

**RENATO SILVA SANTOS**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

A experiência de um professor de Educação Física na Saúde da Família: O dilema entre Campo e Núcleo.

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

Orientadora: Rosimeira Delgado

BAHIA

2020

RENATO SILVA SANTOS

A experiência de um professor de Educação Física na Saúde da Família: O dilema entre Campo e Núcleo.

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

Orientadora: Rosimeira Delgado

BAHIA

2020

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. UM POUCO DA MINHA HISTÓRIA.....	6
3. O ACOLHIMENTO E O PRIMEIRO DILEMA ENTRE CAMPO E NÚCLEO.....	8
4. PROCESSO DE TRABALHO: CONTEXTUALIZANDO O NASF.....	11
5. O DESFIO DO TRABALHO EM EQUIPE.....	13
6. VISITA DOMICILIAR (VD) E A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	16
7. MINHA EXPERIÊNCIA COM AS PRÁTICAS CORPORAIS (PC).....	18
7.1 Breve histórico das PC na USF de Nova Aliança: minha vivência e a inclusão de outras categorias nesse espaço.....	18
7.2 Minha experiência com as PC no NASF e em outros espaços da saúde enquanto professor de Educação Física e Capoeirista.....	21
8. SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA (R2) ESTÁGIOS E SUAS FACETAS.....	23
9. CONCLUSÃO.....	28
10. REFERÊNCIAS.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

Memoriais de formação são textos autobiográficos nos quais é descrito de forma crítica e reflexiva uma trajetória estudantil e profissional. Este memorial pretende descrever a minha trajetória como Professor de Educação Física integrante do NASF (Núcleos de Apoio de Saúde da Família), no Programa de Residência Multiprofissional da FESF/ Fiocruz (Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz), alocado no município de Camaçari-Ba, tendo como questão central a vivência e a construção de saberes que dialogam com o campo e o núcleo, por vezes conflitantes.

Segundo Campos (2000), o núcleo demarca a identidade de uma área do saber e de uma prática profissional específica, já o campo é um espaço de limites imprecisos onde cada especialidade ou profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

A Educação Física (EF) na minha formação em Licenciatura Plena traz uma carga de saberes com maior enfoque para áreas escolares, academias, esportes, dentre outros. Hoje, com formação também no Bacharelado, houve uma ampliação desses conhecimentos, trazendo um desafio ainda mais recente e em construção que é o da Saúde Coletiva, pois há uma grande diferença em atuar com “o corpo saudável” e o “corpo adoecido”. A minha atuação enquanto NASF vai para além de um Núcleo de saber específico, induzindo a minha inserção também em outros espaços do Campo na saúde.

SILVA *et al* (2009), chama atenção a não reproduzirmos a lógica do adoecimento: órgãos; sistemas orgânicos; sinais; sintomas; sequelas; medicalização; ambiente hospitalar; em lugar da lógica da saúde: sensações; percepções; movimento e cultura; ação, função, expressão, autonomia, espaço social/espaço de vida.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), exhibe uma conformação tendo como finalidade a análise constante da condição de saúde da população e a organização e execução de seus métodos, adequados ao enfrentamento das dificuldades existentes. É composta pelas ações de vigilância em saúde, promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, devendo estar protegida nos conhecimentos e práticas vindos da epidemiologia, da idealização e das ciências sociais (PNAB, 2017).

Considerando a transição epidemiológica em curso, o aumento da expectativa de vida da população, o sedentarismo e os riscos à saúde, é que a inserção da Educação

Física (EF) e das Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF) na saúde coletiva foi impulsionada através da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 e da criação do NASF em 2008.

Com a publicação das PCAF como um dos oito temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Educação Física passa a compor a equipe do NASF que tem por objetivo a ampliação da oferta, abrangência e resolutividade dos serviços de saúde na rede, através de equipes multiprofissionais de forma integrada com a ESF, fortalecendo as PCAF como oferta de cuidado, além de compreendê-las na perspectiva da reflexão sobre as práticas de saúde em geral. (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016)

As PCAF podem ser analisadas em duas dimensões: uma pautada na racionalidade biomédica e outra voltada para questões biopsicossocial, como práticas que contribuem para sociabilidade, educação em saúde, autocuidado, criação de laços de amizade e vínculo entre os usuários e profissionais. A cantiga “*Adeus escola meu mano*” me faz refletir sobre as práticas humanizadoras do cuidado em saúde, por vezes negligenciadas no cotidiano das unidades de saúde e no fazer profissional. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de cuidado e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. A partir da minha experiência no campo da saúde durante essa trajetória na saúde da família faço também reflexões acerca dessas práticas. (BRASIL, 2003)

*“Adeus escola meu mano”*

*Que adianta ter estudo  
Que adianta ter estudo oh lá lá  
Pois eu posso me comparar  
Pois eu também sou doutor  
Na minha arte popular  
Eu pego meu berimbau,  
Meu tambor e meu pandeiro  
Eu me joga nesse mundo  
Lá com meu jeito brasileiro  
E vocês que são formado  
Que diz que tem educação  
Às vezes vocês não vêm...*

*O que eu presto atenção  
Vejo crianças sendo mortas  
É jogada no porão  
Pois elas apanham pra comer  
O que você joga no chão  
Pois a minha educação  
Não foi a escola quem me deu  
Quem me deu foi a capoeira  
Hoje eu agradeço a Deus  
Adeus escola meu mano*

*Ai meu mano  
Ai meu mano  
ADEUS ESCOLA MEU MANO  
Meu mestre está me esperando  
ADEUS ESCOLA MEU MANO  
Berimbau está me chamando  
ADEUS ESCOLA MEU MANO...  
(Mestre Mão Branca)*

## 2. UM POUCO DA MINHA HISTÓRIA

*“Vila bela do sertão, vila bela do sertão...  
Foi aqui, eu nasci, me criei, minha origem eu não posso negar  
Capoeira foi quem me ensinou, para o jogo da vida pra qualquer lugar...  
Ela surge às margens do rio, das fazendas veio a se formar...  
Lampião passou por aqui, muito sangue ele fez derramar...  
(Cantiga de capoeira de minha autoria em homenagem a minha cidade, hoje  
Queimadas).*

Eu, Renato Silva Santos, nasci e cresci na cidade de Queimadas-Bahia, localizada a aproximadamente 300km da capital Salvador, região sisaleira e do semiárido nordestino.

Venho de família humilde, filho de motorista e lavadeira. Fui criado pelo meu pai e minha avó, mãe do meu pai, e tive a figura de minhas tias como se fossem uma segunda mãe, devo o pouco que conquistei à minha família. Embora sem uma formação acadêmica, sempre me apoiaram nos estudos, entendendo que essa era uma das poucas formas que eu conseguiria “vencer na vida”.

Meu processo de aprendizagem foi sempre em escola pública. Dentro e fora da escola sempre tive muita ligação com esportes: futebol, voleibol, basquete, capoeira, dentre outros. A capoeira tem uma marca e uma influência forte na minha vida até hoje, afinal foi um dos motivos que influenciou a escolha pelo curso de Educação Física.

Queimadas é uma cidade centenária e pouco desenvolvida, mas de uma enorme carga afetiva, por esse motivo estive preso a essa comodidade, à minha família, aos grupinhos de amigos, à namorada, por um longo período, o que acabou atrapalhando o meu processo gradativo de “independência” pessoal e profissional, ocasionando um amadurecimento tardio. Após o choque de perder a minha mãe (avó), minha permanência no interior não fazia mais sentido, foi isso o que me motivou a vim morar em Salvador, tendo como objetivo primeiramente trabalhar para me manter e depois estudar.

Chegando em Salvador comecei a trabalhar e a estudar em cursinho, passei um tempo estudando até consegui ingressar na Universidade Federal da Bahia – UFBA, o

que para mim foi um sonho realizado, afinal de contas, era um jovem do interior da Bahia, com ensino precário de escola pública sucateada, que havia conseguido ingressar numa Universidade Federal mesmo que através do processo de reparação social, que são as cotas raciais. Ainda assim, sempre ouvia comentários irônicos de algumas pessoas, como: “você passou pelas cotas, não foi?”.

*“Toca o tambor que é bom pro nego  
Toca o tambor que é bom pro nego  
**Faz o nego se lembrar que ele tem valor  
Que ele não é diferente, por causa de sua cor**  
Toca o tambor que é bom pro nego...  
**Leva pra longe daqui, tudo que o fez sofrer  
Do tempo da escravidão faz o nego esquecer...**  
Toca o tambor que é bom pro nego...  
**Fala pra dona Isabel que sua lei não adiantou  
Que o nego ainda sofria, depois que ela assinou**  
Toca o tambor que é bom pro nego...  
**Tambor que o nego tocou, qualquer lugar você vai ver  
Toque o tambor bem forte, pro nego sobreviver**  
Autor: Mestre Esquilo CDO*

Conclui o curso de licenciatura plena na Universidade Federal da Bahia em 2011, mas já a partir de 2006 já existiam algumas brigas político ideológicas entre o Conselho Federal de Educação Física/Conselho Regional de Educação Física, sistema (CONFEF-CREF) e algumas universidades públicas. O Conselho de Educação Física se recusava a reconhecer a formação plena, limitando a atuação de todos os alunos que ingressaram na UFBA a partir de 2006. Havendo, ainda, a divisão dos cursos em Licenciatura e Bacharelado. Após muitos conflitos na justiça pelo reconhecimento, e a resistência do Conselho em reconhecer o currículo em formação plena, o que me limitaria a atuar só na área escolar, acabei induzido a estudar o bacharelado. Como havia a possibilidade de eliminar muitas disciplinas, acabei cursando na Faculdade Social da Bahia (FSBA), e finalizei no ano de 2015. Numa das disciplinas de Estágio supervisionando, tive contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o que me despertou a fazer uma pós graduação em Saúde Mental na Atenção Básica, na Faculdade Bahiana de Medicina, e, em seguida, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Particpei da minha primeira seleção na residência da FESF no ano de 2016 e fui aprovado, mas por motivos superiores não pude permanecer, depois de dois anos tentei a residência mais uma vez e novamente fui aprovado, e aqui estou concluindo esse processo.

É perceptível que trago forte comigo os traços da minha identidade, da minha região, minha raiz, e faço questão de propagar isso por onde eu passo. Como dito, a

Capoeira é uma marca cultural que carrego e pratico ainda hoje, sou contramestre na capoeira e me orgulho disso. Embora não tenha a capoeira como profissão, tudo que conquistei foi pensando nela. Cultura popular é saúde, sabedoria popular também é saúde!

“Um povo sem o conhecimento da sua história, origem e cultura é como uma árvore sem raízes.” (Marcus Garvey).

*ABOIO CAPOEIRA  
Eu estive lá no sertão  
Eu andei com o povo de lá  
Eu trago na minha bagagem  
Além da saudade histórias pra contar  
Eu vi a vaquejada  
Não pode faltar não  
É a calça de napa  
O chapéu de couro e o seu gibão...  
No lamento do aboio  
Vaqueiro canta no sertão  
A vida labutada  
As coisas que tem no seu coração...  
O sol castiga e seca  
O mesmo racha o chão  
Só não racha a esperança  
Da chuva pedida em sua oração...  
Empenhado em uma visita  
Nas terra de Jacobina  
Em noite enluarada  
Estrada de terra fazendo estiva...  
Obrigado meu pai  
Seu filho aqui agradece  
Espero um dia voltar  
Te peço meu pai atenda a minha prece...  
(Instrutor Pupunha)*

### **3. O ACOLHIMENTO E O PRIMEIRO DILEMA ENTRE O CAMPO E O NÚCLEO**

A Estratégia Saúde da Família se caracteriza como porta de entrada do SUS a partir da atenção prestada às demandas espontânea e programada. O acolhimento é uma prática defendida na Política Nacional de Humanização visando de fato cumprir os princípios do SUS, propondo uma mudança no modelo de atendimento através de uma escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades. (BRASIL,2004)

É importante ressaltar que o modelo de acolhimento é organizado a partir das características locais, da população adscrita às equipes, vulnerabilidade, determinantes



sociais, etc. Logo, não é algo engessado, pois cada território possui suas peculiaridades, dessa forma, o acolhimento visa contemplar essas necessidades. (BRASIL, 2013)

Ainda recém chegado à Unidade de Saúde da Família (USF) me deparei com o acolhimento, espaço onde a comunidade busca soluções para os seus problemas de saúde. A princípio foi muito complexo participar desse espaço, eram muitas atribuições e informações novas das duas unidades de saúde que apoiava, USFs de Nova Aliança e Phoc Caic. As minhas expectativas em relação a Saúde da Família não eram bem definidas, pois por não conhecer o processo de trabalho, não tinha muita perspectiva do que iria encontrar e realizar durante esse período.

Apesar de haver um certo empenho da minha parte em contribuir com aquele espaço, eu me sentia perdido, sem saber como ajudar, afinal de contas, para mim era muito mais coerente que a equipe de Saúde da Família – Médicos, Enfermeiro e Odontólogos, estivessem naquele local e não o NASF, já que a demanda principal era renovação de receitas para hipertensos e diabéticos e receita azul (medicação de uso controlado). Seria esse o início do meu dilema? O que um professor de educação física faria nesse espaço do acolhimento? Eu não deveria fazer práticas corporais? Não seria esse o meu “trabalho”?

Em nenhum momento do meu processo formativo anterior à residência eu fui provocado a reconhecer o acolhimento como uma tecnologia leve e fruto de uma postura ética profissional, sendo assim, o que conseguia enxergar era a intensidade da demanda, o tipo da demanda, que na minha visão muitas vezes fugia à minha competência como professor de educação física, fora todas as dificuldades e entraves que existiam e que por vezes inviabilizavam a reprodução do modelo de acolhimento preconizado pela PNH, reproduzindo práticas conservadoras e caracterizando aquele espaço como era conhecido pelos usuários, uma triagem.

Enquanto equipe NASF, tivemos poucas vivências no acolhimento, por vários motivos como conflitos com as equipes, falta de compreensão do espaço, dentre outros já expostos. A escala dos residentes para esse espaço era organizada através de um rodizio entre os profissionais, todas as quintas-feiras a tarde nos revezávamos em Nova Aliança e às terças-feiras pela manhã, no Phoc Caic.

Diante dos vários modelos de acolhimento, pude vivenciar alguns, como: Acolhimento com a equipe de referência do usuário e acolhimento com a equipe escalada para acolher no dia, experiências com classificação de risco e sem classificação de risco.

Na USF do Phoc Caic o acolhimento era realizado pela equipe de referência, porém eram resolvidas muitas demandas no próprio acolhimento. Já na USF de Nova Aliança, a proposta era inserir os usuários nos fluxos da Unidade, e não prestar o atendimento prioritário naquele mesmo momento, exceto em casos de urgência e emergência.

Em 2004 foi lançada pelo Ministério da Saúde a cartilha da PNH, que institui o acolhimento com classificação de risco como instrumento de reorganização da assistência à saúde. A classificação de risco permite a priorização dos casos com maior gravidade, a fim de orientar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para resolução do problema.

Percebia que havia maior organização e resolutividade no acolhimento onde a classificação de risco era realizada. Para realiza-la, além da utilização de alguns protocolos, também nos era exigida uma escuta qualificada, um registro detalhado da queixa do paciente, uma articulação com toda a equipe, além do conhecimento clínico para fazer os devidos encaminhamentos. Além de auxiliar os profissionais na identificação dos casos que demandavam abordagens mais hábeis, também nos conduzia a prestar um atendimento mais equânime.

Segundo a PNH, o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou “profissional específico” para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. A partir dessa reflexão, obtive várias respostas, e a partir daí, juntamente com a minha equipe e preceptoria do NASF, decidimos discutir sobre o espaço e falarmos da insatisfação do modelo que era reproduzido, além do não entendimento do nosso processo de trabalho pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), o que não facilitava ou favorecia a nossa inserção, porém não nos omitiríamos do espaço, tendo em vista o grande potencial transformador que tínhamos nele.

Com uma visão mais ampliada e refinada sobre o espaço do acolhimento construída ao longo das várias discussões coletivas realizadas acerca do tema, que a propósito inquietava a maioria dos profissionais, percebi que a minha atuação no acolhimento deveria ir além de pegar prontuários. O acolhimento é uma ferramenta da AB, e eu estava limitado às atribuições do meu núcleo profissional, sem compreender aquele espaço como um espaço potente de promoção da saúde, onde eu poderia realizar uma escuta qualificada que me daria subsídios para um cuidado ampliado;

realizar orientações, inclusive da importância de uma atividade física como ferramenta diária, de acordo com as condições, modos, e estilo de vida de cada um na sua singularidade; estímulo à participação popular, autonomia e corresponsabilização do cuidado, facilitação da comunicação e acesso dos usuários, além de educação em saúde.

O acolhimento foi a primeira situação desafiadora que induziu o meu deslocamento “sair da zona de conforto do núcleo”, me levando a flexibilizar os limites de atuação a fim de prestar um cuidado integral e enxergar a potencialidade de um professor de educação física na transformação de espaços médico-centrados em formas diferentes de produzir saúde.

#### **4. PROCESSO DE TRABALHO: CONTEXTUALIZANDO O NASF.**

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por finalidade apoiar, aperfeiçoar e ampliar a abrangência e escopo das ações, a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, devendo estar comprometido também com a promoção de mudanças nas atitudes e na atuação dos profissionais da ESF. Sua atuação inclui ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O mesmo é composto por uma equipe multiprofissional, dentre estes o Profissional de Educação Física. (BRASIL, 2010)

Segundo Hori e Nascimento (2014) a proposta de trabalho do NASF deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado (por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar), à troca de saberes e à pactuação de projetos terapêuticos que incluam os usuários dos serviços e a comunidade como participantes dessa construção. As diretrizes dos NASF descrevem a pactuação de apoio e o arranjo organizacional do apoio matricial e equipe de referência como condições para a promoção da clínica ampliada, que por sua vez embasaria o projeto de saúde no território e o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O município de Camaçari é dividido em 08 regiões de saúde e é na região 04 que fica situada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O município possui 03 NASFs, sendo que dois fazem parte do programa de Residência e o outro é credenciamento do próprio Município, ligado à Academia da Saúde. O NASF que faço parte, apoia as USFs Nova Aliança e Phoc Caic, atrelado a 08 equipes da ESF.

O trabalho do NASF é desafiador, complexo, os componentes curriculares das universidades não contemplam tal conteúdo, e isso é um relato geral de todas as profissões da saúde. Aqui tivemos que nos reinventar, reorganizar os conhecimentos e começar um novo fazer, superando essas lacunas e assimilando uma forma de produzir saúde diferente.

Dentre as dificuldades encontradas no processo, destaco o fato de não possuímos um local fixo, uma estrutura física adequada a suprir as nossas necessidades. Foi muito comum estarmos a todo momento disputando espaços para planejar e executar nossas atividades e ações com o mínimo de dignidade. Além disso, destaco também a não compreensão acerca do nosso processo de trabalho pelas EqSF, o que foi muito desgastante, conflitante, estressante, desafiador...enfim, dificultou bastante o nosso desenvolvimento no andamento desse percurso. Como já foi citado, na graduação não conhecemos esse novo fazer, especialmente do NASF, que é agravado por ser um programa relativamente novo, sendo assim esses profissionais vêm munidos do fazer assistencial e extremamente clínico, atribuindo uma importância menor e utópica a essa nova forma de produzir saúde.

A organização do nosso trabalho é feita através das necessidades do território e das equipes, através da lógica de acionamentos. Logo, nossa agenda era elaborada semanalmente baseada em pactuações com as equipes que apoiávamos, sendo que também buscávamos a melhor estratégia para suprir as necessidades dos usuários. Dessa forma, a agenda era construída baseada em: atendimentos individuais, interconsultas (consultas compartilhadas, visitas domiciliares), reuniões (de equipes, comunidade, unidade, conselho de saúde, reunião de NASF, etc.), atividades coletivas, grupos, turnos pedagógicos, acolhimento, articulação de rede, dentre outras atividades externas, todas contemplando o campo e o núcleo. Por conseguinte, me fez refletir a complexidade que é a metodologia de trabalho do NASF.

Para potencializar o processo de trabalho do NASF 1, resolvemos nos distribuir em mini equipes, nos organizamos em dois grupos, como eram dois profissionais de cada categoria, exceto psicologia, para cada grupo ficou: 01 Professor de Educação Física; 01 Nutricionista; 01 Fisioterapeuta e a única Psicóloga, a “estrela solitária”, por ser só uma profissional dessa categoria flutuaria apoiando as duas mini equipes.

O Apoio Matricial como lógica do trabalho do NASF, é o que viabiliza a prestação de um cuidado integral e resolutivo através do suporte de uma equipe de retaguarda. O Apoio Matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico. O primeiro vai produzir ação clínica direta com os usuários, e o segundo vai produzir

ação de apoio educativo com e para a equipe, visando um aumento no poder resolutivo das ações. Essas duas grandezas podem e devem se combinar nos diversos momentos. O apoiador matricial deve ser um conhecedor diferenciado das equipes de SF, em termos de conhecimento e de perfil, colaborando com saberes e também com intervenções. (BRASIL, 2010)

O trabalho pautado na interdisciplinaridade já cria um ambiente favorável e propício ao compartilhamento de saberes. Ao contrário do que muitos profissionais idealizam sobre matriciamento, já que o próprio conceito de “suporte técnico pedagógico”, ele vai além de uma apresentação de um núcleo para outro, é também o compartilhamento de saberes em outros espaços como: consulta compartilhada, interconsulta, visita domiciliar, reuniões...ele ocorre em todos os espaços coletivos ou de cuidado compartilhado.

Na minha experiência, o apoio matricial com a abordagem de algum assunto em específico, foi organizado a partir da identificação das dificuldades das equipes, através da análise dos principais motivos de acionamento do NASF, como também por meio da própria sinalização dos profissionais frente a algo que se sentissem inseguros. A exemplo disso, fizemos o matriciamento do hiperdia (Hipertensão e Diabetes) ao perceber que haviam dúvidas a respeito de algumas condutas, como também acerca do fluxo do NASF, aleitamento materno, dentre outros.

Dentro do meu núcleo, foi realizado o matriciamento das equipes referente ao Grupo de Práticas Corporais, a partir da identificação de dificuldades não só na compreensão de que eles também eram responsáveis por aquele espaço, mas também pela dificuldade que existia em relação ao planejamento e execução do grupo, como proceder didaticamente as atividades. Esse apoio matricial na maioria das vezes foi realizado da forma tradicional, com a utilização de slides. Além disso, o baixo número de acionamentos ao núcleo de Educação Física pelas equipes era uma situação que nos incomodava muito, talvez pela falta de compreensão do fazer do outro, em qual momento ou para que poderiam nos acionar, quais os limites da profissão, já que muitas atribuições se aproximavam dos Fisioterapeutas, enfim, também foi feito um matriciamento esclarecendo as atribuições do Profissional de Educação Física dentro do NASF.

## **5. O DESAFIO DO TRABALHO EM EQUIPE**

## O Rappa

Quadras e quadras e quadras e quadras cirandas  
Cirandas, cirandas "B boys" e capoeiristas  
Velhos sonhos, novos nomes, velhos sonhos, novos nomes na avenida  
O folclore é hardcore, e ataca o nosso momento  
Abre a roda quem tá fora e quem tá dentro participa  
O folclore é hardcore, instiga alegria  
Em respeito do homem ao tambor  
Do ritmo que domina com louvor  
Do fato de estarmos juntos sem pavor  
Pois o instinto é coletivo meu senhor

É é...  
Eu represento o instinto coletivo...

É domingo e só temos uma opção  
As caixas são grandes  
O som tem que ser alto  
Pra tocar a multidão  
Essa dança não faz seleção  
Pro homem...

O trabalho em equipe é essencial na ESF, ressaltado principalmente pela busca da integralidade nos cuidados de saúde. Ele possibilita que a prática de um profissional seja reconstruída na prática do outro, havendo a transformação de ambos para intervir na realidade onde estão inseridos. (ARAÚJO; ROCHA, 2007)

Trabalho em equipe é algo desafiador, uma vez que envolve vários profissionais com formações, posturas e culturas diferentes. Tende a ser uma prática enriquecedora a partir do compartilhamento do cuidado e do conhecimento entre os núcleos profissionais, como também tende a ser um ambiente propício a conflitos, uma vez que que todos os envolvidos não atuem de forma colaborativa, respeitosa e empática.

Eu entendo a Residência Multiprofissional como um espaço de aprendizagem, que perpassa uma linha na horizontal, onde todas as profissões se equiparam, porém com suas funções e saberes diferentes mas que se complementam, onde supõe-se estarmos abertos a novas vivências, a troca de experiências e novas relações não só de trabalho, mas de vínculo e de afetividade também.

Por meio das minhas reflexões nesse processo de trabalho, notei algumas dificuldades na compreensão das ações em saúde da família na multidisciplinariedade, e o não compreender o fazer do outro é uma das situações que dificulta as relações, afeta a comunicação e acaba refletindo na nossa constante busca de uma aproximação com o cuidado integral.

Dentre os vários desafios que enfrentei para realizar o trabalho em equipe, uma realidade que me marcou bastante nesse contexto foi a dificuldade para planejar com as EqSF fora de seus núcleos. O trabalho na APS é complexo, e nós residentes

precisamos realizar uma infinidade de ações que nos são demandadas, mas para execução das mesmas é necessário o espaço de planejamento, o que não era priorizado. Percebia que alguns residentes acabavam priorizando umas coisas a outras, inclusive na realização das atividades, talvez pelo fato de não ter o domínio em determinadas ações ou pela não compreensão de que isso era uma das suas atribuições enquanto Campo.

Tive bastante dificuldade com estes profissionais no sentido de não contribuírem no planejamento das ações, ausentar-se propositalmente no momento de execução de algumas ações, deixando assim os demais profissionais desassistidos, opinar de forma impositiva e não horizontal, eximir-se da responsabilidade de condução de atividades, principalmente as coletivas e discutir ou defender suas ideias de forma autoritária e desrespeitosa, já ouvi frases como (“aqui não tem ordem”, “coisa que todo mundo mexe não dá certo”, “eu me sinto confortável assim, então vou continuar na mesma”). Diante de tudo isso, vivi realidades completamente contrárias do que se espera de um trabalho em equipe, onde se prega o trabalho coletivo e que as prioridades sejam as necessidades do usuário.

Para que o trabalho em equipe funcione, depende de todo o conjunto, de toda a equipe trabalhando em sintonia, mantendo a comunicação de forma efetiva, cada um dando a sua colaboração para alcançar a integralidade na saúde. Eu faço uma analogia com a roda de capoeira, onde todos tem uma função naquele espaço, ninguém fica ocioso, alguns tocam os instrumentos (Berimbaus, pandeiros, atabaque, reco-reco, agogô, etc.), outro componente puxa o canto, e os demais integrantes da roda no círculo formado, respondem o refrão e batem palmas, e dois saem para o jogo. Se alguém falhar nesse processo, perde a harmonia e energia, comprometendo a atmosfera da roda e prejudicando todo o ritual.

Em contrapartida, também tive experiências exitosas no que diz respeito ao trabalho em equipe, especialmente dentro do NASF. Tínhamos interação e facilidade na comunicação que atribuo à abertura dos profissionais para isso, talvez pelo fato de todos estarmos sentindo na pele as mesmas situações desagradáveis e buscando apoio uns nos outros. Foi bem mais fácil, mais leve, mais harmonioso. Mesmo em meio a todas as dificuldades e angústias que enfrentamos, pude extrair algo de bom, que foi a união e o fortalecimento da afetividade e empatia da nossa equipe, união que ia além do ambiente de trabalho, que nos fortalecia e motivava a seguir realizando o nosso serviço da melhor forma possível.

A avaliação do espaço ao final de cada atividade era uma ferramenta extremamente importante para expormos e alinharmos algumas situações que desarmonizavam o nosso processo de trabalho. Ao percebermos isso, eu, juntamente

com a minha equipe do NASF, principalmente, sempre tentávamos garantir esse espaço.

É importante ressaltar que as relações são diferentes em cada Unidade que apoio. Em Nova Aliança as relações eram menos conflituosas que no Caic, “talvez” pelo fato das pessoas estarem mais abertas, mesmo tendo dificuldades em compreender nosso processo de trabalho, mas sendo tolerante, o que acabou de certa forma melhorando as relações no trabalho e fora dele.

O processo de trabalhar em equipe é árduo e ao mesmo tempo prazeroso, nos faz exercitar nossa capacidade de escutar, ceder, flexibilizar, além do aprendizado fantástico que nos proporciona e que trago para a minha vida pessoal e profissional. Aprendi a ser mais tolerante, ouvir mais, respeitar a fala e opinião do outro e ser mais empático. Confesso que também preciso ser mais paciente, resiliente... as situações ocorridas mexeram muito comigo, no sentido de ter dificuldades de lidar com algumas delas, mas, sigo aberto e permissivo a transformações.

## **6. A VISITA DOMICILIAR (VD) E A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA.**

O Atendimento Domiciliar é uma ferramenta importante na Atenção Básica, em uma das definições conceituais Andrade et al (2014) justifica:

A (VD) é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da saúde em um dos pontos da sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família.

Logo no primeiro mês como residente, tive a oportunidade de vivenciar uma VD pela primeira vez, ainda inexperiente e a fiz juntamente com a EqSF. Observei atentamente às abordagens da equipe e a coleta de informações afim de nortear o planejamento do cuidado de forma integral e que contemplasse a singularidade da usuária. Era notório a escuta qualificada por parte da equipe, que atribuía importância às condições de higiene e acessibilidade do espaço físico onde a usuária estava inserida, seu convívio familiar e social, sua rede de apoio, situação financeira, e não apenas a sua condição clínica, afim de conduzir o caso de forma resolutiva. Foi um aprendizado riquíssimo como residente recém chegado, porém ainda não entendia a minha função naquele espaço.



Como era recém chegado na residência, fui junto com a equipe apenas para um primeiro contato e conhecer o caso. Mas para qualificar esse espaço, segundo Andrade et al. (2014), é necessária uma organização prévia, estudar anteriormente o caso, já prever possíveis intervenções, avaliações e registros. Sendo que esse último é um importante critério da assistência que tem um aspecto de grande relevância no processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais.

O diagnóstico de hipotireoidismo foi confirmado através de exames, logo, foram prescritos medicamentos que reduziu significativamente o edema global que a mesma possuía, e foram feitas orientações acerca da alimentação já que se encontrava num quadro de constipação. Também me foi solicitado que intervisse afim de restabelecer sua funcionalidade que estava comprometida por desuso, pois, como a usuária permanecia por longos períodos sentada e deitada, possuía dificuldades para andar e realizar atividades da vida diária (AVDs).

Diante desse contexto, acabei ficando como profissional de referência para o caso, por questões da criação de vínculo com a usuária e pelas ações que posteriormente ficaria a meu cargo. Foi feito um programa com alguns exercícios para fortalecimento dos membros superiores e inferiores, no qual eu orientava a usuária e seus cuidadores, fazendo junto no próprio domicílio e deixando a continuidade a cargo da família.

A partir daí, e ao longo de várias discussões pedagógicas, aos poucos comecei a enxergar a importância e o papel do profissional de Educação Física nesses espaços, não somente para uma intervenção clínica ou do núcleo, mas pela possibilidade de conhecer a realidade do usuário, sua moradia, contexto social, situação de saúde, estabelecer vínculos de confiança, coletar informações que subsidiem discussões junto com a equipe e auxiliem na criação de novas estratégias para resolução dos problemas. Enfim, hoje consigo defender a importância da minha inserção nas VDs, enquanto profissional de saúde com potencial de qualificar a assistência de forma humanizada e integral.

A VD também possibilita ao usuário a sensação de se sentir acolhido no momento da escuta e o estabelecimento de vínculo, garantindo a confiança na relação profissional/usuário, o pacto da corresponsabilização dos profissionais com a família, e é isso que legitima a potencialidade e grandeza dessa ferramenta para uma ação integral na Atenção Básica.

## **7. MINHA EXPERIÊNCIA COM AS PRÁTICAS CORPORAIS (PC)**

### **7.1 Breve Histórico das PC na USF de Nova Aliança: minha vivência e a inserção de outras categorias profissionais nesse espaço.**

Mas afinal, o que são as Práticas Corporais? Diante de algumas definições usarei a que norteia o SUS:

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras.” (Portaria nº154/08, MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

O grupo de PC na USF de Nova Aliança foi criado no ano de 2016 pelos residentes professores de Educação Física com o objetivo de oferecer práticas corporais gerais supervisionadas (jogos, lutas, esportes, ginastica e dança), estimular a autonomia dos usuários para a prática regular e até mesmo individual, criação de vínculo entre si e com a USF e monitoramento das condições de saúde dos participantes. Inicialmente o grupo não tinha uma adesão expressiva, eram poucos participantes, mas se acreditava na potencialidade de transformação das condições de saúde e hábitos de vida que o grupo traria para a população, dessa forma foi pensado em estratégias que atraíssem esses usuários. As atividades eram feitas semanalmente na USF no intuito de despertar o interesse das pessoas que circulavam pelo local, e em algumas ocasiões também ocorriam em outros lugares, no território, para dar mais visibilidade ao grupo.

Com a chegada da turma de 2017, a responsabilidade de condução do grupo ficou a cargo do NASF, que era composto apenas por dois profissionais (uma Professora de EF e um Fisioterapeuta). Dentro desse período a USF passou por uma reforma que interferiu na agenda, ficando estes sobrecarregados, já que as demandas tinham aumentado significativamente. Sendo assim, durante a transição da turma de residentes 2017/2018 foram feitas pactuações, inclusive incluindo os profissionais das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e mostrando a importância da sua contribuição com o espaço. Dessa forma, todos contribuiriam com o grupo no

sentido de planejar, construir e executá-lo. O planejamento do grupo deveria ser realizado nas reuniões de equipe, o que nem sempre ocorria e muitas vezes dificultou a execução das atividades.

Apesar da inserção de outras categorias profissionais ter sido motivada pela sobrecarga do NASF, destaco a importância destes profissionais nesses espaços, onde o aprendizado é mútuo, o matriciamento é realizado em cada atividade realizada, o vínculo entre profissional/usuário é fortalecido e também é perceptível o deslocamento dos mesmos do seu “lugar de conforto” com os afazeres de núcleo para produzir saúde de formas diferentes e integral. Destaco ainda que alguns profissionais não se sentiram à vontade no espaço, sob alegação de não terem experienciado isso na graduação, mas aos poucos foram se inserindo, participando e conseguiram tocar o grupo com sucesso.

Carvalho e Nogueira (2016) afirmam que a depender do contexto e objetivo das PC e Atividade Física (AF), é possível que diferentes categorias profissionais atuem com tais atividades no SUS. Dessa forma, fica claro que as PC na Atenção Básica é atribuição de todos enquanto equipe multidisciplinar.

O incomodo da falta de adesão que ocorreu lá atrás no início do grupo, logo tomou outros rumos, quando nossa turma assumiu, o “problema” passou a ser a falta de espaço. O anexo da USF, local onde ocorria o grupo, não comportava mais tamanha quantidade de usuários, o que nos levou a discutirmos sobre a possibilidade de realocar a atividade para outros espaços, ponderando também a vontade dos usuários, que apesar de perceberem o espaço limitado, já estavam adaptados e se sentiam confortáveis no mesmo.

O grupo era heterogêneo, aberto a todos, independentemente do ciclo de vida ou grupos de riscos, o que nos obrigava a redobrar a atenção com os participantes. Fazendo uma breve análise, arrisco dizer que 99,5% dos participantes eram mulheres e 0,5% homens e crianças. Assim como os outros residentes, no início tive uma certa dificuldade com o espaço, os colegas residentes imaginam que nós da EF trazemos essa bagagem, e nem sempre é assim. Fui me desenvolvendo no decorrer do processo, pesquisando, buscando, enfim, talvez pelo fato de já ter ensinado capoeira, além da minha formação profissional, tenha sido um pouco mais fácil essa evolução. Rapidamente me adaptei e sempre buscava ao máximo diversificar o cardápio de atividades, o que não foi fácil diante de tantas outras coisas para dar conta.

A proposta do grupo era sempre trazer uma temática de conscientização, a exemplo de: “outubro rosa, novembro azul/negro, setembro amarelo”, dentre outras. Ali também era um espaço de educação em saúde. Sempre iniciávamos a atividade com alongamentos, explicando a sua importância e provocando a autonomia dos mesmos para fazerem em outros espaços fora daquele. Então, entraria na atividade principal do

dia, na qual eram feitas caminhadas, atividades lúdicas de jogos e brincadeiras, capoeira como prática lúdica, maculêlê, samba de roda, aula de forró, dança de salão, zumba, dentre outras. E por fim, uma atividade relaxante para acalmar. A avaliação do espaço, sempre ocorria juntamente com os participantes, e posterior a esse momento entre os profissionais, e em seguida a atividade era registrada num livro de atividades do NASF.

É importante ressaltar que enquanto cuidado complementar, as equipes também encaminham os usuários para grupo, geralmente com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Saúde Mental (SM) dentre outras. Um dos pontos positivos é que apesar de espaço de cuidado, eles frequentam porque gostam, sentem prazer em estar ali, não somente pelas questões da saúde. Isso notamos por conta da interação entre eles e com as equipes fortalecendo os laços de cuidado, já que também é um espaço de socialização. A participação dos usuários foi positiva e ativa nesse período que conduzimos, sabendo a importância desse espaço, eles se identificavam com as atividades propostas, sugeriam e pediam que esse trabalho tivesse continuidade. A cada encontro notava que as atividades realizadas tinham repercussão em suas vidas, relatando algo da atividade e da importância de estarem ali, que foi bom para a saúde e que é algo necessário.

As práticas corporais são estratégias de promoção da saúde, uma vez que contribui para a qualidade de vida dos mesmos, o que deveria se tornar prioritário para os profissionais de saúde. A realização do grupo trouxe muita satisfação, devido ao fato de ter realizado atividades que contempla o público que clama esse cuidado e avalia como necessário. Trabalhos com ênfase nas ações coletivas e Práticas Integrativas Complementares (PICs) em saúde devem ser ressaltados, devido sua necessidade e importância, que podem ser usadas como estratégias de produzir saúde de maneira diferente.

Na minha prática com a capoeira, trabalhei a ginga da capoeira, alguns movimentos, músicas e coreografias, tudo de acordo com suas possibilidades e limitações. Uma das coisas que me chamou atenção foi a musicalidade, os usuários adoram, cantam, brincam, talvez pelo fato de serem músicas que os remetem à infância (cantigas de roda e ciranda). Sempre agradeciam e eu percebia a satisfação no olhar de cada um, “professor obrigado, lembrei da minha época de menina”. Outro ponto positivo da capoeira é que ela traz outras manifestações que atualmente não são tão utilizadas, a exemplo do samba de roda, maculêlê, puxada de rede, etc. Inclusive, foi realizada uma oficina de maculêlê, com garrafas pet, e foi muito bacana.

Na nova transição de turma 2018/2019, eu percebi uma forte resistência por parte dos profissionais das EqsF em relação ao grupo, tinham as mesmas alegações

das turmas anteriores, sendo que estes se propuseram a fazer, a contribuir, pesquisar, e essa turma nova foi mais resistente. A redução drástica do número de participantes no grupo “pode” ser reflexo dessa resistência, o que pode estar associado no fazer da prática, não procurar diversificar as atividades. Talvez isso seja resultado da carência de matriciamento ou da falta de entendimento do que são as PC, sua importância e potencialidade na vida dos usuários.

### **7.1 Minha vivência com as PC no NASF-AB e em outros espaços da saúde enquanto professor de Educação Física e Capoeirista**

Como professor de Educação Física integrante do NASF, a missão de prevenir agravos e promover saúde se torna ainda mais desafiadora, a sensação é de “nadar contra a maré”, pois apesar de estarmos imersos nesse modelo hegemônico instituído, lutamos para reproduzir um modelo de saúde que entenda a singularidade do sujeito e seus aspectos biopsicossocial, tentando minimamente avançar contra o padrão medicamentoso, embora não o negando totalmente.

Vieira et al. (2010) enfatiza que valorização dos aspectos físicos, cognitivos e sociais envolvidos na melhoria da qualidade de vida dos usuários junto à equipe multiprofissional do NASF, ampliando a abrangência da atenção básica com responsabilidades para as ações de atividade física/práticas corporais é o que justifica o profissional de EF nesses espaços.

O mapeamento das ofertas de PC no território também é previsto nas atribuições do NASF. Enquanto residente, realizei esse mapeamento juntamente com a minha equipe do NASF no território das USFs que apoiávamos. No que diz respeito a cultura corporal da capoeira, descobrimos o Mestre Petróleo, que é um dos percussores da capoeira em Camaçari, também descobrimos o Mestre Ismael que inclusive foi discípulo do mesmo e faz um belíssimo trabalho com capoeira e outras práticas corporais na APAE de Camaçari. Além disso mapeamos outros equipamentos e práticas no território, como: academias, aulas de zumba, atividades na base da Polícia Militar e Associação de moradores, escolinha de futebol, dentre outros. Identificando esses personagens no território, fizemos a articulação dos mesmos com o grupo de práticas corporais em Nova Aliança, trazendo assim algumas dessas práticas para os usuários.

A minha vivência com a capoeira é por um longo período, já tive experiência em ministrar aulas por um tempo, tanto na minha cidade, Queimadas, como em Santa Luz, uma cidade vizinha. Portanto, sei do potencial educativo, social, cultural, lúdico, físico e psicológico que a capoeira possui.

Embora as atividades tenham como base a capoeira, não é a capoeira propriamente dita, com seus golpes, saltos, ou treinamentos exaustivos. A capoeira no SUS é utilizada de forma lúdica, alguns chamam de Capoterapia, Capoeira lúdica, Brincadeira de Capoeira, enfim, usando os elementos básicos baseados na ginga, cantigas, alguns movimentos, instrumentos, etc.

De acordo com Sardinha et al (2010), capoterapia é uma variação da capoeira que utiliza alguns dos seus elementos em atividade física orientada para idosos. Sua musicalidade proporciona descontração e resgata a memória do folclore nacional. A atividade trabalha a ressocialização, melhora a coordenação motora, a força muscular, a autoestima e diminui a depressão. Embora na citação aborde o público idoso, pode ser adaptada para qualquer faixa etária, existe uma pluralidade enorme que se encaixa perfeitamente em todos os ciclos de vida.

Minha prática com a capoeira ainda foi mais além, foi para outros espaços além da AB, colaborando em ações: do Setembro amarelo na UBS da Gleba E, com a temática da ansiedade e depressão; no Estágio Eletivo no CAPS II Orla em Abrantes com as Práticas Corporais; com o grupo de Redução de Danos do CAPS AD na praça de Piaçaveiras com a temática do Novembro azul/negro, enfim todas as experiências na minha ótica foram exitosas. Queria dar um destaque pra a ação do Novembro azul/negro com esse grupo. Iniciei com uma ladainha, música da capoeira que não se joga, só ouve, nela é contada uma história, algum fato ocorrido, por um algum Mestre ou algum personagem, em determinado período da escravidão, e aí refletimos a letra problematizando as questões de consciência étnico raciais e de saúde da população negra.

#### MINHA PELE É NEGRA (CANTIGA DE DOMÍNIO PÚBLICO)

Minha pele é negra  
como é negra a própria noite  
eu trago as marcas dos açoites  
por onde o sangue jorrava  
meu braço é forte  
como era forte o tronco  
onde o negro fraco e bronco  
amarrado lamentava  
hoje eu sou livre  
mas não posso esquecer  
que pra livre hoje eu ser , meu deus  
muita gente já morreu  
não é revolta  
nem lembrar do que passou  
na vida tudo se esquece  
e o tempo já apagou  
mas é  
que nas noites de tristezas  
quando o meu berimbau chora

parece que é mesmo agora  
eu ainda posso escutar  
um soluço, um lamento  
um barulho de corrente  
ai me dá vontade de chorar  
no tempo do cativo / quando o senhor me batia...  
eu rezava pra nossa senhora, ai meu deus  
como a pancada doía...

Essa cantiga retrata por si o sofrimento do negro que perpetua até hoje, de forma diferente, mas presente! A condução do grupo foi muito bacana, pois alguns já tinham praticado capoeira o que facilitou a ação, ajudaram a tocar, cantar, foi um dia de excelência.

Enfim, a Capoterapia como uma oferta enquanto Prática Corporal nas USFs e outros locais da rede em saúde já é uma realidade, tornou-se um instrumento de prevenção e promoção à saúde como prevê a PNPS, proporciona o fortalecimento de vínculos, sentimento de pertencimento, estimula a autonomia, socialização, bem estar físico e mental de quem o prática.

## **8. SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA (R2) ESTÁGIOS E SUAS FACETAS.**

A estrutura e desenho da Residência funciona em dois momentos: no primeiro ano (R1) os residentes ficam imersos na assistência e no apoio às unidades e no segundo ano (R2) circulam nos estágios (Gestão, Eletivo e Redes), sendo que os residentes se revezam entre os três, alguns na gestão, outros em eletivo e outros nas redes de atenção à saúde.

Durante o meu R2 surgiram novos campos de estágios que até então não existiam, como o Apoio Distrital (AD) onde fiquei alocado, e o Gabinete da Sub Secretaria de Saúde. Camaçari tem o território dividido por regiões, de acordo com os novos modelos estruturais, recentemente em 2019, surge a tentativa e iniciativa da implantação do Distrito Sanitário (DS).

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS no município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceituais e operacionalmente importante; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. O processo, portanto, de construção/implantação de DS, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, isto é, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social. Os elementos substantivos a serem

trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, segundo Mendes, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho (ALMEIDA,1998)

Na definição do nosso campo de estágio, foi realizada por meio de sorteio, não somos nós que escolhemos. Os residentes foram divididos em 4 grupos, sendo assim fiquei no Grupo 3, perpassando por essas etapas: primeiro pelo estágio na Gestão (Apoio Distrital Sede), sendo a primeira turma a vivenciar, porém praticamente não funcionou, logo, fiquei fazendo outras funções no Departamento de Atenção Básica (DAB); segundo, fui para o estágio Eletivo no CAPS 2 (Centro de Atenção Psicossocial) Orla, localizado em Vilas de Abrantes, o qual foi bastante produtivo e significativo; e por fim o estágio de Redes no CER II (Centro Especializado em Reabilitação) onde existiam vários entraves que por sua vez limitou a nossa produtividade, mas foge da nossa competência. Por tanto, irei abordar minha experiência no Estágio Eletivo, onde foi o espaço que, em particular, eu achei mais proveitoso e exitoso, sem querer desqualificar os outros espaços.

O estágio eletivo teve duração de sete semanas e é de escolha do residente, podendo este ser realizado em qualquer campo que dialogue com a saúde pública, cabendo ao residente observar, avaliar, refletir e intervir no espaço sob orientação da pessoa de referência no estágio, de forma que essa vivência possa agregar à sua experiência profissional.

O CAPS, onde realizei meu estágio eletivo, é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Presta apoio a usuários e família na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento, com projetos que muitas vezes ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (Brasil,2004).

A equipe multiprofissional do CAPS é composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, Professor de Educação Física, nutricionista, artista plástica, terapeuta



ocupacional, assistente social, dentre outros. O funcionamento do CAPS é de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h. Possui boa estrutura física, recepção, consultórios de atendimentos climatizados, espaços terapêuticos significativos, farmácia, salas para oficinas, cozinha, banheiros, enfim, uma área espaçosa para o bom funcionamento e andamento das ações. Além disso, eram realizadas várias atividades terapêuticas como: yoga, musicoterapia, Lian Gong e meditação, oficinas de corte e costura, Oficina de cinema, jogos, karaokê, desenho, dança, teatro, dentre outros. O CAPS também disponibiliza almoço e lanches para os usuários, de acordo com o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Ao chegar fui apresentado ao fluxo do serviço, onde o atendimento pode ser por demanda espontânea ou encaminhamento de outros pontos de atenção da rede de saúde ou intersetorial, acolhendo usuários adultos que tenham transtornos graves persistentes que comprometam sua autonomia e funcionalidade. Esses usuários passam pela “ambiência”, uma espécie de “recepção”, e é um termo específico desse CAPS, e em seguida são encaminhados para o acolhimento.

O CAPS apresenta contextos distintos, que requerem uma maior ampliação do conhecimento extrínseco à prática da Educação Física, porém, ele se faz em perspectivas da saúde mental. Diante desse processo, tomei conhecimento do funcionamento da instituição, dos fluxos, atividades terapêuticas, ambiência, acolhimento, visita domiciliar e toda a rotina da instituição.

Fui oportunizado a acompanhar minha apoiadora de núcleo da residência também nesse espaço, com ela realizei alguns atendimentos de escuta qualificada e acolhimento e também Visitas Domiciliares. Pude observar minuciosamente as abordagens, nas quais percebi que dependia muito do indivíduo, da patologia e do momento em que o indivíduo se encontra. Alguns enfoques foram mais incisivos, “duros”, outros mais tranquilos, enfáticos, diretivos, para que desenvolvesse uma relação de corresponsabilização, no intuito de que eles se percebam, também, como agentes de sua própria saúde e do seu auto cuidado. Uma das coisas que percebi bastante forte foi a dificuldade dos usuários manterem o uso da medicação de forma regular, toda vez que o quadro apresenta melhoras, estabilidade do quadro psíquico, eles “relaxam” e param de fazer o uso da medicação e das demais terapêuticas, o que acaba atrapalhando e agravando o tratamento, e muitas vezes até retornando às crises. Isso acaba fugindo da governabilidade dos profissionais e muitas vezes acontece por que alguns perdem a autonomia ou negligencia dos familiares.

Na minha experiência em relação às Práticas Corporais vividas em ambos os espaços, da Atenção Básica e da Atenção Especializada (CAPS), percebi que os usuários possuem dificuldades nos movimentos corporais bem parecidos, porém com características peculiares. Enquanto que na AB, os usuários, por serem na sua grande maioria pessoas de meia idade, e com alguns problemas preexistentes que os limitam fisicamente, possuem também enrijecimento corporal, problemas ortopédicos, dificuldades de coordenação, dentre outros, já os usuários do CAPS também possuem as mesmas limitações, porém por motivos diferentes, pois existe a questão dos efeitos das medicações, à cronificação dos sintomas naqueles com longo tempo de adoecimento, associadas ao psicossocial, que deixam seus corpos travados “rígidos”, inseguros, medrosos, tornando um fator limitante para esse público, o que é muito desafiador.

Alguns espaços/atividades do CAPS são abertos à comunidade, não se limita somente aos indivíduos em tratamento, a exemplo das práticas corporais, como Yoga, Grupo de Práticas Corporais e Lian Gong. Convivi com usuários em todas as situações, desde altamente medicados, até um caso em surto, no momento de uma prática corporal, e isso me fez desmistificar a questão do medo com relação ao usuário que frequenta esse espaço, pois o mesmo participou da atividade momentaneamente dentro de suas limitações e logo se retirou sem ameaçar a integridade física de outrem, fantasia que permeia o imaginário popular, inclusive dos trabalhadores da saúde, os quais associam o transtorno mental à violência, fato que não encontra amparo nas pesquisas e estudos sobre o tema.

Vivenciar essa fase específica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi muito importante, pois apesar do pouco tempo, tive a chance de conhecer e experimentar mais um campo, o da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial. Isso me faz refletir o quão é importante e potente a inserção da mesma nesses espaços, no cotidiano das pessoas, no tratamento de doenças, na prevenção, na saúde mental, na educação, no esporte, no lazer, na saúde em geral. No que tange à prática corporal, que não deixa de ser também um espaço terapêutico, percebo a importância daquele espaço para eles, são momentos que eles interagem bastante, socializam nas atividades lúdicas, brincam, conversam, o que proporciona bem-estar biopsicosocial, e, conseqüentemente, pode estar associado desde questões metabólicas à produção e liberação de hormônios promovendo esse ambiente saudável e alegre.

Encerrando o ciclo nesse espaço, organizamos um passeio conduzindo 17 usuários para conhecer a praia e a Aldeia Hippie de Arembepe, num magnífico passeio para que pudessem desfrutar do mar, da paisagem, contato com a natureza, respirar

novos ares. Para finalizarmos avaliamos o momento deixando eles a vontade para falarem o que sentiram e surgiram vários relatos como “nunca tinha ido à praia”, “foi o melhor passeio da minha vida”, “lembrei da minha infância” ... foi muito emocionante e gratificante, pois justifica ainda mais que essas pessoas devem interagir cada vez mais, e não ficarem confinadas e privadas de outros espaços, o que propõe a própria Reforma Psiquiátrica e a ressocialização dos indivíduos.

Foi uma experiência ímpar, sempre em construção com a apoiadora, mediando o grupo de caminhada, yoga, práticas corporais, inclusive a capoeira que também foi uma marca forte naquele espaço. Foi muito gratificante, principalmente no quesito ao vínculo, pois é uma das maiores conquistas e desafios estimular o indivíduo a manter seu tratamento, sem interrupções.

Esse momento foi diferenciado, foi um período curto, porém intenso, construí fortes relações afetivas, das senhoras dos serviços gerais (espetaculares), vigilantes, recepcionista, e a todo técnico corpo da instituição. E a pessoa que me deu todo suporte nesse processo, meu respeito e admiração pelo compromisso, dedicação, postura, seu protagonismo, seu destaque diante de outras profissões “hegemônicas”.

## 9. CONCLUSÃO

Diante de perguntas e respostas, aprendizados e experiências, a saúde da família foi uma escola na minha vida. Enquanto “dilema”, Campo e Núcleo, o que falta na verdade é nos entendermos como “profissionais de saúde”, sem se apegar ao seu saber específico, estarmos abertos, dispostos, disponíveis e motivados a fazer tudo que é preconizado nos documentos que norteiam o SUS e, conseqüentemente, a Atenção Básica. Pois ao adentrar o programa, argumentamos que na graduação não temos esse saber, mas durante o aprendizado o adquirimos e reproduzimos os mesmos relatos e condutas. Portanto, no dia que superarmos essas facetas de campo e núcleo, de certa forma isso acabará se tornando um “falso dilema”.

Entre dificuldades, conflitos, limitações, o aprendizado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família me proporcionou, na prática, vivenciar a saúde de forma ampliada. Hoje entendo a importância do trabalho educativo em saúde, como promoção e prevenção aos agravos e como uma forma potente de produzir saúde, e a dificuldade de trabalhar em equipe de forma multi e interdisciplinar. Como o campo da EF é vasto, levo comigo esses novos olhares para todos os espaços onde poderei atuar, levo essa experiência para a vida.

Em meio a uma rotina desgastante, dificuldades de deslocamento de uma cidade para outra, diariamente, conflitos internos e externos, problemas pessoais durante esses dois anos na Residência, não foi fácil, de certa forma acabou interferindo no meu processo de aprendizagem. As memórias ficam, porém cabe a mim, selecionar o que me faz bem e esquecer mágoas ou ressentimentos. Afinal toda dificuldade nos tornam mais fortes! A luta por um SUS melhor apenas começou! “Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro, ano passado eu morri mas esse ano eu não morro...” (BELCHIOR).

## REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, E.S. et al. Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998. (Série Saúde & Cidadania)

ANDRADE, A.M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias: *Epidemiol, Serv. Saúde*, Brasília, 23(1):165-175, jan-mar 2014

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12 no.2. Rio de Janeiro, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União, Edição 183, Seção 1, Página 68, de 22 de Set de 2017

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea - Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 28, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 27, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004

CAMPOS, Gastão. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999

CARVALHO, Fábio; NOGUEIRA, Júlia; Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciências & Saúde Coletiva*, 21(6):1829-1838, 2016

HORI, Alice; NASCIMENTO, Andréia; O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em Guarulhos (SP), Brasil/ *ciência & saúde coletiva*, 19(8):3561-3571, 2014

SARDINHA, S. S. *et al.* Capoterapia: elementos da capoeira na promoção do bem-estar do idoso. Relato de caso. *Com. Ciências Saúde*. 2010;21(4):349-354

SILVA, A. L. F. *et al.* EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SOBRAL-CEARÁ: DESENHANDO SABERES E FAZERES INTEGRALIZADOS; *SANARE*, Sobral, v. 8, n.2, p.63-72, jul/dez.2009

VIEIRA, P.P; REIS, N.A; SANTOS, M.C.S; A Inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, Ji-Paraná, v.1 n.2 p41-52, set./out. 2010