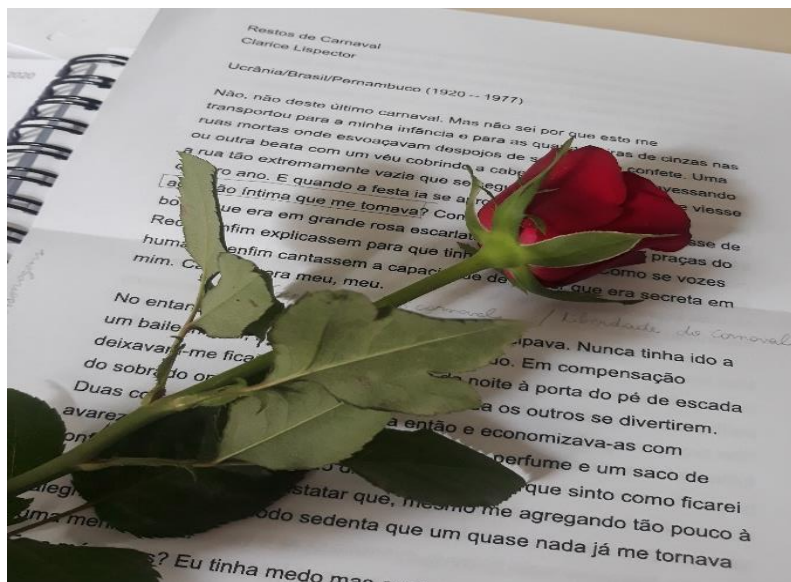
Em seguida discorro sequencialmente pelos serviços em que passei. O primeiro foi o Centro Saúde Escola e Unidade Básica de Saúde (CSE-UBS) Geraldo de Paula Souza, onde tive experiências para além das práticas integrativas (**Foto 9**), participei de espaços de gestão do cuidado, como reuniões sobre casos do acolhimento com os profissionais da unidade; educação permanente sobre hanseníase; grupo de diabetes da UBS.

Tive um apoio fundamental da preceptora Ana Lúcia (enfermeira de formação), que sempre estimulava a me aproximar dos conteúdos teóricos sobre as PICS e a vivenciar as diversas práticas naquele espaço, e posteriormente refletir sobre a minha experiência e percepção do que me trouxeram bem como conciliar com a prática profissional. Este espaço contava com um pequeno acervo de livros elaborado por ela e que me foi aberto a possibilidade de usufruir, dentre as leituras que tive me aproximei acerca da Calatonia, achei uma atitude incrível em produzir esse acervo na perspectiva de que os residentes em PICS pudessem ter um melhor acesso a materiais de apoio, visto que encontramos dificuldades em achar um compilado de informações sobre as PICS.

Posteriormente, fui acolhida posteriormente pela Unidade de Medicina Tradicional (UMT Sé), onde tive uma imersão no Tai Chi Pai Lin; acompanhei diferentes condutores dessa

prática e tive a oportunidade de desenvolver um momento teórico/prático com o médico Luis (médico acupunturista e um dos organizadores do curso de Tai Chi Pai Lin).

Foto 9. Cenário de prática da Residência Multiprofissional em PICS do município de São Paulo-SP



Fonte: Tertúlia literária do CSE.

Nesse mesmo espaço, também eram ofertadas práticas da medicina antroposófica, onde vivenciei essa abordagem ao ser humano num tratamento a partir da cosmovisão. Acompanhei as consultas da médica Fernanda que fazia a junção dos domínios antroposóficos e da homeopatia em seus atendimentos, fiquei encantada por experimentar essa forma de enxergar as demandas e o indivíduo que ali estava à frente além de uma queixa/conduta e como isso se concretizava nas condutas/orientações/prescrições, que eram realizadas a partir de uma análise profunda, complexa e detalhada em conjunto com o “paciente”, coloquei esse termo, mas ali não assumia essa postura de “ser sereno”, de “ser passivo”, “de esperar as orientações”, naquele espaço ele também estava participando daquela construção e que fazia a junção do domínios da homeopatia também, outra oferta de cuidado neste espaço.

Além dessa experiência, também foi uma profissional que compartilhou de materiais e leituras para a minha aproximação com a antroposofia e homeopatia, como discussões sobre essas práticas integrativas. Também estimulou a minha participação na prática nos atendimentos pela sua orientação, um exemplo foi perante um procedimento realizado no consultório, onde ela ensinou os movimentos para massagem no local conciliados com o uso do óleo de Arnica, após orientação pediu que fizesse na usuária, no caso apresentava uma

dificuldade de circulação sanguínea no membro inferior direito que foi ocasionado por uma amputação recente do pé.

Depois, me direcionei ao Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) do Ibirapuera, que também tem parceria de um outro dispositivo do parque, a UMAPAZ (Universidade Aberta do Meio Ambiente e Cultura de Paz), se torna um espaço do cenário para os residentes, nessa parceria de experimentar as práticas que são oferecidas ali, bem como cursos ou qualquer atividade de caráter educativo que aconteça.

Ah! Que lugar? A estrutura pensada de produção ao cuidado neste espaço e de inclusão na participação de todos, sem se colocar como um espaço estereotipado para atendimento especializado para tal demanda. É um espaço de todos, para todos, mas que existem profissionais que desempenham um olhar terapêutico, não nas conformações tradicionais biomédicas, e em consultórios. Digo que é de uma abordagem relacional e na construção pela convivência por meio das práticas ofertadas, mas que carece de olhares mais sensíveis perante a gestão desse programa nos quesitos de infraestrutura e recursos humanos.

Vivenciei as oficinas de marchetaria, que acolhimento tive com este grupo me senti tão pertencente, pois era esse sentimento de vínculo que transbordava entre eles, a forma carinhosa que se tratavam, como se estivesse em uma reunião de família. De uma forma tão amorosa que compartilhei de um passeio pelo parque com eles. As oficinas de roda de conversa, com base numa leitura literária; a oficina de jardinagem; a oficina de dança circular que se faz sua prática ao redor de uma figueira dentro do parque, um grupo imenso com uma energia surreal (**Fotos 10,11,12,13 e 14**).

“Gaia, tudo está vivo, tudo respira, eu e você”.
(Trecho da música Gaia de Guataçara e João Paulo)

Foto 10,11,12,13 e 14. Cenário de prática da Residência Multiprofissional em PICS do município de São Paulo-SP





Fonte: grupo de dança circular da UMAPAZ.

Vivenciar cada espaço, destinado ao cenário das PICS e perceber e sentir que cada um tinha suas especificidades, seus valores, seu modo peculiar de tratar e oferecer uma prática integrativa como oferta de cuidado, foi um renovar de “energias” para a minha atuação profissional e a certeza de que são ideais que fazem sentido no que é posto nas políticas, diretrizes que estruturam a produção do fazer saúde no SUS. A reflexão crítica dos frequentadores e colaboradores (como são referenciados pelo CECCO, as pessoas que participam e que colaboram com o serviço) quando compartilhavam comigo suas experiências, percepções e mudanças por meio daquelas ofertas não tradicionais da medicina ocidental.

Experimentar esse espaço, me fez sentir intensamente essa perspectiva tão idealizada e buscada por nós, na produção do fazer, ser e ter práticas de saúde voltadas para a integralidade do sujeito. Sentir que os elementos centrais dessas práticas se direcionam para o autoconhecimento, autocuidado, para a energia e harmonia do ser e seu envolvimento, buscando equilíbrio entre essas forças que são transversais, ou seja, vem de acordo com

fundamentação dessa política de saúde que pretende “*atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo*” contribuindo “*para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS*” (BRASIL, 2006, p. 4-5).

Um bolo com muitos ingredientes e com um modo de fazer cheio de etapas, não foi uma receita qualquer. Mas, por tudo que vivenciei anterior a esse espaço me deu a direção que sustentou minha posição, postura e discernimento de entender e relacionar o quanto as PICS, assim como o NASF, a outras políticas, são processos de luta, sensibilização e conquista diária daqueles que acreditam nessa visão de saúde; são pensamentos, propostas novas para um modelo de saúde tão enraizado, e que precisam de mobilização para avançar.

Deixo claro aqui que a defesa das PICS ainda é uma ação impulsionada por aqueles que acreditam, que estão sensibilizados e que vivenciaram e vivenciam em suas práticas, e que veem o retorno e eficácia quando permitem-se usufruir de outras práticas de cuidado enxergando como mais uma possibilidade de oferta para o próximo. Desse modo tornam-se figuras essenciais e centrais na propagação das PICS, e específicas por meio dessa sensibilização em meio ao emaranhado de profissionais que fazem parte desse setor da Saúde, tornando-a real, como uma oferta de cuidado integral existentes nos serviços.

3. QUANDO ME RECONHEÇO NESTE ESPAÇO

*“...O conhecimento é assim:
ri de si mesmo
e de suas certezas.
É meta da forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
é preciso tanto o casulo
como a asa...”*

(MAURO IASI-trecho do poema aula de voo)

O processo de formação em saúde, nos leva a todo tempo refletir nossas práticas em prol de desempenhar as atividades de cuidado a população o mais próximo do ideal. A todo instante construímos estratégias de deter com trabalhos fragmentados e com pouca interação entre a equipe, de atividades centralizadas no modelo biologista. Ser NASF me mostrou que

antes de tudo é preciso sempre refletir a produção. Que produção é essa? Qual sentido? Para quê? Para quem? É uma produção mecanizada?

Para Lacman e Barros (2011), retratam que essas lacunas existenciais na saúde acontecem devido à ausência de ajustes necessários, quando os eixos serviço e formação profissional não caminham no mesmo direcionamento. Quando partimos de uma reorientação de funcionamento desse serviço da Saúde, que traz dentre seus princípios a integralidade do sujeito, estamos ampliando as esferas, das quais integram o seu contexto social, sendo definidos como determinantes das condições de saúde e de vida da população.

E dentre as dificuldades apresentadas por estes, apontam como problemáticas dessa falta de sincronização no serviço, é a precarização dos documentos norteadores das nossas práticas no fazer saúde, estando atrelada nas deficiências em propagar a cultura do trabalho interdisciplinar, que:

“... favorece que cada segmento atue isoladamente, que aja segundo seu lugar específico de saber, advindo dos processos de formação profissional compartimentalizado. Essa situação propicia ainda atuações arbitrárias advindas de diferentes compreensões do processo saúde-doença, tais como, ações voltadas para aspectos orgânicos dicotomizadas dos aspectos psíquicos e/ou sociais; ações de caráter mais curativo em detrimento de ações de promoção a saúde. (LACMAN; BARROS, 2011, p. 266).

E essa reflexão da gestão do trabalho no NASF, se tornou tão pertencente a nós, que nossas ações sempre estavam sustentadas em discussões desse núcleo, avaliando nossas práticas, procurando soluções para as necessidades identificadas, buscando esse modo tão tímido ainda do trabalho interdisciplinar no contexto multiprofissional. E tudo isso sempre nos levou a sermos mais críticos no que estávamos produzindo como cuidado. E essa criticidade também vem de um processo de defesa e esclarecimento da proposta do NASF naquele espaço ou em outros.

Quando estamos mergulhados nesse processo, não temos a ideia do quanto estamos mobilizados, engajados naquilo que propusemos a fazer. E digo que isto veio a mim a partir dos momentos em que me deslocava para fora daquele ambiente onde estava imersa no primeiro ano. Todos os momentos em que sai do ambiente das unidades e fui para outros fora da minha rotina do primeiro ano ou nos períodos de férias, tive a oportunidade de refletir e vivenciar esse feedback do quão tomada estava pelo ser profissional NASF, ser profissional da Atenção Básica e o quanto tinha me deslocado, referente as inquietações do novo, do desconhecido inicialmente.

O processo de formação em serviço nos proporciona mergulhar de uma forma tão profunda que só temos essa consciência do quanto já fomos moldados, quando nos afastamos do nosso fazer cotidiano e/ou quando participamos de locais extra muros. Onde percebemos o quanto as nossas posturas, argumentos e a nossa criticidade coincide com o

que acreditamos e colocamos em prática no processo de trabalho a partir da nossa realidade vivenciada e conciliada com a teoria.

E se reafirma nas discussões que Ceccim e Feuerwerker (2004) nos colocam, que o direcionamento da formação para a área da saúde se condiz com a transformação das práticas, da gestão do trabalho, empoderados da reflexão crítica. Onde, submetem essa discussão na necessidade do denominado “*Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde*”, que faz jus da integração entre as esferas de “*Serviço- Ensino- Gestão- Atenção e Controle Social*”. Como possibilidades de Política e gestão de educação para o Sistema Único de Saúde e que nesta reorganização atenderíamos com “... *a capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações*” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

E assim se fez quando passei a ser residente do segundo ano, nos espaços de estágio em Redes de Atenção ou da gestão, sempre despertou o olhar da profissional que veio da Atenção Básica e como tudo estava relacionado e interligado. A sequência dos espaços em que passei soaram de forma complementar um com o outro, em cada ambiente que me inseri o anterior me trouxe base para entender o seguinte e somando nesta formação. Passar pela RUE fez refletir sobre a Atenção Básica, sobre como tinha incorporado todo seu modo de funcionar, os seus objetivos em ser a porta de entrada do usuário; de ser NASF e entender a fundamentação de estar locado na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Bem como as lacunas que encontramos na desvalorização e impedimentos de ideias, de ideais em defesa para que seja um serviço de saúde efetivo na lógica do que sonhamos e encontramos desenhada nos documentos, políticas, enfim. E como os interesses políticos em diferentes esferas, sejam eles de caráter de governança ou como ato de negociar e/ou compatibilizar interesses sempre impactam no que se foi pensado e estrutura para ser ofertado ou modificado, e isso foi muito bem aflorado no ambiente de gestão, mas que pude identificar e confrontar na prática nesses outros locais que passei.

Quando fui para a Rede de Urgência e Emergência identifiquei que aquele modelo de serviço, seguia uma lógica totalmente diferente dos ideais e a proposta que estava tão internalizada em mim de se fazer e promover saúde, tudo isso se encaixa na Atenção Básica. Todas as ações e propostas que ali comparava, eram ações da Atenção Básica, onde o NASF está inserido. Porém compreendia que aquele espaço se enquadrava naquele modelo de assistência à saúde, as demandas direcionadas para aquele ambiente exigiam aquele tipo de assistência mais fechada, porém fragmentava o indivíduo apenas à sua queixa/condução aguda, a priori.

Nesses entendimentos é que surge o quão frágil é essa aproximação entre os pontos da RAS e a necessidade de produzir esse sentido dos fazeres complementares entre os níveis

de atenção. A articulação entre as redes permite entender os embaraços que acontecem entre si, como também entender o que acontece em cada ponto, no meu caso na Atenção Básica. A minha aproximação sendo um profissional da Atenção Básica possibilitou um diálogo entre os dois níveis, possibilitando identificar situações ou digamos alguns nós críticos que acontecem em ambos ambientes, muitas vezes por falta de diálogo entre ambos, pois não percebemos ou não identificamos essa correlação por estarmos distantes.

Aproximar essa relação é entender como aqueles serviços funcionam; o que oferecem; o que estão passando ou suas dificuldades; compartilhar das informações da rede, dos usuários, do território; partilhar de materiais de apoio de ações estratégicas para atender tal demanda. Estamos num campo relacional, caso não pratiquemos essa relação nunca iremos entender as dificuldades encontradas pelo outro e os nossos próprios desafios, assim como, não encontrar soluções para resolver ou diminuir as problemáticas emergentes no cotidiano dos serviços.

E assim, pela gestão, compreendi que devemos ser pessoas estratégicas, dispostas e críticas naquilo que defendemos e ter o conhecimento e experiência do que se passa na assistência, pois é nela que disparamos todo aquele planejamento, monitoramento e avaliação do que se é preconizado e de como sua organização burocrática interfere nos processos e, o estar aberto ao trabalho coletivo e à valorização da comunicação, são a chave mestra.

Essas ferramentas proporcionaram desenvolver o hábito de refletir acerca do processo de trabalho na prática; de buscar o trabalho em equipe; de se atentar no que o modelo de atenção à saúde prioriza; de tentar concretizar os ideais, digamos assim, me foi oportunizado por onde percorri durante esses dois anos. Então todos os espaços posteriores, tiveram e fizeram mais sentido, pois, todos os momentos que houve mudanças de ciclos, de conformações dentro do campo da saúde, foram espaços de me auto avaliar e perceber o quão transformadora foi essa experiência.

Ao final dessa jornada, me reconheço plenamente e me afirmo como profissional de saúde, como componente do NASF e como professora de educação física pertencente a esse sistema que chamamos de SUS. Digo que nem tudo foram flores, mas todo suor valeu a pena, para o que me tornei hoje.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS, “DIGO”, CONSIDERAÇÕES ATÉ O MOMENTO...

*“O campo da saúde é muito mais amplo do que o da doença”
(PEREIRA, p.1528)*

Não quero que esta última parte seja uma representação de algo que se encerra, pelo contrário, quero que seja um registro memorial de uma construção contínua, onde a minha passagem e construção neste espaço foi a consideração inicial da minha inserção na Saúde da Família e no NASF.

A formação durante o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família-FESF/FIOCRUZ, me proporcionou nesse processo de formação em serviço, como diz Libâneo (1983), o processo de aprendizagem se faz por intermédio de uma situação problema (e quantos problemas encontramos, né?! Que bom!), e de ações motivadoras, é que se resulta no *aprender*. Se não fossem esses impasses, que conhecimento estaria produzindo? Estaria produzindo? O que estaria compartilhando? Na verdade não existiria motivo para tal, de estar ali.

Aprender, durante a formação em serviço, me permitiu vivenciar a realidade concreta, identificar as questões que estão rodeadas nos serviços de saúde do SUS e me aproximar sempre a partir de uma reflexão crítica me fez entender enquanto NASF, profissional de saúde e professora de educação física. O melhor, me fez entender antes de tudo enquanto “*pessoa*”, o quanto devemos lutar pelos direitos, qualidade e bem estar de todos.

E nesse processo a figura central e transformadora de novas ressignificações, somos nós mesmos, se permitir mergulhar nesse universo de cuidado, de sensibilização, de humanização, de *ACOLHIMENTO*, foi a atitude mais sensata na busca por transformações. Colocarmos como indivíduos ativos e curiosos, nos ajudam a passar pelas dificuldades encontradas e valorizar as potencialidades existentes. Assim, o que temos de mais valioso não é o ensino, como discorre Pereira (2003, apud LUCKESI, 1994) “...*mas o processo de aprendizagem que passamos. “Trata-se de “aprender a aprender”, ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito”* .

Permita-se “*aprender a aprender*”!

Obrigada Saúde da Família por esta transformação!

Foto 15. Cenário de prática da Residência Multiprofissional em saúde da Família FESF/FIOCRUZ



Fonte: Grupo de práticas corporais da Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2004, 8: 259-274.

BARROS, Juliana de Oliveira, et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015, 20: 2847-2856.

BRANDÃO, Lucas Cândido. Não se envergonhe com seus medos. Pássaros medrosos também voam. Local, data (com dia, mês abreviado e ano). Instagram: @lucaoescritor. Disponível em: <http://instagram.com/lucaoescritor?igshid=1w1hrctfen3vs>. Acesso em: 03 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial de Saúde nº 971, de 03 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 04 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial de Saúde nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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. Núcleo de Apoio da Saúde da Família. Portaria Ministerial de Saúde nº154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acessado em: 11 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 de janeiro de 2020.

CAMARGO, Brígido Vizeu, et al. Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 2011, 19.1: 257-268.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, 5.2: 219-230.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de saúde pública, 2007, 23.2: 399-407.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde e Sociedade, 2011, 20: 961-970.

CARVALHO, Yara Maria de. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. M Luz. Novos saberes e prática em saúde coletiva. Hucitec, São Paulo, 2003.

DE CARVALHO, Yara Maria. Saúde, sociedade e vida: um olhar da Educação Física. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 2006, 27.3.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de saúde coletiva, 2004, 14: 41-65.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, 47-62.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007, 49.

CHORÃO. Pontes indestrutíveis. Álbum: Ritmo, Ritual e Resposta, 2007. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/charlie-brown-jr/1104568/>. Acesso em: 08 de novembro de 2019

DA CONCEIÇÃO PASSEGGI, Maria. Memoriais autobiográficos: escritas de si como arte de (re) conhecimento. Memoriais. Salvador: EDUFBA, 2010, p.33.

DAOLIO, Jocimar. Os significados do corpo na cultura e as implicações pra a educação física. Movimento. Porto Alegre. vol. 2, n. 2 (jun. 1995), p. 24-28, 1995.

FERREIRA, Heraldo Simões; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Tendências e abordagens pedagógicas da Educação Física escolar e suas interfaces com a saúde. EFdeportes. Buenos Aires, ano18, nº182, julho de, 2013.

FRAGA, Alex Branco. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 2005, 21.2: 490-498.

GOULART, Sueli, et al. Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento. Cadernos ebape. br, 2010, 8.3: 388-403.

GHIRALDELLI JUNIOR, P. Educação Física Progressista. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana Oliveira. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2011, 22.3: 263-269.

LARROSA, Jorge Bondia. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, 2002, 19: 20-28.

LIBANEO, José Carlos. Tendências pedagógicas na prática escolar. Revista da Associação Nacional de Educação–ANDE, 1983, 3: 11-19.

MELO, Suzane Cristina Costa, et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, 2013, 66.6: 840-846.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, 2003, 27.65: 316-323.

MERHY, Emerson Elias, et al. Trabalho em saúde. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005.

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. O princípio da integralidade na visita domiciliar. Um desafio do Programa Saúde da Família, 2006. Disponível em <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFRO518.pdf>. Acessado em 13 de dezembro de 2019.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 1527-1534, 2003.

QUINT, Fernanda Ouriques, et al. Reflexões sobre a inserção da educação física. Motrivivência, 2005, 24: 81-96.

RODRIGUES, José Damião, et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2013, 18.1: 05-15.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. Edusp, 2002.

SAVASSI, Leonardo CM; MF, Dias. Visita domiciliar. Grupos de estudo em saúde da família. [internet] Belo Horizonte: AMMFC, 2006.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 2013, 18: 3203-3212.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis: revista de saúde coletiva, 2004, 14.1: 67-83.

ANEXOS

Anexo1. Quadro de potencialidades da Educação Física, produção realizada pelo núcleo da turma 2018-2020

POTENCIALIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA		
EIXO TRANSVERSAL- CORPOREIDADE		
Para além das capacidades físicas a educação física trabalha com a dimensão subjetiva das manifestações culturais como as danças, capoeira, jogos, brincadeiras, expressões da religiosidade e outras formas de se relacionar com o corpo. É uma dimensão que deve ser observada e pode ser explorada como potencialidade em cada caso.		
POTENCIALIDADES	COMPETENCIAS	ANALISE/ ABORDAGEM
MOVIMENTO HUMANO	Identificar, compreender e analisar as situações que podem reduzir a amplitude dos movimentos corporais e atividades funcionais de modo a afetar o bem estar do indivíduo; intervir – junto com a equipe de saúde da família – objetivando a melhoria da vida dos indivíduos por meio das expressões culturais do movimento humano.	Adequar postura/posição/ergonomia, exercícios e práticas corporais a partir de cada situação, bem como exercícios de fortalecimento muscular, liberação miofascial dos ativadores da dor, considerando os limites e necessidades do indivíduo, bem como o objetivo terapêutico estabelecido.
DESENVOLVIMENTO HUMANO	Avaliar as possibilidades de intervenção com as práticas corporais, levando em consideração a melhoras das habilidades físicas e/ou sociais.	Promover por meio da psicomotricidade atividades que explorem as capacidades proprioceptivas e consciência cinestésica.
MUDANÇAS DE HÁBITOS DE VIDA*	Atuar em complementariedade a equipe de saúde da família na aquisição de hábitos saudáveis que impactem na qualidade de vida e condição de saúde dos indivíduos e coletividades, considerando a realidade social, desejo e disponibilidade dos sujeitos; incentivar a prática regular de exercício físico e práticas corporais a partir das vivências prévias e/ou relação afetiva (prazer) com	Pelo resgate histórico de vivências corporais e/ou interesse a abordagem terapêutica realizar a prescrição do exercício físico ou sugestões de outras práticas para o cuidado, com o intuito de promover a autonomia do usuário quanto ao autocuidado e vida ativa, estabelecendo metas de mudança de hábitos de vida

	a cultura corporal; esclarecer quanto aos efeitos fisiológicos da prescrição terapêutica integrada.	e incentivando a vivência de práticas corporais ofertadas pelo território. *Consultar guia rápido de HAS e DM. *Ver a tabela de territorialização da Educação Física
SAÚDE CARDIOVASCULAR	Compreender e cogitar os processos fisiológicos, hemodinâmicos, metabólicos e elétricos que afetam o sistema cardiovascular.	Orientar, encaminhar, conscientizar sobre a importância das mudanças de hábito, como estratégia terapêutica associadas ao processo medicamentoso que venham maximizar a promoção, prevenção e reabilitação, melhorando os aspectos fisiológicos (funções cardioprotetoras) emocionais e sociais, conseqüentemente a capacidade funcional e a qualidade de vida dos usuários com condições cardiovasculares.
PROCESSO DE APRENDIZAGEM	Analisar junto com a equipe de saúde/NASF o apoio a ser ofertado para a família, bem como ampliar as possibilidades de atividades que potencializem o desenvolvimento psicomotor e necessidade de estimulação precoce.	Articulação das redes de apoio formal (CRIE, ESCOLAS, CAPSi, APAE), esclarecer informações sobre o contexto escolar, elaboração e disponibilização de ferramentas pedagógicas (jogos, brincadeiras ou circuitos) para estimulação da autonomia e aprendizagem no contexto familiar.
ESTIMULAÇÃO NEUROMUSCULAR/ COGNITIVA	Intervir com as práticas que visam minimizar a progressão dos distúrbios e proporcionar uma melhora das atividades de vida diária.	Promover atividades que possibilitem o ganho de força, manutenção da massa muscular, coordenação motora, percepção cinestésica e estimulação cognitiva.

<p>EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA</p>	<p>Identificar a demanda reprimida e as questões de acessibilidade no território.</p>	<p>Promover práticas que possam incluir esses usuários nas ofertas na USF e no território, desmitificar a figura do indivíduo como incapaz, inútil a sociedade.</p>
<p>SAÚDE MENTAL E AUTOIMAGEM</p>	<p>Identificar e analisar o processo histórico cultural, junto ao NASF, analisando cada situação, para compreensão do que motivou tais ações. Sendo possível prevenir ou remediar as disfunções da imagem do corpo devido à estimulação, constante, nas trocas afetivas, as vivências podem ajudar a ressignificar as percepções corporais surgidos desde a fase <u>intra-uterina</u>.</p>	<p>Através do diálogo e orientações, mostrar o quão é prejudicial a preocupação exacerbada com a imagem corporal e a partir daí conscientizar sobre os agravos que tais ações podem provocar. Exercício de consciência corporal, meditação e relaxamento, <u>PICs</u>.</p>
<p>GESTAÇÃO</p>	<p>Implantar e/ou qualificar ações da Educação Física no programa de pré-natal, segundo os princípios e diretrizes do SUS, em consonância com aspectos culturais, sociais, ambientais, socioeconômicos e epidemiológicos.</p>	<p>Fazer o acompanhamento da condição de saúde no período gestacional, avaliar os casos que necessitam de contra-indicação das práticas corporais, incentivar a prática autônoma de exercícios que preparam o corpo para os diferentes tipos de parto e pós-parto, incentivar o parto vaginal, considerando as particularidades de cada indivíduo. *fluxo de pré-natal e guia rápido de contra-indicações de exercício físico no pré-natal.</p>