

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Janaína da Silva Dolores

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR
(PIM): INTEGRALIDADE E EDUCAÇÃO FÍSICA (EFI)**

Porto Alegre

2014

Janaína da Silva Dolores

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR
(PIM): INTEGRALIDADE E EDUCAÇÃO FÍSICA (EFI)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharela em Educação Física.

Orientador: Luiz Fernando Silva Bilibio

Porto Alegre

2014

Janaína da Silva Dolores

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR
(PIM): INTEGRALIDADE E EDUCAÇÃO FÍSICA (EFI)**

Conceito Final: _____

Aprovado emde.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alex Branco Fraga - UFRGS

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio - UFRGS

RESUMO

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública do estado do Rio Grande do Sul, com participação de varias secretarias e coordenação da área da saúde. Este programa busca atender gestantes e crianças de 0 a 5 anos completos, que vivem em situação de vulnerabilidade social. O presente estudo se caracteriza como um trabalho qualitativo e exploratório, sendo configurado como um relato de experiência: um tipo de estudo que permite expressar situações conflitantes vivenciadas. No período total de nove meses de estágio, fiz um recorte de quatro meses onde registrei semanalmente a minha rotina de trabalho em forma de Diários de Campo. É parte destes registros que apresento neste Trabalho de Conclusão de Curso, visando interagir e produzir alguns sentidos sobre dimensões do trabalho da educação física no campo da saúde e na perspectiva da integralidade da atenção. Ele ocorre a partir do que vivenciei no PIM podendo anunciar importantes elementos para *práxis* da educação física na saúde. Destaco a importância do profissional de educação física ter uma percepção ampliada sobre a saúde: tendo sensibilidade e habilidade para trabalhar em equipe; saber interagir com diferentes profissionais de áreas de conhecimentos e interagir com pessoas em distintas situações de hierarquia para participar da construção de respostas mais resolutivas aos desafios da produção da saúde.

Palavras-chave: integralidade; primeira infância: desenvolvimento integral; educação física; saúde coletiva.

RESUMEN

El Programa Primeira Infância Melhor (PIM) es una política pública del estado de Rio Grande do Sul, con la participación de los distintos departamentos y la coordinación de la asistencia sanitaria. Este programa pone al servicio de las mujeres embarazadas y los niños de 0-5 años completos, que viven en situación de vulnerabilidad social. Este estudio se caracteriza como un trabajo cualitativo y exploratorio que se configura como un relato de experiencia: un tipo de estudio que permite expresar experimentado situaciones conflictivas. En total de prácticas de nueve meses, hice un recorte de cuatro meses, donde grabé mi rutina semanal de trabajo en forma de diarios de campo. Es parte de estos registros que presento esta obra de finalización del curso, con el objetivo de interactuar y producir algunos sentidos acerca de las dimensiones del trabajo en el campo de la educación física y la salud desde la perspectiva de la atención integral. Se produce a partir de lo que he experimentado en el PIM puede anunciar elementos importantes para la praxis de la educación física en la salud. Destacando la importancia de la educación física tener una percepción más amplia de la salud: tomar la sensibilidad y la capacidad de trabajar en equipo; saber cómo interactuar con profesionales de diferentes áreas de conocimiento e interactuar con la gente en diferentes situaciones de jerarquía para participar en la construcción de la solución de respuestas a los desafíos de la producción de la salud.

Palabras clave: exhaustividad; infancia primera: desarrollo general; educación física; salud colectiva.

Listas de Siglas

ACSS - Agentes Comunitárias de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil

CELEP - Centro de Referência Latinoamericana para La Educación Preescolar

EFI - Educação Física

ESEF - Escola de Educação Física da UFRGS

ESF - Estratégia da Saúde da Família

GTE - Grupo Técnico Estadual

GTM - Grupo Técnico Municipal

PIM - Primeira Infância Melhor

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O QUE É O PIM	11
3 O TRABALHO DO VISITADOR.....	14
3.1 MINHA EXPERIÊNCIA NO PIM	14
4 INTEGRALIDADE NO PIM E A EDUCAÇÃO FÍSICA.....	17
5 METODOLOGIA.....	20
6 RELATOS.....	22
6.1 RELATO DAS REUNIÕES DE EQUIPE	22
6.2 RELATO DO CASO ZULMA	22
6.3 RELATO DO CASO ROBERTO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Em março de 1997 a Educação Física (EFI) foi reconhecida, no âmbito das políticas públicas de saúde, como uma profissão de ensino superior da área da saúde. Tratou-se da resolução 218 do Conselho Nacional de Saúde e com isso acabou se juntando a outras profissões como a Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia dentre outras. Desde então, a EFI vem aumentando a cada ano a sua presença no Sistema Único Saúde (SUS), tendo participação de profissionais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBSs), além de outros espaços do sistema.

Paralelamente a este processo, no primeiro semestre de 2012 surgiu o meu interesse na área da saúde Pública, através do estágio curricular obrigatório da Escola de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este estágio foi realizado no Residencial Terapêutico Morada São Pedro. O interesse pela área da saúde também foi despertado pelos conteúdos aprendidos nas disciplinas de Organização do Sistema de Saúde no Brasil, Educação e Promoção da Saúde e Práticas Corporais na Rede de Atenção Básica em Saúde, inseridas na reforma curricular da escola ocorrida no mesmo ano. Antes disso, não havia tido contato com essa temática, fato este enfrentado também por GOLDSCHMIDT FILHO (2013) que relata que não havia disciplinas obrigatórias com essa temática e sim apenas uma disciplina eletiva de tópicos especiais (Educação Física Especial em Saúde Pública) que não era oferecida em todos os semestres.

No início de 2014 surgiu a possibilidade de realizar o estágio não obrigatório, no Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Este estágio ocorreu em um município da região metropolitana de Porto Alegre e nele fui exercer a função de visitadora. Este programa é uma política pública do estado do Rio Grande do Sul, que atende gestantes e crianças de 0 a 5 anos que vivem em situação de vulnerabilidade social, conforme a Lei Estadual nº 14.594 de 8 de setembro de 2014.

Os atendimentos ao público alvo são realizados pelos visitantes (estudantes de nível superior e médio/técnico das de diversas áreas como da Assistência Social, Educação e Saúde, dentre outras), através de visitas domiciliares e atividades grupais realizadas em um espaço cedido pela comunidade onde o programa está inserido uma vez por semana.

Durante a realização do estágio no PIM vivenciei situações que havia pouco estudado no curso de EFI, com relação às necessidades básicas de saúde interligada a uma visão mais ampliada do próprio processo saúde-doença. Nos meus atendimentos tinha que passar determinadas atividades às crianças e aos cuidadores (mãe ou responsáveis) para realizarem juntos, visando o desenvolvimento integral das crianças.

Entretanto, às vezes os meus atendimentos iam além das atividades propostas por mim. Ocorria a necessidade de escutar e dialogar com as famílias sobre suas necessidades relativas às suas condições de vida. Conversa que sempre exigiam sensibilidade e qualidade da minha escuta; aspectos ainda muito novos e que carregavam certa angústia. Nesta direção, surgiam algumas dúvidas de como proceder com as informações trazidas por elas. Eram questões, problemas que durante a minha graduação foram pouco discutidos. Na grande parte das vezes estas situações também tinham implicação com o funcionamento da integralidade na rede de serviços de saúde e de outros setores. Uma complexidade bastante desafiadora.

Deste modo, o trabalho no PIM implicou, de um lado, em superação das minhas dificuldades decorrentes da falta de conhecimento sobre a saúde numa visão mais ampliada e, de outro lado, de participar do trabalho em uma equipe do PIM, juntamente com os outros profissionais da rede intersectorial de serviços do município. Um processo e uma engenharia para dar respostas resolutivas às necessidades que surgiam diariamente ao visitar as famílias que eu atendia.

O presente estudo tem como objetivo interagir e produzir alguns sentidos sobre dimensões do trabalho da educação física no campo da saúde e na perspectiva da integralidade da atenção. Ele ocorre a partir da suspeita de que o que vivenciei no PIM pode anunciar importantes elementos para *práxis* da educação física na saúde

A estrutura deste trabalho de conclusão começa com uma descrição do Programa PIM; sua criação, seus objetivos, sua metodologia, bem como, aspectos da sua estrutura de funcionamento. Na sequência, apresentarei alguns ângulos da dinâmica de trabalho que realizava como visitadora do programa Primeira Infância Melhor. Em seguida será explicitada a metodologia que configura o estudo no tipo relato de experiência. Mais adiante serão apresentados dois relatos de atendimentos realizados por mim, nos quais tive que contar com o apoio da equipe do PIM e dos profissionais da rede de serviços. Por fim, desenvolvo uma análise de alguns elementos presentes nestas experiências e que me parecem importantes para a atuação da Educação Física na saúde e na perspectiva da integralidade da atenção.

2 O QUE É O PIM

O Programa PIM foi implantado no Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2003 e por meio da Lei Estadual nº 12. 544/06 de 03 de Julho de 2006 torna-se uma política pública. É Coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde, sendo inspirado pelo projeto cubano *Educa a tu Hyjo*, do Centro de Referência Latinoamericana para La Educacion Preescolar (CELEP), de caráter intersetorial e comunitário, e contando com a participação decisiva da família, visando a promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 anos de idade (SCHENEIDER; RAMIRES, 2007).

O objetivo do PIM é orientar as famílias a partir de sua cultura e experiências para promover o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação. Para isso as famílias são orientadas pelos visitantes a realizarem atividades lúdicas específicas (brincadeiras com jogos, leitura de histórias infantis, construção de brinquedos de sucata, dentre outras atividades) envolvendo as áreas cognitiva, motora, linguagem e socioafetiva. Contudo, para promover o desenvolvimento integral da criança com êxito é preciso ter um olhar ampliado sobre as condições de vida das famílias dessas crianças e gestantes, saber de suas necessidades e angústias, e com isso buscar o apoio da rede de serviços para promover bem estar destes coletivos. Conforme Moro (2012) o PIM é um:

programa intersetorial e interdisciplinar, pois envolve vários setores entre educação, saúde, cultura, ação social, entre outras, e interdisciplinar por ser composto e estruturado por vários profissionais, cada um contribuindo na sua área de formação tornado o programa com um perfil diversificado.(MORO, 2012, p. 13-14).

Segundo a Secretaria Estadual da Saúde do Rio grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2007), o PIM é estruturado pelo Comitê Gestor, Grupo Técnico estadual (GTE), Grupo Técnico Municipal (GTM), Monitores e Visitadores. O Comitê Gestor é responsável pelas atribuições político-institucionais do programa. O GTE é responsável pela Coordenação estadual do Programa, ou seja, tem a função de Planejar, capacitar, monitorar e avaliar

a execução e os resultados alcançados pelos municípios, bem com articula a rede de serviços estaduais.

O GTM é responsável pela coordenação municipal do Programa e, deste modo, planeja, monitora, avalia as ações desenvolvidas, seleciona e capacita monitores e visitantes, identifica as famílias para atendimento e articula a rede de serviços do município. Os profissionais deste grupo são formados pelas áreas afins do programa e com representação nas Secretarias Municipais da Saúde, Educação, Assistência Social entre outras que também podem integrar o Programa.

Os Monitores orientam e planejam as ações dos visitantes, desenvolvendo capacitações, acompanhamento e avaliação do trabalho desde junto às respectivas famílias, realizando também a interlocução dos visitantes com o GTM e com a rede de serviços. Os Digitadores têm a responsabilidade de alimentar dos dados ao Sistema de Dados Estadual do Programa de acordo com as informações preenchidas pelos Visitadores nos formulários apropriados.

Os visitantes planejam e realizam o atendimento domiciliar e grupal às famílias, conforme a metodologia do programa. Minha função no programa era exatamente esta (visitadora) e em função da sua centralidade a este trabalho, esta função será mais detalhadamente descrita.

Segundo o Guia de Orientação para o GTM, Monitor e Visitador (RIO GRANDE DO SUL, 2007), os atendimentos realizados pelos visitantes ao público alvo do PIM ocorrem através das modalidades de atenção Individual e Grupal.

- **Modalidade Individual:** A sua execução está destinada às famílias com crianças de 0 a 2 anos e 11 meses de idade, bem como às gestantes vinculadas ao Programa. Nesse contexto, as atividades e orientações elaboradas pelo Visitador são oferecidas às famílias, dirigindo-se sempre e primeiramente aos cuidadores para que esses então desenvolvam o trabalho proposto com suas crianças, permitindo a consolidação do vínculo familiar e o comprometimento dos pais para com seus filhos. A duração é de aproximadamente uma hora, contemplando três momentos

fundamentais: o momento inicial, com a retomada da atividade anterior e orientação da atividade do dia; o segundo momento, com a execução da mesma e, o terceiro momento, com a avaliação e orientação para o desenvolvimento da(s) atividade(s) durante a semana.

- **Modalidade Grupal:** Esta modalidade é dirigida às famílias com crianças de 3 até 6¹ anos de idade, bem como às gestantes, sendo realizadas uma vez na semana para as crianças e uma vez no mês para as gestantes. A modalidade é desenvolvida em locais como: associações comunitárias, salões paroquiais, parques infantis, ambientes espaçosos das próprias casas, entre outros. O objetivo é auxiliar de maneira positiva o desenvolvimento da gestação e das crianças, socializando-as, além de orientar as famílias para que continuem motivando as crianças com os conteúdos do Programa em suas próprias casas.

Além dessas modalidades de atenção, também são realizadas visitas de acompanhamento das famílias, que tem como objetivo orientar os familiares do público alvo sobre como realizar as atividades, como utilizar objetos da vida cotidiana para brincar com a criança; como elaborar alguns materiais didáticos, bem como identificar o nível de satisfação das crianças, de seus familiares e gestantes em relação ao Programa.

¹ Em setembro de 2014, com a Lei Estadual nº 14.594, fica alterado o limite de idade das crianças para participação do programa; antes era seis, agora passa para cinco anos de idade.

3 O TRABALHO DO VISITADOR

Antes de começar o trabalho na comunidade, os visitantes passam por uma capacitação específica de 60 horas, onde são abordados vários assuntos relacionados à primeira infância (desenvolvimento integral); informações do programa; sobre a rede de serviços do município e da comunidade onde o programa vai ser instituído. Além disso, também ocorre uma oficina de confecção de brinquedos com sucata. Os profissionais envolvidos na preparação ou na palestra dessa capacitação são de diferentes áreas de conhecimento, ou seja, há um trabalho em equipe multiprofissional do município, visando o suporte aos visitantes que irão à comunidade. Uma preparação necessária em função das duras realidades de lugar com grande vulnerabilidade social.

No caso do município onde atuo a identificação das famílias com gestantes e crianças (0 a 5 anos de idade) ocorre primeiramente por meio de mapeamento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) da Unidade Básica de Saúde - Estratégia da Saúde da Família (UBS-ESF) de referência da comunidade. Outras formas de captar as famílias acontecem através de indicações de outras famílias que já estavam sendo atendidas pelo programa e-ou em abordagens realizadas na UBS-ESF de referência onde os visitantes explicam o programa como um todo.

Antes de começar a realizar a modalidade de atendimento com a criança ou gestante o visitante realiza um cadastro por meio do preenchimento de formulários. São obtidas informações da família, gestante ou criança e por último, uma testagem com indicadores de desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança. A partir desta testagem o visitante começa a planejar as atividades que serão realizadas semanalmente com as crianças.

3.1 MINHA EXPERIÊNCIA NO PIM

Quando comecei no início do ano, fiquei responsável junto com outra estagiária (estudante do curso de Assistência Social) pela elaboração dos planejamentos da modalidade grupal. Por ser uma estudante de educação

física, foi consenso entre as monitores e o GTM que eu deveria ocupar essa função. Na visão da equipe eu teria mais facilidade de planejar as atividades de desenvolvimento das crianças, devido aos conhecimentos obtidos na escola de educação física.

A carga horária do visitador é de 30 horas semanais. Minha agenda semanal estava organizada da seguinte maneira: ficava de segundas a quintas-feiras na comunidade em que mais atuei, fazendo os atendimentos as famílias e tendo como referência a UBS-ESF local. Nas sextas-feiras participava da reunião de equipe na Secretária Municipal.

Na modalidade Individual realizava a visita domiciliar nas casas das crianças uma vez por semana, com duração de 50 minutos à uma hora. Na modalidade Grupal os cuidadores levam as crianças para uma sala cedida pela coordenadora da UBS-ESF de referência, sendo que o atendimento era realizado de forma quinzenal com duração de 50 minutos à uma hora.

Segundo a metodologia do PIM a modalidade grupal tem que ser realizada uma vez por semana, mas no município onde atuo, ocorreu uma adaptação. Devido à criação do grupo de gestantes na UBS-ESF, as reuniões deste grupo foram agendadas no mesmo horário e dia da semana modalidade grupal das crianças. Com essa situação as atividades desses grupos passaram a ser quinzenal. Como eu era uma das responsáveis pelas atividades com as crianças (modalidades grupal e individual), não tive oportunidade de atender gestantes. Estas eram atendidas por outros visitadores que não estavam envolvidos com a modalidade grupal das crianças.

Interagir com as crianças e suas famílias e conhecer mais intensamente a realidade de vulnerabilidade social daquela comunidade implicaram rotineiramente em diferentes desafios de trabalho e aprendizagem. O encontro, as conversas com mães, avós e outros cuidadores muitas vezes exigia um tipo de atenção muito delicada na tentativa de compreender melhor aquela realidade. Cotidianamente eu estava diante de diferentes necessidades que surgiam: carinho, acolhimento, alimentação, higiene, serviços essenciais, cultura, lazer, enfim, uma infinidade de desafios que surgiam integradamente; uns misturados aos outros. Como estudante de educação física muitas vezes pensava que não iria conseguir manejar da melhor maneira aquelas situações.

Tratava-se do desafio de praticar a integralidade da atenção em saúde, ou ainda, de operar a integralidade na prática (Mattos, 2004).

4 INTEGRALIDADE NO PIM E A EDUCAÇÃO FÍSICA

Para ter noção da diversidade de visões acerca de integralidade, abaixo são apresentadas algumas delas.

A integralidade é um dos princípios do SUS e conforme a Lei Federal N° 8.080, de Setembro de 1990, a integralidade de assistência é estendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidades do sistema. Neste sentido, Cecílio (2006) trabalha a perspectiva de uma integralidade mais ampliada da atenção:

que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade de atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas de saúde e de sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é uma tarefa para um esforço intersetorial (p. 113-126).

No entanto Carvalho (2007) considera que a integralidade tomou outras dimensões ao longo dos anos:

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre estratégias de produção e saúde, a ampliação de escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, na dimensão individual e coletiva. Busca assim, deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e de seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde. Deste modo, implica em respeito e consideração das suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da própria organização do trabalho em saúde (p. 63-72).

Nesta mesma direção, Mattos (2004) apresenta três sentidos para esse termo:

um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se refere sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance

preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde (p. 1411-1412).

Entendo que os sentidos da integralidade identificados por Mattos (2004) também podem ser relacionados com a concepção de trabalho dos profissionais envolvidos no Programa primeira Infância Melhor. Como já foi dito anteriormente o PIM é um programa intersetorial e multiprofissional, pois seus profissionais estão comprometidos em compartilhar e agregar conhecimentos na busca de melhorar o bem estar das famílias que são atendidas pelo programa.

O visitador é a pessoa que vai estar em contato diretamente com as famílias realizando os atendimentos com as crianças e gestantes. Além disso, ele deve estar atento ao contexto das crianças, no que se refere às condições de saúde, educação, alimentação, moradia, saneamento básico, entre outros. Por isso o visitador tem um papel fundamental como elo, junto com o restante da equipe do PIM, entre as famílias e redes de serviços no município, dando informações e orientações de acesso aos serviços oferecidos pelo município; uma atitude que já deve estar presente desde o acolhimento inicial das famílias.

Durante os meus atendimentos tanto na modalidade individual quanto modalidade grupal, observava aspectos relacionados ao bem estar das crianças e de suas famílias. Como estudante de educação física não sentia muitas dificuldades na realização dos planejamentos e execução das atividades relacionadas às crianças, pois na escola foi o que mais aprendi a fazer. Em boa parte das disciplinas da ESEF era necessário realizar vários tipos de planejamentos. É claro que eu tinha que seguir a metodologia de planejamento das atividades das modalidades de atenção do PIM, mas isso não era problema. No início do estágio tive certo temor, porque não tinha experiência de trabalho com este público. Ao mesmo tempo, recebia auxílios dos monitores e dos próprios visitadores nas construções dos planejamentos quando era necessário.

Mas as dificuldades vinham mesmo quando determinadas demandas surgiam e eu não poderia resolver sozinha; quando precisava acionar a rede. A

defasagem de aprendizagem sobre o operar em rede não parece ser algo que aflige somente a área da educação física. Trata-se da desvalorização do SUS nas faculdades. Segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2012):

a consolidação dos princípios do SUS, passa necessariamente, pela mudança no processo de formação dos profissionais, pois ainda vigora, no ambiente formativo da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação, *lato* e *strictu senso*, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão de conhecimento, hierarquizado e verticalizado (p. 367-386).

De certa maneira, a condição deste ambiente formativo implicou em algumas dificuldades enfrentadas durante o estágio. Vi no próprio processo de trabalho que ocorreu a aprendizagem sobre como contar com e como acionar o apoio da equipe multiprofissional e também a rede intersetorial de serviços do município. Um trabalho em rede para que juntos tentássemos dar respostas para as famílias com relação as suas necessidades. Uma experiência de trabalho na perspectiva da integralidade que se tornou importante de ser relatada.

5 METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como um trabalho qualitativo e exploratório, sendo configurado como um relato de experiência; um tipo de estudo que permite expressar situações conflitantes vivenciadas.

Nas orientações dos Periódicos Eletrônicos de Psicologia (2014), são apresentadas sugestões para estruturação dos relatos de experiências profissionais nos quais a relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que neles se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica da área a qual pertence. Deste modo, a proposta neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é produzir algumas reflexões na direção destas considerações acima citadas sobre o uso de relatos em trabalhos acadêmicos. Ou seja, o que se pretende salientar nos relatos de experiência a serem apresentados, são acontecimentos que falam da importância das reuniões de equipe, do trabalho em rede, da comunicação entre os serviços e da necessidade da perspectiva da integralidade da atenção em todo o processo de trabalho do PIM.

Deste modo, os relatos buscam favorecer algumas análises sobre problemas da experiência relatada e que me parecem pertinentes à área da educação física e importantes desafios da produção do cuidado pautado pela ideia de integralidade. O ato de relatar aquilo que ocorreu comigo no PIM, pretende o compartilhamento de movimentos realizados no encontro com as crianças e famílias, nas reuniões de equipe e em rede. Um compartilhamento que pode colaborar à práxis da educação física na saúde.

No período total de nove meses de estágio, fiz um recorte de quatro meses onde registrei semanalmente a minha rotina de trabalho em forma de Diários de Campo feitos semanalmente. Este tempo foi estipulado a partir do começo da orientação deste TCC e que iniciou no mês de agosto do corrente ano.

Mais adiante serão apresentados alguns relatos relacionados à dinâmica de trabalho da equipe do PIM na qual eu atuei, visando o desenvolvimento integral das crianças e gestantes atendidas pelo programa e também da

relação deste trabalho com a EFI. Guardando preocupações com os procedimentos éticos de pesquisa, o presente estudo mantém em sigilo os reais nomes e localização dos serviços envolvidos, dos profissionais da rede de serviço, bem como, das crianças participantes do Programa. Neste trabalho são usados apenas nomes fictícios.

6 RELATOS

Os relatos apresentados a seguir estão relacionados com a dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional do PIM e também de duas crianças que são acompanhadas por mim.

6.1 RELATO DAS REUNIÕES DE EQUIPE

Quando surgem demandas relacionadas às crianças e gestantes e/ou com seus familiares, essas demandas são discutidas entre a equipe do PIM. Essas discussões ocorrem nas reuniões com equipe.

A reunião começa com os relatos dos visitantes dos atendimentos as famílias durante a semana e que precisam de algum tipo de encaminhamento relacionados à saúde, educação e assistência social. A equipe discute cada caso, mas nem todos os casos têm uma solução imediata. Algumas situações a resposta não foi produzida de maneira ágil devido a questões burocráticas ou de algum tipo de limitação dos serviços da rede. Estes fatos causam um sentimento de frustração na equipe, principalmente aos visitantes que estão semanalmente em contato direto com as famílias.

Quando as reuniões são realizadas somente com os visitantes e monitores, não são relatados os encaminhamentos da semana das famílias. Por isso são feitas outras atividades como planejamento da modalidade de atenção do público alvo, confecção de brinquedos de sucata e capacitações continuadas com profissionais da rede de serviços. Visando produzir mais alguns sentidos sobre essas questões, irei relatar dois casos de crianças que são atendidas pelo PIM em que teve ações de integralidade no cuidado da equipe do PIM e da rede de serviços.

6.2 RELATO DO CASO ZULMA

Faz algum tempo que acompanho Zulma; uma criança de quatro anos de idade. Acompanho desde a época em que ela era atendida por outra visitadora e que, junto comigo, éramos responsáveis pelos planejamentos da modalidade grupal. A família de Zulma é composta pela mãe e três irmãos mais

velhos e que vivem em numa pequena casa de três cômodos. Com problemas financeiros, o irmão mais velho de Zulma vive de *bicos*, já os outros irmãos só estudam (são menores de idade). A mãe batalha pelo sustento da família através de faxinas esporádicas e do benefício federal *Bolsa Família*. Mas a renda não é suficiente para suprir as necessidades básicas da família, tanto que a mãe de Zulma ainda depende financeiramente de seus pais.

Sabendo dessa situação a visitadora responsável pela Zulma encaminhou essa demanda para ser discutida na reunião de equipe. A monitora prontamente teve a ideia de entrar em contato com a Secretária de Assistência Social do município. Ela relatou essa demanda para um profissional da secretaria e este marcou uma entrevista com a mãe de Zulma na semana seguinte. Surgiu uma vaga de emprego. Porém, a mãe de Zulma não aceitou porque tinha que trabalhar nos feriados e finais de semana; nos sábados ela se dedicava as tarefas da igreja.

Na mesma época Zulma já estava participando da modalidade grupal e percebi, com o decorrer do tempo, que ela apresentava dificuldades de comportamento (muita agressividade, principalmente com a mãe quando era contrariada). A criança também apresentava alguma dificuldade na fala; falava pouco e enrolado. Num dos encontros da modalidade grupal Zulma chegou a morder o seio da mãe porque não queria ir embora para casa. Só se acalmou quando outra colega deu um pequeno caderno a ela. Depois disso, a mãe saiu chorando da sala com a Zulma no colo. A mãe de Zulma ficou tão envergonhada com a situação que não levou mais Zulma nos encontros da modalidade. Essa situação foi relatada na reunião de equipe. Nesta reunião fiquei sabendo, através dos relatos de outros visitantes, que a mãe da Zulma sofreu muitas dificuldades durante a gestação. Foi um quadro de depressão que, entre outros fatores, estava ligado ao fato de o pai de Zulma ter se negado a registrar o bebê em seu nome.

Nesta reunião ficou decidido que a visitadora responsável pela Zulma deveria orientar a mãe a levá-la ao acolhimento na UBS-ESF. A ideia era conseguir encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (Capsi) do território e realizar uma avaliação do caso. Ao mesmo tempo, em relação às dificuldades com a fala, no acolhimento da UBS também estava colocada a necessidade de avaliação de fonoaudiologia.

Dias depois, a visitadora responsável por Zulma realizou a tarefa dada pela equipe. Mas a mãe de Zulma não mostrava força de vontade para seguir as orientações da visitadora, porque estava num quadro de resignação com a sua situação de vida. A mãe acabou não procurando auxílio na UBS-ESF.

Alguns meses depois deste fato eu comecei a acompanhar Zulma mais de perto; passei a realizar as visitas de acompanhamento. Com a minha insistência através do dialogo convenci a mãe de Zulma a procurar a ajuda já indicada meses antes. Com isso houve uma retomada de ações do PIM para promover um cuidado maior com zulma.

Agora motivada, a mãe de Zulma procurou a UBS-ESF de referência e conseguiu um encaminhamento para uma consulta com uma fonoaudióloga. Peguei esse encaminhamento e entreguei para a monitora que prontamente encaminhou para uma representante do GTM para que esta marcasse a consulta. Em poucos dias a consulta com fonoaudióloga foi marcad numa outra UBS do município.

No mesmo dia da consulta com a fonoaudióloga, a mãe da Zulma conseguiu um encaminhamento para uma consulta com um neuropediatra. Levei este encaminhamento para uma representante do GTM que, na mesma semana, conseguiu marcar a consulta da neuropediatra no CAPSi de referência.

Segundo o relato da mãe da Zulma, a neuropediatra que a avaliou, disse que Zulma não precisaria ter um acompanhamento do CAPSi, porque ela não apresentava transtornos psicológicos graves e que deveria ser encaminhada para Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de referência. Dias depois uma profissional que trabalha na APAE entrou em contato com a mãe de Zulma para agendar uma avaliação. Depois dessa avaliação, ficou decidido que a Zulma deveria ser atendida pela APAE uma vez por semana.

Devido aos compromissos da mãe que está participando de um projeto social numa escola perto da casa dela no turno da tarde, a Zulma não está mais frequentando os encontros da modalidade grupal e que ocorrem no turno da tarde. Mas, mesmo assim, Zulma continuou sendo acompanhada por mim por meio das visitas de acompanhamento que realizava no turno da manhã.

6.3 RELATO DO CASO ROBERTO

Como sou responsável pela modalidade grupal, fiquei responsável de fazer o cadastro do Roberto; um menino de quatro anos de idade. Antes disso, Recebi algumas informações de outras visitadoras sobre as atitudes que ele tinha em relação aos seus familiares e pessoas estranhas. Também havia a suspeita que ele deveria ter algum problema na área cognitiva. Meses antes ele também havia começado a frequentar o CAPSi de referência uma vez por semana.

Quando comecei a atender Roberto, notei a mesma coisa que outras visitadoras observaram; havia uma suspeita de autismo. Conversando com a avó do Roberto (cuidadora), ela me disse que ele estava frequentando o CAPSi e que o único problema dele era efetivamente na fala. Nesta direção a avó achava que o tratamento que o Roberto estava recebendo no CAPSi não era eficaz e mostrava o desejo de interromper este tratamento e somente frequentar a modalidade grupal (que ela chamava de *escolinha*).

A minha postura neste caso foi orientar a cuidadora a continuar levando o Roberto nas consultas no CAPSi de referência e também levá-lo nos encontros da modalidade grupal. A aposta é que os dois tipos de estímulos iriam trazer benefícios ao desenvolvimento de Roberto. Por questões relacionadas à saúde da mãe e as constantes chuvas ocorridas no inverno (e que alagam a casa de Roberto), ele não pode ir às consultas semanais do CAPSi e, conseqüentemente, acabou perdendo a sua vaga e interrompendo o seu tratamento.

Numa das minhas visitas de acompanhamento na casa do Roberto, a avó admitiu que o Roberto pudesse ter autismo. Isso me permitiu conversar mais sobre o assunto. Antes deste momento, eu não falava para a avó sobre as minhas suspeitas sobre sintomas de autismo de Roberto. De alguma maneira percebia que não seria bem interpretada; estava esperando uma brecha para falar do assunto e felizmente ocorreu. Falei então para ela sobre a possibilidade de fazer uma investigação mais aprofundada sobre a saúde do Roberto, investigar se ele tinha somente um problema na fala ou mais alguma coisa. A avó se mostrou muito interessada nisso.

Na reunião da equipe do PIM levei essa demanda para uma representante do GTM, que prontamente ficou de na semana seguinte, ir à casa de Roberto para saber mais sobre o caso. Antes do dia da visita da representante do GTM, conversei com a mãe do Roberto sobre esta visita. Expliquei o objetivo e pedi para ela separar todos os documentos referentes ao histórico de encaminhamentos e consultas desde o nascimento de Roberto.

No dia da visita a mãe estava prontamente com uma pasta dos documentos de Roberto e quando a representante do GTM chegou, a mãe começou a relatar todo o histórico médico do filho. E foi neste momento que descobri que o Roberto realmente tinha o diagnóstico de autismo infantil; a mãe apresentou um atestado diagnóstico que comprovava esta condição.

Essa informação era desconhecida para mim, pois eu tinha mais contato com avó; até então minha referência sobre Roberto. Desde então, comecei a ter maior contato com a mãe de Roberto, principalmente depois que ela foi demitida do serviço e ficou com mais tempo para cuidar dos assuntos relacionados ao Roberto.

Logo após a visita, a representante do GTM fez fotocópias de toda documentação encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde. Na semana seguinte a mãe recebeu uma carta da mesma secretaria onde deveria comparecer com o Roberto no CAPSi de referência para passar por uma nova avaliação. Depois da avaliação ficou decidido que o Roberto iria retornar o tratamento uma vez por semana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da reformulação curricular da ESEF-UFRGS em 2012 não tive nenhum contato com o tema da saúde pública. Logo após ter realizado um estágio obrigatório e ter algumas disciplinas relacionadas com o SUS, inseridas depois da reforma curricular, tive a oportunidade, no início de 2014, de estagiar no programa PIM no município da grande Porto Alegre. Lá vivenciei situações que havia pouco estudado nas disciplinas da faculdade mesmo as que são relacionadas ao SUS. Tive certa preocupação com a minha falta de preparo no início do estágio para poder encarar a realidade de uma comunidade vulnerável socialmente.

Mesmo que minha função fosse – num certo sentido – somente estimular o desenvolvimento integral das crianças, percebi que necessitava ter um olhar ampliado em relação às condições de vida e à dinâmica cultural da comunidade, bem como, das relações familiares dessas crianças para, efetivamente, trabalhar na perspectiva da integralidade. Além disso, tinha que ter a sabedoria e a sensibilidade em escutar e dialogar de forma acolhedora com as famílias sobre suas necessidades e angústias sem fazer nenhum tipo de julgamento moral ou impor noções do que é certo ou errado.

Na minha função de visitadora tinha contato semanal com as famílias, por isso, eu deveria ser o elo entre as famílias e a rede de serviços. Essa vivência me proporcionou a experiência de trabalhar em equipe. Pude aprender na prática a interagir por meio do diálogo e escuta com profissionais de diferentes hierarquias, áreas de conhecimento e escolaridades; todos envolvidos direta ou indiretamente ao programa e com objetivo de promover uma integralidade de atenção às famílias atendidas.

Também tive que desenvolver a sensibilidade de saber que não adianta chegar às casas das crianças com o planejamento de uma atividade todo esquematizado e ficar fixado a ele, quando as famílias estão passando por algum tipo grave de necessidade ou sofrimento (fome, violência no lar, falta de saneamento básico, entre outros problemas). Dificilmente a atividade lúdica orientada, ou a atividade física, ou ainda as práticas corporais, quando impostas num momento inapropriado, irão promover soluções às demandas das famílias. Entendo que este entendimento vai ao encontro do pensamento

dos autores Bilibio e Damico (2011), quando problematizam que a atividade física, por si só, não resolve os problemas relacionais humanos e as condições de vida dos indivíduos.

Ao mesmo tempo, constato que no meio acadêmico existem vários trabalhos que enaltecem a atividade física como promotora de saúde. Suspeito que esta visão reduz a saúde a uma dimensão que não leva em consideração as singularidades dos sujeitos praticantes de atividade física, como também não considera suas situações de vulnerabilidade social.

Com relação ao relato da reunião de equipe descrito neste trabalho, entendo que ele indica uma busca pela integralidade da atenção, sendo que nesta reunião são debatidas as demandas das famílias, mas que alguns casos não têm uma solução imediata de suas necessidades. Tal situação por muitas vezes causa vários sentimentos de frustração, impotência e indignação entre a equipe, mais principalmente entre os visitantes que estão em contato direto com as famílias.

Entendo que os relatos apresentados das duas crianças, revelam a dimensões da integralidade da atenção em sua prática. Foram cenas com a presença de vários profissionais engajados na busca em dar respostas mais resolutivas possíveis às famílias daquelas crianças. Porém, em alguns momentos necessitei ser enfática com a equipe do PIM, para conseguir os agendamentos das consultas das crianças com a devida rapidez. Circunstâncias nas quais meu comportamento foi estranho para mim mesma. Um estranhamento que convivi com uma satisfação, por exemplo, quando levei uma representante do GTM à casa de uma das famílias para efetivamente se interar do caso. Movimento que proporcionou a retomada da criança às atividades no CAPSi, semanas depois desta visita.

Considero essa experiência de estágio realizado no PIM como um aprendizado, porque enfrentei situações fora da minha realidade acadêmica como estudante de educação física. Uma falta de conhecimentos prévios que esteve presente como tensão de trabalho, mas mesmo que – agora consigo perceber – limitou muito pouco minhas ações como visitadora. Isso porque no dia a dia eu estava implicada, com o trabalho, inserida numa equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimentos e que – juntos – agregávamos e compartilhávamos nossos saberes. Além do trabalho em

equipe teve acesso a informações sobre o funcionamento da rede de serviços do município, algo importante para quem vai atuar na área das políticas públicas ligadas ao SUS.

Na perspectiva da integralidade, acredito que o profissional de educação física que for trabalhar nessa área, tem que ter uma percepção ampliada sobre a saúde, ou seja, trabalhar com indivíduos com suas singularidades e subjetividades e não como objetos, mas para dar conta disto, o profissional tem que ter sensibilidade e habilidade para trabalhar em equipe. Ao mesmo tempo, ele irá depender (e necessitar) do trabalho em rede; saber interagir com diferentes profissionais, com pessoas em distintas situações de hierarquia para participar da construção de respostas mais resolutivas aos desafios da produção da saúde. Todos esses aprendizados fizeram muito sentido para mim. Sentidos que talvez também tenham relevância ao próprio encontro da educação física com o SUS. No caso desta minha suspeita ser pertinente, entendo que está anunciada aí uma importante e inusitada agenda de estudos, trabalhos e aprendizagem para a área da educação física.

REFERÊNCIAS

BILIBIO, L.F.S.; DAMICO, J.G.S. Carta a um jovem professor. **Cadernos de Formação RBCE**, p. 92-103, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218**, de 6 março de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080/90** – Lei Orgânica da Saúde, 19 de setembro de 1990.

CARVALHO. Y. M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Ed. Rio de Janeiro, 2006.

FRAGA, A.B; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012.

GOLDSCHMIDT FILHO, F. **O estágio curricular de educação física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** um relato de experiência sobre o processo de aprendizagem em serviço. Monografia (Graduação em Educação Física). Porto Alegre: Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

MATTOS. R. A. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004.

MORO, F.C.B. **Atuação do visitador do programa primeira infância melhor no município de Uruguaiana-RS.** Monografia (Especialização em Administração). Itaquí: Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

PERIÓDICOS ELETRÔNICOS DE PSICOLOGIA. Sugestões para os relatos de experiência profissionais. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicope/pdf1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 12.544/06**, de 03 de Julho de 2006. Institui o Programa Primeira Infância Melhor – PIM, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual n° 14.594**, de 08 de Setembro de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual Da Saúde do Rio Grande do Sul: **Conhecendo o Programa Primeira Infância Melhor – PIM**. Contribuições para políticas na área do desenvolvimento infantil. Porto Alegre, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Guia para orientação para GTM, monitor e visitador**. Porto Alegre, 2007.

SCHENEIDER. A.; RAMIRES. V. R. apresentando o PIM. In:____. **Primeira infância Melhor**: uma inovação em política pública. Brasília: UNICEF, 2007. [p.51].