

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Educação Física na Estratégia de Saúde da Família: Relato de Experiência
sobre as atividades na Unidade de Saúde da Família Rincão.**

Guilherme dos Santos Torres

Porto Alegre

2011

Guilherme dos Santos Torres

**Educação Física na Estratégia de Saúde da Família: Relato de Experiência
sobre as atividades na Unidade de Saúde da Família Rincão.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Escola de Educação Física da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para graduação em Educação Física.
Orientador: Prof. Alex Branco Fraga.

Porto Alegre

2011

*Dedico este estudo aos trabalhadores da Estratégia de Saúde
da Família e famílias do Rincão.*

SUMÁRIO

1. Apresentação do Relato	06
1.1. Justificativa	08
1.2. Objetivo Geral	08
1.3. Objetivos Específicos	08
1.4. Apanhado Geral	09
1.4.1. Saúde = Integralidade, cuidado, acolhimento, escuta...	12
1.4.2. Entendendo a Unidade e a Equipe	15
1.4.3. A USF Rincão	16
2 Metodologia	19
2.1. Intervenção propriamente dita	20
3. Discutindo a Experiência	30
4. Discutindo a Graduação	33
5. Conclusão	38
6. Referência	40
7. Apêndice	45
7.1. Apêndice A – Fotos	45

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde oferece ao usuário atendimento cuidador pelas práticas integrais. A oferta de uma assistência universal, equânime e integral caracteriza nosso Sistema Único de Saúde (SUS), e para usufruir dessas ofertas é preciso transpor a porta de entrada do sistema. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da família (USF) retratam este portal na atenção primária, sendo a segunda resultante das reformulações de conceitos derivados da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A Educação Física é recente nesse cenário, por isso, passa a ser importante construir relatos de experiência que permitam mostrar de que forma o graduando desta área se aproxima e se envolve com os usuários e com a equipe de saúde, já que o acadêmico, em função das características dos serviços de saúde pública, tem poucas oportunidades de vivenciar e refletir sobre um campo de atuação emergente para os profissionais de Educação Física. Algumas estratégias têm procurado aproximar os estudantes dos diferentes campos da saúde dos serviços de atenção básica por meio de programas específicos. Um exemplo disso é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, desenvolvido a partir do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, implantou o PET-Saúde/Saúde da Família – UFRGS-SMS, que oferece a oportunidade de interação entre o corpo acadêmico e equipe profissional de saúde. Foi neste contexto que me inseri e passei a centrar meus esforços acadêmicos no desenvolvimento de trabalhos junto a uma USF. O objetivo do estudo é refletir sobre a atuação de um monitor de educação física em uma USF localizada em Porto Alegre. Para isso produzi a apresentação de um breve relato das atividades e das experiências relacionadas à vivência. Para construir as análises presentes neste relato de experiência, fiz um Diário de Campo para o registro das atividades, que foi usado como principal ferramenta para a exposição e análise das experiências, além disso, recorri a documentos que traziam dados sobre a história e características da referida USF, registros fotográficos, além do constante diálogo com a equipe de saúde e a comunidade. Entre as tantas questões abertas pela experiência lá desenvolvida, uma ganhou mais evidência para mim: os *locais em potencial* para as atuações e *divulgação das atividades* dos grupos de educação e saúde na comunidade, bem como a *rede de interesses* na qual estão envolvidos o SUS, a ESF e a Educação Física. Percebi ao longo da vivência a extrema importância do usuário na estruturação do trabalho em equipes da saúde da família, pois a jornada teve como principal objetivo a convivência com a comunidade. Entretanto, faltou um convívio mais estreito com os moradores, desfavorecendo, assim, a prática integral. Por fim, concluí que o cotidiano e a convivência com a comunidade me levaram a entender a enorme carga de responsabilidade social na qual está inserido um profissional da área da saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública, Educação Física, Estratégia da Saúde da Família

1. Apresentação do Relato

A formação oferecida pela Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEF/ UFRGS) oferece ao acadêmico uma gama de oportunidades em diversas áreas de atuação: clubes, academias, escolas, praças públicas, serviços sociais, empresas entre outras. Contudo, parece que o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual todo cidadão tem direito ao acesso, ainda não faz parte do cenário de práticas de formativas oferecidas por esta escola, talvez pelo engajamento recente da educação física nos serviços públicos de saúde, ou mesmo pelo fato desta graduação, devido à sua composição curricular, ter poucas atividades de ensino capazes de abranger conteúdos mais específicos para contemplar de forma mais ampla assuntos como saúde pública e coletiva.

Durante minha jornada acadêmica percebi que muitos dos meus colegas de curso finalizaram sua graduação sem ao menos experimentarem conteúdos e práticas do campo da saúde pública e coletiva. Em meu caso foi diferente, tive a oportunidade de atuar no cenário da atenção primária, devido à um projeto de pesquisa e extensão oferecido pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2010, a partir do mês de Maio, comecei as intervenções na Estratégia da Saúde da Família (ESF) com Educação Física no território Rincão/Belém Velho, no posto de saúde local, no município de Porto Alegre. As intervenções ocorreram devido ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) do Ministério da Saúde. O PET-Saúde foi desenvolvido a partir do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, implantou o PET-Saúde/Saúde da Família – UFRGS-SMS. Inserido na Estratégia de Saúde da Família, atuei junto à equipe de saúde de moradores do território do Rincão como monitor. No início éramos apenas dois monitores de Educação Física, entretanto no decorrer do ano de 2010 já éramos seis monitores (dois da Educação Física, dois da Enfermagem e dois da Psicologia). Participaram também professores da Universidade como tutores, e

profissionais de saúde da Unidade como preceptores. Registrei oito meses de vivência na Estratégia de Saúde da Família Rincão, e com isso pude escrever e refletir sobre minha atuação como estudante de Educação Física, os locais disponíveis no Rincão para as intervenções, a importância da divulgação de nossas ações na comunidade e sobre as redes de interesses na qual estão envolvidos o SUS, a Estratégia de Saúde da Família e a Educação Física. A descrição dessa vivência no presente estudo, mostra minha interação como acadêmico de educação física na atenção primária, e tenta transmitir um olhar particular sobre o SUS bem como os atores que o apropriam: os usuários, a equipe de saúde da família e estudantes universitários (futuros profissionais).

As palavras usuário, integralidade e cuidador funcionam como fio condutor da construção deste relato, pois através delas procuro evidenciar a importância do atendimento pelas práticas integrais oferecidas aos usuários da ESF. Os trechos abaixo ilustram a essência da experiência, carregada de algumas dúvidas, críticas e inquietudes trazidas de minha experiência com Educação Física na saúde pública e coletiva.

“[...] o usuário é o sujeito social incorporado na construção do conhecimento e na produção da saúde” (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 26).

“[...] a integralidade do cuidado não é uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas, mas sim necessita do reconhecimento e da valorização do encontro único entre as pessoas, que se processa no necessário convívio do ato cuidador” (DA ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 29).

1.1. Justificativa

O relato de experiência é algo que permitiu minha aproximação com os usuários, mas fundamentalmente, se justifica como um trabalho de conclusão de curso mais autoral, pois tive a oportunidade de refletir de modo mais consistente não apenas sobre uma parte de minha formação, mas pude fazer um fechamento de tudo o que vi ao longo de uma trajetória. Pude rever as aprendizagens realizadas e percebi o que poderia ter sido mais trabalhado. Também é uma forma de fazer uma retrospectiva sobre o que passou com vistas a projetar novos desafios.

1.2. Objetivo Geral:

Refletir sobre a atuação da educação física na Unidade de Saúde da Família Rincão, principalmente no grupo de educação e saúde Qualidade de vida, bem como apresentar um breve relato dessas atividades e, ainda, mostrar outras experiências relacionadas a esta vivência.

1.3. Objetivos Específicos:

- Apresentar a Unidade de Saúde da Família (USF);
- Descrever as características e particularidades da USF Rincão e sua Equipe de Saúde da Família;
 - Relatar as diversas experiências com a equipe e comunidade no território da USF;
 - Relatar sobre os grupos de educação e saúde, em especial o Qualidade de Vida;
 - Relatar sobre outras experiências, como Visitas Domiciliares (VDs), caminhada pelo território com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), intervenção nas Escolas, no Serviço de Apoio Sócio Educativo (SASE) e Creche;

- Discutir sobre locais em potencial para as atuações e divulgação na comunidade;
- Discutir sobre a integralidade no atendimento;
- Discutir sobre a atuação da Educação Física na ESF.

1.4. Apanhado geral

Implantado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, porém efetivado em 1992 com a formulação de lei orgânica, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume uma identidade transformadora quanto à atenção à saúde e direitos sociais. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferece à população brasileira atendimento universal e integral desde esferas mais simples às complexas de serviço. Nas esferas de serviço, algumas competências são ofertadas pelo SUS, como: consultas, exames e internações, campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária.

Antes da criação do SUS, que completa 20 anos em 2008, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2011).

Os princípios de descentralização, acessibilidade, equidade e integralidade no acesso e atendimento de serviços, além da participação e controle social por usuários, reafirmam a vocação universalista do sistema.

Para que esta vocação universalista se efetivasse na prática, foram criados programas inovadores no quais a pluralidade das profissões vinculadas à área saúde opõe-se à configuração médico-centrada, com claro incentivo a atuação multiprofissional. Com a crescente expansão nos últimos anos, a política de saúde no SUS conta com equipes pluridisciplinares trabalhando em uma lógica de atenção

e cuidado, possibilitando a prevenção, a manutenção e a reabilitação na saúde do usuário, procurando qualificar o atendimento através da escuta.

Tanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são as principais portas de entrada do SUS. Através delas é ofertado ao cidadão “a promoção de saúde, prevenção de doenças, acidentes e outros agravos, além da atenção curativa e de reabilitação” (ANDRADE et al, 2001). As unidades devem atender uma demanda universal, equânime e integral, ou seja, capazes de ofertar um atendimento cuidador de maneira que o encaminhamento para serviços especializados e internações ocorram apenas em casos mais complexos. Neste contexto surge a Estratégia da Saúde da Família (ESF), sintonizada com os princípios do SUS, reorganizando o modelo de atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dentro desta perspectiva, acrescenta-se junto às UBSs uma nova composição de unidade que passa a ter sob a lógica da ESF, a Unidade de Saúde da Família (USF), que se diferencia da UBS principalmente pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde:

Tem o objetivo de ser resolutiva, com profissionais capazes de identificar e propor intervenções as problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes, e a partir destes, promover hábitos de vida mais saudáveis, estimulando alimentação adequada, atividade física, o autocuidado como o domicílio e com ambiente (ANDRADE et al, 2001, p.138).

As USFs representam o *Programa de Saúde da Família* (PSF) criado em 1994, hoje convertido em ESF. Tal denominação advém da troca de um *programa* - o qual passa uma idéia de algo provisório - para uma *estratégia*, expressão que denota um caráter de permanência para uma política de saúde. O Ministério de Estado da Saúde cita que “considerando a transformação do PSF em uma estratégia

de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros.”(Brasil, 2011). É comum vermos as siglas “ESF” denominando a Unidade de Saúde da Família, pois a palavra estratégia abrange algo maior do que paredes de tijolos. Incorpora a sistematização e aplicabilidade no contexto de uma política de atenção básica à saúde. O importante é a percepção dos significados e competências dessas siglas no processo de consolidação dos objetivos do SUS, de forma a “melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, através de uma reorganização das bases da prática à saúde, modificando o modelo tradicional ao levar a saúde para perto da família” (Machado, 2007).

O breve trecho abaixo corresponde ao primeiro dia de intervenção na USF Rincão no dia 10 de Maio de 2010.

Primeiro dia como efetivados no PSF Rincão, depois de muita burocracia. [...] conversamos com nossa preceptora sobre algumas propostas de atividades, tanto de sua parte como de nossa parte. Também falamos com os agentes comunitários, explicamos a importância e necessidade de caminharmos junto a eles (Diário de campo 10 de Maio de 2010).

Nossas intervenções (quando coloco “nossas”, refiro-me a minha colega de universidade e a mim) foram possíveis por estarmos inscritos como monitores bolsistas no *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde* (PET-Saúde), “[...] regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação” (Brasil, 2011). Participam do programa professores de universidade (tutores), acadêmicos (monitores) e profissionais das equipes de saúde (preceptores). Na página virtual do Ministério da Saúde do Governo Federal (<http://portal.saude.gov.br>), encontramos a definição:

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação. Cada grupo PET-Saúde/Saúde da família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes - sendo 12 estudantes monitores, que

efetivamente recebem bolsas - e 6 (seis) preceptores. (BRASIL, 2011).

Constantemente há um diálogo entre monitoria, preceptoria e tutoria (principalmente com os dois primeiros, pois encontram-se na USF), necessário para dar rumo à vivência na realidade da *Atenção Primária em Saúde* (APS). Compete ao monitor de forma geral, experimentar–refletir-agir no contexto da comunidade junto à equipe de saúde; ao Preceptor, guiar o monitor e inseri-lo neste contexto. E ao Tutor, organizar e nortear a trajetória do graduando. São atribuições definidas por mim, quando refleti sobre os três cargos, considero tais definições muito objetivas, mas condizem com meu olhar sobre as funções de cada uma desses três atores. A conversa entre os três é essencial para um *feedback*, revelando para cada um os erros, acertos, idéias e angústias. Tudo isso deve ser digerido e exprimido para um bom andamento da convivência nas intervenções.

1.4.1. Saúde = Integralidade, cuidado, acolhimento, escuta...

Conceituar saúde significa imergir em um universo complexo de ideologias e processos históricos. Para entender a saúde no contexto deste relato, primeiramente entrei de corpo e alma na ESF depois procurei situar-me na atenção primária. Em seguida obtive algum conhecimento geral sobre saúde pública, para só então entender um pouco melhor o significado da palavra saúde. Foi necessário para a construção de meu conhecimento sobre saúde utilizar quatro ferramentas conceituais, são elas: a integralidade, o cuidado, o acolhimento e a escuta.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, na dimensão individual e coletiva, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (CARVALHO, 2007, p.66).

Vejamos nas linhas acima a escuta e o acolhimento como componentes de uma prática integral, nas quais os usuários contam de certa forma suas histórias de sofrimento, havendo assim uma ligação forte entre usuário e profissional de saúde. O envolvimento entre os dois atores é necessário, por isso é necessário um olhar sensível capaz de compreender e criar estratégias de resolução para tal sofrimento, caracterizando profissionais com olhar ampliado, que além do domínio técnico especializado também estejam aptos a trabalharem em equipe e que atendam nos serviços de saúde de forma mais humana. De forma simples, humanizar o atendimento poderia ser o saber acolher “[...] aqui no sentido de estar atento às pessoas, de trabalhar ouvindo seus desejos e necessidades e, ao mesmo tempo, orientá-las e encaminhá-las de modo a atendê-las para além do imediato” (CARVALHO, 2007, p.65). Esta mesma autora afirma que cuidado pode ser entendido como “a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com intuito de conquistar uma qualidade de vida maior” (CARVALHO, 2007, p.65).

Sobre a integralidade, pode-se entender como direito da pessoa em ser tratada como sujeito e não como objeto, e que a mesma possa ter acompanhamento preventivo e assistencial. Acrescenta-se a importância das individualidades e necessidades de cada pessoa, cada história, e a forma na qual uma equipe deve construir projetos terapêuticos adequados para cada contexto.

No artigo *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)* Mattos (2004) busca compreender a integralidade a partir de três conjuntos de sentido: o primeiro aplicado a características de políticas de saúde, o segundo relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e o terceiro voltado para atributos das práticas de saúde. No decorrer do texto o referido autor ilustra a importância da atenção básica e suas ações, justamente porque ela se encontra no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e também à prevenção e assistência. Mattos (2004) segue com a diferenciação entre lógica assistencial e lógica da prevenção, a qual a primeira retrata uma *demandas espontânea (a assistência vincula-se a uma experiência individual de sofrimento)*, já a segunda antecipa a primeira ou a experiência individual de

sofrimento e sugere que a mesma é ofertada pelos profissionais de saúde. Ainda, chama a atenção para a compreensão de um contexto específico entre membros da equipe de saúde e pessoas em uma intervenção, de forma a aliar o conhecimento técnico às necessidades assistenciais e de prevenção, reforçando os princípios da integralidade exercitados através de um *olhar atento, capaz de aprender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro*. Por fim, mostra que a defesa da integralidade é a defesa das práticas em saúde no SUS em que *profissionais de saúde se relacionam com sujeitos, e não com objetos*, de forma a incluir ações como aconselhamento e práticas de educação em saúde. Também a importância do diálogo para a construção de projetos de intervenção capazes de verificar as necessidades de ações e serviços de saúde (Mattos, 2004).

Evidentemente que o sentido de saúde não se restringe aos conceitos de integralidade, cuidado, escuta e acolhimento, porém facilitam a compreensão dos princípios que a sustentam. A palavra saúde no Brasil tem o significado de lutas e transformações de processos como exemplo o movimento pela reforma sanitária na década de 1970 e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Desde então, buscou-se a ressignificação de valores e acesso aos direitos comuns à população, contrapondo o modelo biológico e evidenciando a humanização nas práticas caracterizada por uma atenção integral. Alguns autores conceituam saúde como uma vitória contra a morte social (Luz, 2003, p.116) ou como um processo de saúde/doença intimamente ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura (Arouca, 2002), ainda que:

(Saúde é) A resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986)

A palavra saúde é resultante de sentidos que se constroem na formulação e reformulação de conceitos. A realidade e cultura do Brasil formatam esses conceitos, que atravessam décadas e acolhem sentidos contextualizando fatos e

acontecimentos de cada época. Tempos em tempos nossos valores mudam e temos novas aspirações, acontece o mesmo com o conceito de saúde, que de bem estar físico e mental reorganiza-se para bem estar social.

1.4.2. Entendendo a Unidade e Equipe

Cabe aqui o relembramos o significado e a diferença entre as siglas UBS e USF de forma a contextualizar a equipe de saúde, caracterizando-a nessas diferentes unidades, salientando a importância e atribuições em um sentido geral.

Uma equipe de saúde da família (ESF) é composta, no mínimo, por um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. E todos integrantes da ESF precisam trabalhar em regime integral, 8 horas por dia, cumprindo 40 horas por semana. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas de uma determinada área (Brasil, 2001).

O trecho acima se refere a uma Unidade de Saúde da Família, na qual o regime da Estratégia da Saúde da Família opera. Diferencia-se de uma Unidade Básica de Saúde pelo número de profissionais, sendo a diferença crucial a presença dos agentes comunitários de saúde, os quais se encontram somente em uma USF.

Julgamos adequado o uso da expressão mínimo (quando se refere à montagem das equipes), pois as unidades também podem contar com um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Quanto ao número de famílias, é estabelecido um número máximo de moradores por território, porém muitas moradias são frutos de apropriação de terrenos (invasão), e não estão cadastradas legalmente, assim o número de famílias na realidade é maior do que o número que se tem registro legal. Na USF Rincão isso procede, pois é um local onde ocorrem constantes invasões.

Sobre a equipe de saúde, principalmente de uma USF de forma geral atribuímos aos profissionais ações desafiadoras, isso porque a estratégia de saúde da família inova a maneira de assistência enfatizando a prática integral.

A lógica e as dimensões incluídas nesse modelo fortalecem a idéia de que “lidar” com a saúde requer uma antecipação aos riscos, prática integral, intra, inter multidisciplinar e multiprofissional, já que esse universo de conhecimento dificilmente será dominado por um único “super” profissional [...] Atenção integral, ou seja, a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 23).

Neste apanhado geral pincelei alguns termos ou conceitos um pouco distantes no momento para uma leitura inicial sobre uma equipe de saúde da família, porém ao retratar a experiência na USF Rincão, a familiarização ou até mesmo a simplificação nas descrições se tornam freqüentes quando extraio linhas de meu diário de campo (uma das ferramentas de pesquisa). Em um primeiro momento um breve histórico sobre a unidade em questão, e logo em seguida a parte metodológica do estudo aproximaram no meu entender conceitos teóricos da uma prática, ou intervenção propriamente dita.

1.4.3. A USF Rincão

Para caracterizar A USF Rincão, baseio-me nesta seção em um documento¹ do Hospital Divina Providência. O conteúdo refere-se ao Programa de Saúde da Família na unidade.

Havia uma Unidade Construída na Vila Rincão, demanda do Orçamento Participativo da Comunidade 2005 e 2006 e estava sem atendimento de saúde. A população mobilizou-se participando nas reuniões do Conselho Distrital e Municipal pressionando a abertura desta Unidade implantando o Programa de Saúde da Família. Foi viável a oferta de serviço do hospital neste contexto e no dia 28 de setembro de 2006 foi assinado o convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a instituição filantrópica Divina Providência, a qual ficou responsável por aderir a uma unidade básica e duas equipes de saúde.

¹ Documento do Hospital Divina Providência, Porto Alegre RS 2009, sobre: Programa de Saúde da Família, 2010. Consultado em 20 de Maio de 2011.

A USF Rincão, hoje opera com duas equipes de saúde da família, cada uma delas com: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários. São denominadas de Equipe I e Equipe II, sendo que elas respondem aos territórios I e II, respectivamente. A divisão em territórios compreende Vila Rincão I (território I) e Sertão II (território II), Bairro Belém Velho. Subdivide-se o Rincão I em cinco Micro Áreas (MA) com 22 ruas e 877 famílias num total de 3248 pessoas. Já o Sertão II em: 4 MA com 22 ruas 863 famílias num total de 2815 pessoas.

O Bairro Belém Velho faz parte da grande periferia de Porto Alegre, mas com uma característica peculiar com áreas ainda verde e rural. É comum encontrarmos famílias advindas de outras áreas de risco da cidade de Porto Alegre. Retratam a região as famílias pobres, desempregadas e subempregadas, resultando em baixa qualidade de vida e saúde. Por outro lado, famílias bem estruturadas economicamente com áreas amplas de terrenos e sítios, também compõem o local.

A unidade da Saúde da Família do Rincão, assim como todas as unidades, pauta-se pelas seguintes demandas:

- ❖ *Atendimento à família de forma globalizada;*
- ❖ *Atendimento com enfoque domiciliar para conhecer a realidade da família, possibilitando a cobertura mínima de 80%;*
- ❖ *Garantir a assistência personalizada dos casos mais crônicos e idosos com dificuldades de deslocamento até a Unidade. Utilizar a sala de espera como um espaço para trabalhar questões educativas e preventivas;*
- ❖ *Realizar grupos com a mesma problemática de saúde, para desencadear um processo de auto-ajuda;*
- ❖ *Organização de mutirões de saúde nas escolas, creches, Igrejas na comunidade para trabalhar questões educativas e preventivas de saúde;*
- ❖ *Criar grupos de idosos, grupos de prevenção de saúde com problemáticas de hipertensão, diabetes, saúde da mulher, de gestantes, de adolescentes, terapia coletiva;*

- ❖ *Atendimento humanizado e global, servindo de referência tanto para diagnóstico precoce de doenças bem com o tratamento;*
- ❖ *Mudanças de hábitos e cuidados com a saúde para prevenir doenças;*
- ❖ *Desenvolvimento de uma consciência crítica sobre o que consumimos e o cuidado com a preservação do meio ambiente;*
- ❖ *Realização do cadastro com todas as famílias atendidas durante o ano;*
- ❖ *Visitas domiciliares com cobertura no mínimo de 80%;*
- ❖ *Acompanhar e assessorar o Programa de Saúde da Família do Rincão em parceria com a Prefeitura intensificando o atendimento com a família e grupos;*
- ❖ *Promoção de mutirões de Saúde educativos e preventivos de saúde nas escolas, centros sociais estabelecendo parcerias com as Secretarias do Município e Estado concretizando a assistência da Família conveniados com Secretaria Municipal de Saúde e Centros de comunidades de baixa renda da região;*
- ❖ *Mudanças de hábitos e cuidados com a saúde para prevenir doenças;*
- ❖ *Desenvolver uma consciência crítica sobre o que consumimos e trabalhar a preservação do meio ambiente;*

2. Metodologia

Trata-se de um trabalho Qualitativo de cunho descritivo baseado em minha vivência na USF Rincão atuando com Educação Física pelo PET-Saúde. Assumi o método do Relato de Experiência, pois ele é um gênero literário que permitiu tornar central minha história formativa, onde pude contar sobre a trajetória de minha vivência. Usei o Diário de Campo para o registro das atividades, também a aquisição de dados sobre história e características da USF, registros fotográficos, além do constante diálogo com a equipe de saúde e comunidade, como ferramentas para a transcrição das intervenções no grupo de saúde e educação Qualidade de Vida, e outras atividades não menos importantes.

Adotei, no presente estudo, uma linha descritiva e reflexiva. E para traçar um paralelo com o referencial teórico, reforcei o texto com trechos do diário de campo a fim de comparar e refletir com o produzido na prática. O diário de campo foi o instrumento necessário para registro e transcrição da experiência nas intervenções, nele foram anotados os fatos e sentimentos mais relevantes no meu ponto de vista. Terá forma descritiva com anotações transcritas do diário para o estudo. Os trechos extraídos foram escolhidos sem critérios, porém condizentes com a construção teórica que se formou ao longo do trabalho.

Registrei no diário de campo as datas 10 de Maio de 2010 e 13 de Dezembro de 2010 como o início e o fim das atividades no ano respectivamente. O diário possui 35 páginas escritas e 52 datas registradas. Atuei como bolsista Monitor pelo PET-Saúde, junto com uma colega, também monitora cursando educação física, mais quatro bolsistas (dois monitores acadêmicos de enfermagem e dois da psicologia). Além desses, acadêmicos de estágios obrigatórios da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS) e da Rede Metodista de Educação do Sul (IPA), do curso de enfermagem, atuavam frequentemente na USF, porém sem vínculos obrigatórios e responsabilidades conosco, os “*petianos*”. Salvo que, mesmo

sem vínculo, atuamos muitas vezes juntos e a contribuição foi mútua e de grande valor para este estudo.

Durante o ano houve troca de um dos monitores de educação física (no caso, uma colega por outro colega), e a chegada de novos monitores petianos na USF. Os monitores PET–Saúde da educação física atuavam às segundas e quartas feiras; os da enfermagem, quartas e sextas feiras e os monitores da psicologia, segundas e quintas feiras, todos no turno da tarde. Monitores da medicina estavam registrados para a sexta feira pela manhã, porém, não obtive contato, nem mesmo os vi. Ilustro abaixo comentários sobre os petianos:

A ótima notícia do dia foi a chegada de mais acadêmicos no posto. [...] Os horários da educação física ficaram bem adequados, pois em duas tardes encontraremos a psicologia e enfermagem (Diário de Campo 14 de Junho de 2010.)

De forma resumida o método usado foi descrição da *Intervenção propriamente dita*, segue abaixo:

2.1. Intervenção propriamente dita

Nesta parte divido um breve relato em duas partes: Na primeira descrevo as atividades propostas de acordo com as seguintes questões: no Grupo Qualidade de vida especificamente *o que é o Grupo de Educação e Saúde Qualidade de Vida? O que é feito no Qualidade de Vida? Como nós petianos nos preparamos para o grupo?* Na segunda parte apresento um olhar mais abrangente e alternativo referente às *Outras Atividades*: Visitas Domiciliares (VDs), caminhada pelo território com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuação nas Escolas, SASE e Creche .

O que é o Grupo de Educação e Saúde Qualidade de Vida?

CONVITE

GRUPO Qualidade de Vida

Você que está sem atividade no seu dia a dia venha participar do nosso grupo e seja mais feliz, tenha mais qualidade nas suas atividades, descubra o que faz bem para você e para a sua saúde.

Dia 09 de Junho, às 14 horas

Local:

Contamos com você!

Este convite apresenta o Grupo Qualidade de Vida (GQV), o qual fica registrado no diário de campo minhas ações nas datas de 12 de Maio até 17 de Novembro de 2010.

Lembro que a USF Rincão conta com duas equipes (EI e EII), que atendem territórios diferentes, cada um com suas particularidades, entretanto o GQV funciona em ambas, até os dias de hoje. Nas linhas abaixo apresento recortes do registro do grupo em seus primeiros dias de funcionamento em cada equipe (I e II, respectivamente):

Dia chuvoso, porém compareceram no total quinze pessoas, idosos em sua maioria. O grupo teve cunho informativo, isto é, uma conversa com a comunidade sobre o que é, e ouvindo o que eles entendem de qualidade de vida. Fizemos o cadastramento, isto incluía: nome, idade, peso, estatura, circunferência abdominal e circunferência de quadril, pressão arterial e patologias crônicas.

[...] realizei uma atividade uma atividade que incluía alongamento, mobilização articular e exercício de respiração.

O grupo propõe atividades relacionadas à qualidade de vida, através de idéias e sugestões da equipe e também dos usuários.

No início boa parte dos usuários parecia perdida quanto à proposta do grupo, mas no fim, com alguns depoimentos percebi uma certa empolgação e expectativa. Tomamos um chá e conversamos informalmente com alguns, isso ajuda para conhecermos as pessoas (Diário de Campo 12 de Maio de 2010).

Primeiro dia do grupo qualidade de vida agora proporcionado também pela equipe II.[...]. Aconteceu na paróquia localizada na Rua Honduras, o alongamento e a roda de chimarrão foram as atividades propostas. Iniciei o alongamento e depois sentamos e conversamos sobre a proposta do grupo e, principalmente, sobre tabagismo. Quatro mulheres estavam presentes (uma delas com seu bebê). (Diário de Campo 21 de Setembro de 2010)

De forma sistemática o GQV acontece todas as quartas feiras no horário das 14 horas em uma paróquia no território da EII, e em uma associação de moradores, paróquia, e asilo no território da EI. A diferença entre as duas equipes é a fixação do local, enquanto a EII foca em um local apenas, a EI faz um rodízio entre três lugares (um para cada quarta feira do mês) contemplando mais micro áreas (são divisões territoriais e cada agente responde a uma). As equipes possuem estratégias para adesão dos usuários diferentes, uma centralizada (EII) e a outra descentralizada (EI). As residências de dois moradores também foram utilizadas nos grupos, algo que aconteceu nas duas equipes.

Nesse dia conversamos também sobre as diferenças da equipe I e equipe II, o fato de apresentarem propostas diferentes. Apesar de dividirem o mesmo PSF, I e II não apresentam necessariamente a mesma programação para as intervenções. São duas equipes do mesmo PSF, porém independentes. (Diário de Campo 14 de Junho de 2010).

Geralmente as duas equipes sistematizam de forma semelhante o roteiro de andamento dos grupos, porém, curiosamente a EII inicia com a prática corporal, enquanto a EI finaliza. O chá simboliza a confraternização e é o ritual de fechamento de ambos os grupos.

O que é feito no Qualidade de Vida?

- 1) Triagem: preenchimento de um cartão onde constam os itens idade, medida da pressão arterial, peso, estatura, circunferência abdominal e circunferência de quadril;
- 2) Conversa sobre um tema específico;
- 3) Prática corporal.

Enumerei a sequência de ações no grupo, referindo-me à Equipe I. A triagem é feita corriqueiramente, o tema específico é escolhido pela demanda e interesses dos usuários (no caso de não sugerirem algo, a equipe propõe o assunto que é apresentado normalmente por um âncora – pode ser o médico, enfermeiro, técnico enfermagem, agente comunitário de saúde e ou acadêmico) e debatido entre todos os presentes. A prática corporal varia, porém resumiu-se na maior parte das vezes em dança e alongamento. Luz (2007) comenta sobre a importância da prática grupal de atividades corporais: “modos de viver socialmente agradáveis, resultantes da prática grupal de atividades corporais, podem alegrar e expandir a vida, pela partilha social de valores de convivialidade” (p. 13).

Abaixo escrevo em algumas linhas as passagens do diário que resumem a rotina de ações no grupo:

Sete pessoas participaram do grupo, esse dividido em três momentos. No primeiro momento fizemos a costumeira triagem, no segundo apresentei o peso ideal onde noções básicas de índice de massa corporal (IMC) e relação da cintura e quadril foram frisadas. No terceiro momento conduzi a dinâmica com exercícios de alongamento em sua maior parte (Diário de Campo 04 de Agosto de 2010).

Desta vez o ritmo foi o forró. Os participantes aprenderam passos básicos e dançaram em duplas. Fizemos também alongamento. Filmei alguns trechos. Fizemos um cartaz sobre a importância da qualidade de vida, fizemos em conjunto [...] (Diário de Campo 09 de Junho de 2010).

Como nós petianos nos preparamos para o grupo?

O GQV iniciou apenas com monitores de educação física, sendo que nossa preceptora era uma profissional de enfermagem, caracterizando uma preceptoria mista. Discute-se hoje no âmbito do PET-Saúde, sobre a possibilidade de uma preceptoria mista, porém ela já acontecia na USF Rincão, refletindo a carência de Educadores Físicos nas unidades de saúde. O que se tem no momento é a lógica da tutoria mista ou territorial, na qual o tutor, preceptor e monitor se conectam em função do território no qual estão. No início, a organização das reuniões e a distribuição dos monitores estava centrada nas tutorias disciplinares, nas quais cada área procurava dar conta do seu grupo de monitores e de preceptores.

Ter uma preceptora enfermeira foi um desafio tanto para os monitores quanto para preceptoria, pois mesmo entre os cursos considerados da saúde não estabelecem diálogo e não há muitas disciplinas durante a formação inicial que propicie a integração entre os diferentes cursos, o que, infelizmente mostra uma falha na organização do ensino e a dura realidade. Por outro lado, preceptor e monitores ampliam seu olhar com uma contribuição mútua de experiências particulares, sendo que os monitores acrescentam os saberes dos seus cursos e os preceptores, os saberes da profissão, então a interdisciplinaridade acontece. Esse conceito torna-se mais forte quando os *petianos* de outros cursos conversam/agem/conversam. Tocamos a superfície da interdisciplinaridade quando começamos (nós acadêmicos de educação física) a organizar o grupo junto aos acadêmicos de enfermagem. Quando os petianos da enfermagem chegaram, fomos divididos estrategicamente para contemplarmos os grupos nas duas equipes. Isto incluía também graduandos de enfermagem que realizavam seus estágios obrigatórios. Normalmente a dupla petiana da educação física atuava como volante (revezávamos entre os dois GQV), já a da enfermagem, tanto petianos quanto estagiários curriculares, ficavam fixos. A preceptora da Educação Física é enfermeira da equipe I, a preceptora da Enfermagem é a enfermeira da equipe II e a preceptora da psicologia não era vinculada à USF. Preceptoras de equipes diferentes, de profissões diferentes e de unidades diferentes caracterizaram o trabalho do PET-Saúde na USF Rincão e já funcionava de certa forma de acordo com a proposta de preceptoria mista, antes mesmo de ser discutida. Entendo que a preceptoria mista favorece a troca entre campos de conhecimento diferentes, pois em meu caso ter como preceptora uma profissional de enfermagem ajudou-me a compreender assuntos distantes do que é oferecido pelas disciplinas do meu curso.

Quando a organização dos assuntos era atribuída aos monitores, planejávamos normalmente uma semana antes. Infelizmente o diálogo com petianos de outros cursos era escasso (uma vez na semana com enfermagem, uma vez na semana com psicologia e nenhuma vez com a medicina), então muitas vezes usávamos a comunicação por email. A confecção de material para as apresentações

era realizada na USF. Abaixo cito a produção de um tema que veio a ser apresentado no grupo:

[...] Aproveitei para organizar para organizar o material de apresentação do grupo Q.V. (EII), assunto nutrição e peso ideal. Acessei a internet pelo modem, mas parece que esse não é de fácil aquisição, pois fica em mãos dos enfermeiros e técnicos. Imprimi algumas folhas com o material sobre as informações dos rótulos dos alimentos, para disponibilizar aos participantes do grupo. (Diário de Campo 13 de Setembro de 2010).

Outras atividades

A riqueza da experiência com a atenção primária que obtive no PET-Saúde foi enorme, mas muitos detalhes como, por exemplo, conversas informais, as cores e texturas das moradias, os comentários dos usuários, infelizmente não foram registrados em meu diário, pois não o levava em minhas andanças. Registrava os acontecimentos somente ao final do turno, assim alguns detalhes foram esquecidos. Alguns registros fotográficos foram feitos, sei que fotografias não falam, tão pouco se movem, porém retratam e lembram as passagens significativas da experiência. Meu diário não registrou muitas frases ou paisagens que ficaram gravadas apenas em minha memória, contudo, penso que para esse primeiro experimento os detalhes são menos importantes do que as informações gerais. Tais informações como o que foi feito lá, ou onde foi feito, estão presentes no decorrer do estudo, e algumas linhas do diário resumem os fatos. As atividades que descrevo abaixo são colocadas de forma resumida com intuito de apresentar ações possíveis não só para futuros bolsistas de educação física, mas para todos acadêmicos com seus cursos relacionados à área da saúde.

Resumo das atividades realizadas:

- ❖ Creche - Equipe I: Dia da Higiene; Teste Desenvolvimento Motor;
- ❖ Escola – Equipe I: Enquete com alunos e intervenção em Outubro;
- ❖ SASE - Equipe II;
- ❖ VD's para conhecer o território com Agentes Comunitárias de Saúde;

Atuamos em dois na monitoria com educação física, entretanto, algumas vezes não estávamos no mesmo local, ou realizando atividades em comum. Resumi as atividades e descrevi aquelas nas quais participei, contudo, não foram apenas estas, minha colega contribuiu em outros afazeres, isso para que nossas vivências e aproveitamento fossem maiores. Participamos também do Grupo de Hipertensos e Diabéticos e do Grupo de Bebês, porém suprimi informações dos mesmos, pois o primeiro segue a linha do GQV (inclusive os usuários repetiam-se) com o enfoque específico das patologias, e o segundo participamos como ouvintes e foram poucas vezes.

Creche - Equipe I: Dia da Higiene; Teste Desenvolvimento Motor

Através de observações no comportamento e aplicação de estímulos, avaliamos o desenvolvimento motor das crianças com idade de zero a dois anos. Nosso instrumento de avaliação foi uma tabela extraída da internet, muito semelhante à que encontra-se na caderneta do SUS.

Nossa metodologia de intervenção poderia ser melhor, falando em organização e abordagem. Encontramos dificuldades pelo pouco tempo de observação e timidez de algumas crianças, resultando assim em uma avaliação mais superficial e pouco criteriosa (em vez de constatarmos, perguntamos algumas coisas para as educadoras). (Diário de Campo de 14 de Julho de 2010).

Esta era uma atividade que já prevista no roteiro ou demanda da equipe I. Fui com a enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde. Nossas intervenções não foram frequentes neste local, porém serviram para pensarmos em futuras atividades com crianças e na aplicabilidade do nosso conhecimento acadêmico advindo das disciplinas de *Desenvolvimento Motor e Educação Física Infantil e Fundamental* oferecidas no nosso currículo, por exemplo.

Escola – Equipe I: Enquete com alunos e intervenção em Outubro

A enfermeira propôs uma enquete nas turmas de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª séries com dez assuntos relacionados à saúde [...] Nessa enquete as crianças escolheram os assuntos relacionados de maior preferência (no máximo 3 assuntos para cada aluno). Passamos por quatro turmas e depois retornamos para o PSF. Fiz a contagem dos votos, os resultados foram:

1^{as} e 2^{as} séries preferiram práticas corporais, cuidado com alimentação e cuidado com meio ambiente nesta ordem. Já 3^a e 4^a série preferiram higiene corporal e bucal, práticas corporais e “diga não as drogas”, nesta ordem.

Notei que práticas corporais foi o assunto mais votado na contagem geral, o que é bom, pois provavelmente participarei dessas intervenções (Diário de Campo 02 de Junho de 2010).

Atividade na Escola Municipal Rincão com dias turmas de 4^a série, seguindo com o tema práticas corporais. Foi a última atividade na escola com os acadêmicos de educação física ministrando o tema já referido. Teve duração de 45 minutos, com aproximadamente 70 crianças. O alongamento e brincadeiras de estafeta foram algumas das práticas (Diário de Campo 25 de Outubro de 2010).

Registrei duas passagens indicando a evolução das atividades na escola. Na primeira passagem fica claro o interesse das crianças pelo assunto Práticas Corporais e a possibilidade da intervenção da educação física. Como o assunto dizia respeito à nossa área, fomos encarregados do planejamento de futuras ações, e nossa preceptora deu total liberdade para criarmos algo. Foram atividades de Educação e Saúde da Equipe I na escola, com programação de Março a Novembro de 2010, ficou a nosso cargo o mês de Outubro com atividades semanais para turmas de primeira a quarta série, sempre contamos com a presença de professores e membros da equipe de saúde no local. A Equipe II atuava de forma semelhante na escola de seu território, que também visitamos, tal como abaixo descrevo:

O Deputado Estadual Mano Changes palestrou sobre os malefícios do consumo de craque e o uso da internet como ferramenta educativa e de trabalho (Diário de Campo 09 de Agosto de 2010).

O curioso no dia foi a presença das enfermeiras e agentes comunitários das duas equipes de saúde, acadêmicos que prestavam estágios obrigatórios e petianos, tal fato prova a colaboração entre os profissionais e mostra que a divisão territorial das áreas condizentes a cada equipe não determina uma separação e distância entre em programações.

SASE - Equipe II

Local: SASE (Serviço de Apoio Sócio Educativo)

Atividade: Temática sobre sexualidade na puberdade e prática corporal

[...] A prática corporal correspondeu a exercícios de consciência corporal, alongamento estático e dinâmico, com o objetivo de experimentar e conhecer o corpo, participaram por volta de dez meninas com idade de nove a onze anos. Depois da atividade física fizemos uma roda de conversa sobre o tema sexualidade na puberdade. Contribuímos com informações enquanto as meninas questionavam. Me detive mais no assunto crescimento e mudanças corporais na puberdade (fase do estirão). Finalizamos com uma apresentação no power point sobre DSTs e a importância do uso da camisinha e anticoncepcionais (Diário de Campo 01 de Setembro de 2010).

A SASE é uma entidade que oferece apoio socioeducativo e “atende crianças e adolescentes de 06 a 14 anos de todas as regiões da cidade” (Porto Alegre, 2011). No bairro Belém Velho localiza-se no território da equipe II, faz parte de um projeto da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, na qual é conveniada. É uma construção com uma infra-estrutura que destoa da sua micro-área, isso porque tem uma estrutura diferenciada das outras instituições do bairro (salas de aula, quadras poli esportivas e quadra de areia) e suporte de profissionais em meio a moradias precárias com pouco saneamento.

Na experiência de intervenção na SASE recordo-me da roda de conversa (participaram eu, dois acadêmicos de estágio obrigatório de enfermagem, uma enfermeira e técnica de enfermagem da equipe II) por estar próxima de uma ação multidisciplinar de forma que nós estudantes podemos contribuir com assuntos relacionados à saúde, enfatizando nossos conhecimentos específicos quando a conversa tomava o rumo mais próximo de nossa realidade curricular. A apresentação no power point foi guiada por um dos graduandos de enfermagem, e o simples fato de assistir a apresentação dos slides, enriqueci meu conhecimento extra-curricular, reforcei algumas informações e, por que não dizer, me capacitei para uma próxima intervenção.

VD's para conhecer o território com Agentes Comunitárias de Saúde

[...] Depois, entramos no território II propriamente dito, digo isso porque quase em sua totalidade a estrada é de chão batido. Comecei perceber contrastes, principalmente tratando-se de moradias. Casas bonitas ao lado de casas carentes, construções de concreto ao lado de barracos. Reflito como a comunidade lida com isso, essas diferenças.

Seguimos a caminhada, encontramos uma creche de zero a quatorze anos, uma instituição de ensino fundamental e uma paróquia que é parceira do nosso PSF e cede local para atividades. Percebi mais áreas em potencial, e comparando territórios I e II, o II parece levar vantagem nesse ponto (Diário de Campo 17 de Maio de 2010).

[...] Caminhamos até os limites da micro área e conversamos sobre o córrego, o qual passa pelo local e parece ter origem próxima ao hospital Divina providência. Nosso ACS comentou sobre a criança que teve contato com a água poluída (com materiais cirúrgicos, seringas e outros) do córrego e em vista disso apresentou problemas dermatológicos (segundo ACS, feridas na pele) (Diário de Campo 31 de Maio de 2010).

Transcrevi dois trechos sendo o primeiro referente a uma caminhada com as agentes comunitárias de saúde (ACS) da equipe II e o segundo, a caminhada com um agente da equipe I. Na primeira passagem caminhei junto a todas as ACS's da equipe, cada uma apresentou sua micro área, comentando sobre a características e algumas histórias dos locais. Foi um dos primeiros passeios que minha colega e eu fizemos, e percebi a importância desta atividade para que pudéssemos fazer um mapeamento da região. O passeio além de oferecer o conhecimento do agente (pois o mesmo é morador da região), acrescentou informações importantes sobre alguns fatos, pessoas e estrutura do lugar. A partir da segunda caminhada pude refletir sobre as condições de vida dos moradores e comecei a perceber que o propósito do monitor petiano não é apenas aplicar seu conhecimento, mas ficar atento e praticar a escuta para futuramente construir coletivamente ações de cunho informativo para prevenir-manter-reabilitar demandas dos locais afetados. Entretanto isso só é possível se for estabelecido um vínculo forte com a comunidade e esse vínculo é concebido pelos agentes comunitários de saúde. Os ACS's fazem as Visitas Domiciliares (VD's), não só eles, as VD's também são feitas pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, porém são os agentes que realizam essa atividade com mais frequência. Fizemos muitos "tours" com eles. Visitamos algumas casas, conhecemos famílias e um pouco mais da história de alguns usuários, isso só foi possível graças as VD's. Abaixo registrei curiosidades sobre duas famílias que visitei em VD's com uma agente:

[...] Fiquei surpreso quando visitamos uma gestante, que por incrível que pareça afirmou ser fumante. Aí penso quanto as pessoas necessitam ainda serem educadas com informação à saúde.

Conheci a família caigangue. A mãe estava trabalhando com taquaras, pois vivem do artesanato. O pai estava fora, tentava vender o carro para juntar algum dinheiro, assim poderiam comprar um terreno em uma aldeia, para onde queriam retornar. O motivo seria a falta de espaço e adaptação. Havia duas crianças e mais um bebê que estava dormindo [...] (Diário de Campo 05 de Julho de 2010).

Repito, só as VD's nos proporcionaram tantos detalhes e se continuássemos a fazê-las, provavelmente estaríamos mais próximos de uma prática integral.

3. Discutindo a Experiência

Um dos objetivos deste estudo é discutir algumas estratégias na atuação dos monitores do PET-Saúde, e também filtrar assuntos específicos sobre a importância da atuação em educação física no SUS. Esta parte detém-se na discussão relativa aos locais em potencial e à divulgação na comunidade.

Quando comento locais em potencial, refiro-me aos lugares onde podem, ou até já acontecem, as atividades da estratégia de saúde da família. Grifei em meu diário muitos locais, e até as pessoas responsáveis por eles, penso que tais anotações são importantes, pois passaram a ser guias para nossas caminhadas. Assim comecei a desenhar o mapa do território do Rincão, e percebi que os locais em potencial para as atividades das equipes e, para os monitores pets, são as Escolas, SASE, Creches, Salões Paroquiais, Residências, Associações de Moradores e a Unidade. Tudo depende da negociação com as pessoas responsáveis pelo terreno. Registrei duas escolas (cada uma correspondente ao território de cada equipe) uma creche (no território da equipe I) e o SASE (no território da equipe II) em minhas andanças. Tais locais já foram mencionados no relato.

Qual o bairro que não temos uma igreja, ou paróquia ou qualquer centro espiritual? O Rincão não é diferente, os salões paroquiais foram cedidos às equipes de saúde, e oferecem ótima estrutura, pois são amplos, possuem muitas cadeiras e suporte para som. Conheci dois salões: um no território I e outro no II. Lá foram desenvolvidas as atividades do GQV, as práticas corporais foram beneficiadas, pois além de estarmos protegidos da chuva, tivemos espaço para alongar, dançar e até correr se quiséssemos.

Para acrescentar, a própria unidade doa espaço para os grupos. Mencionei abaixo o Grupo de Hipertensos e Diabéticos com duas passagens em espaços diferentes, porém no terreno da unidade (lado de dentro e lado de fora):

Particpei do grupo de hipertensos e diabéticos [...] . Os participantes, idosos em sua maioria, compareceram em bom número, lotaram a sala de grupos do PSF (Diário de Campo 26 de Maio de 2010).

[...] No posto aconteceu o grupo de hipertensos e diabéticos. Fiz uma dinâmica com os integrantes na frente do posto, ao ar livre (Diário de Campo 30 de Junho de 2010).

É comum a hospitalidade das pessoas naquele bairro. Os usuários (conheci pelo menos dois) ofereceram suas residências para as atividades dos grupos, e para variarmos a paisagem, o GQV deslocou-se para as moradias. Cito abaixo o exemplo de um morador bem popular que ofereceu sua casa:

[...] Junto com os moradores participantes do grupo apreciamos o belo local, bem arborizado e com muitos animais. O proprietário colocou-se a disposição das práticas do grupo o que foi muito bom, pois no verão um lugar bem arejado é bem vindo. [...] O objetivo da visita foi interar os usuários de uma nova possibilidade de local para as intervenções da equipe (Diário de Campo 29 de Setembro de 2011).

Em outro caso, uma moradora ofereceu sua casa, pois uma associação de moradores (considero também um local em potencial, pois o GQV esteve muito presente em uma dessas), onde aconteceria o grupo ainda estava em reforma:

[...] Mais uma edição do Grupo Qualidade de Vida na residência da moradora X, micro área 3, pois a associação comunitária estava em reforma (Diário de Campo 19 de Maio de 2010).

No meu diário de campo consta o nome da moradora, mas neste trabalho o preservei. Mais uma vez ressalto a parte residencial como um “coringa”, e se negociado com os moradores certos, na maioria das vezes teremos onde atuar.

Aderir a algo ou alguma coisa, depende da motivação advinda de fatores externos, do interesse, da curiosidade, do consentimento e da determinação pessoal. Notei na trajetória da minha experiência a importância da divulgação para que os usuários se interessassem pelos grupos de saúde e educação. Foi

necessário estudar maneiras para divulgar a chegada e a proposta dos estudantes, nossa inserção nos grupos junto à equipe, além disso, também era necessário informar o que estava acontecendo, onde e quando. O GQV foi a atividade principal dos petianos, ele se tornou a nossa “casa”, nosso refúgio de encontros ou mesmo a âncora das intervenções. Todos cuidam de suas casas, e não foi diferente conosco, tivemos liberdade das preceptoras em criar dinâmicas e preparar temas que contemplaram os títulos osteoporose, peso ideal, nutrição, rótulos de alimentos e sexualidade por exemplo. Todas as temáticas foram discutidas de forma coletiva, mas normalmente ficava a cargo de um ou dois organizarem as apresentações e materiais didáticos. E, afinal, como convidamos alguém para nossa casa, ou como provocamos a adesão dos moradores nos grupos? Utilizamos algumas estratégias que exemplifico nas linhas:

Conversei com as ACS sobre algumas estratégias de divulgação para o grupo QV, também a inclusão de temáticas. Comprometi-me com a confecção de convites e apresentação do tema, ou assunto. A médica sugeriu uma periodização mensal, ou seja, um assunto por Mês. Concordamos e o assunto escolhido foi o Peso Ideal (Diário de Campo 02 de Agosto de 2010).

O convite mencionado é o mesmo citado anteriormente neste trabalho, na seção *Intervenção propriamente dita*. Ele foi a primeira estratégia de divulgação e funcionava como uma informação do que estava acontecendo, ou o que a unidade teria a ofertar. Como segunda estratégia de divulgação e adesão, utilizamos os famosos “mosquitinhos”, assim denominados pelas ACS’s. Trata-se de um pequeno papel-convite contendo algumas informações (dia, local, hora e assunto do grupo) que é entregue em mãos das pessoas quando os agentes fazem suas visitas domiciliares. Nas linhas abaixo registrei o fato:

Oito moradores participaram do grupo, esse com o mesmo enfoque do dia 04/08. Penso que o convite foi uma boa estratégia de divulgação, pois pelo menos três pessoas repetiram suas presenças (Diário de Campo 11 Agosto de 2010).

A terceira estratégia foi a divulgação na própria unidade, com a intenção de afetar visualmente os usuário que chegassem, e então confeccionei um cartaz:

Confeccionei o cartaz informativo para o grupo QV da EI. Foi colado no lado de fora do posto [...] O cartaz serve para que as pessoas usuárias do ESF Rincão visualizem as atividades do grupo (Diário de Campo 30 de Agosto de 2010).

A Quarta e última estratégia foi a confecção de uma cartilha informativa, explicada abaixo:

*Com o objetivo que os participantes do grupo QV (EI) pudessem levar para casa algumas informações sobre os assuntos tratados, confeccionei uma cartilha, ou panfleto. Dessa forma o morador pode ter em mãos um resumo do que foi apresentado no grupo. Foi impresso o tema *Peso Ideal*. Depois de pronto entreguei alguns exemplares para ACS, assim ela poderia repassar aos moradores (Diário de Campo 06 de Setembro de 2010).*

4. Discutindo a Graduação

O que move o ser humano são suas aspirações, por isso precisamos ter perspectivas à frente para continuarmos andando. A história de nossa vida é contada por um emaranhado de situações e escolhas, na medida em que desenrolamos nossos caminhos percebemos a grande rede que liga nosso interesse aos interesses coletivos. Nessa *rede de interesses* incluem-se os pessoais, coletivos, institucionais, constitucionais, nacionais, mundiais. Percebi ao longo do trabalho uma pequena rede de interesses, nela constam: o interesse da educação física quanto ao trabalho no SUS, o interesse do SUS na educação física e o interesse da estratégia de saúde da família na educação física.

É do interesse da educação física o trabalho no SUS, voltado para perspectiva da integralidade? NÃO, infelizmente, não. Justifico a resposta, baseado na falta de suporte ao longo de minha graduação. Ao longo de meu curso inscrevi-me em apenas uma disciplina (em 2009) que aproxima nosso curso ao Sistema Único de Saúde. Exclamo que a cadeira está na modalidade de Tópicos Especiais em Educação Física, ou seja, não é obrigatória e tão pouco permanente no currículo. A disciplina chama-se *Práticas Corporais em Saúde Pública*, foi a única que me aproximou da possibilidade de futura profissionalização no contexto do SUS.

A problematização na carência de conteúdo enfatizando a saúde coletiva na faculdade, não é recente, Wachs (2007) escreve:

Durante minha formação de sala de aula na graduação me remetia a esse campo como uma possibilidade de atuação. Bem, diga-se de passagem, esse déficit não se restringe à saúde mental, mas a saúde coletiva como um todo (WACHS, 2007, p. 88).

Acrescento ainda, a proposta da interdisciplinaridade em nossa graduação, vendo que a mesma trata do diálogo entre diversas áreas de ensino. Staudt (2008) cita uma passagem de Sommerman (2006) ao se falar da interdisciplinaridade:

O interdisciplinar consiste num tema, objeto ou abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo diversificado e unificado. Verifica-se nesses casos a busca de um entendimento comum (ou simplesmente partilhado) e o envolvimento direto dos interlocutores. (COIMBRA, 2000, p. 58 apud SOMMERMAN, 2006, p. 30).

Então me pergunto: Quando tive contato com uma disciplina comum para os cursos que se inserem na área da saúde? Como podemos ser profissionais com capacidade para o trabalho interdisciplinar se nem mesmo experimentamos tal conceito em nossos cursos?

Fica por conta do aluno garimpar disciplinas fora de seu currículo formal, ele precisa ter iniciativa de comunicação com os outros cursos. Parte do aluno, não da graduação.

Sob uma perspectiva ética, portanto, as instituições de ensino superior precisam ofertar aos alunos condições que lhes possibilitem adquirir embasamento suficiente para o conhecimento socialmente satisfatório da ocupação desejada, ao mesmo tempo que não seja possível a esses alunos adquirirem sistematicamente, por si sós, o mesmo grau de formação/competência fora delas, seja através de livros, de cursos preparatórios ou das próprias experiências pessoais (BAGRICHEVSKY, 2007, p. 33).

Quando entrei no PET-Saúde, mais precisamente na ESF Rincão percebi a oferta da multi e pluridisciplinaridade, falando em ações dos profissionais e acadêmicos, já que tais conceitos referem-se à:

Podemos definir, então, que multidisciplinar é uma equipe de vários profissionais preocupados em abranger os mais diferentes aspectos de uma situação, sem haver uma relação entre si, cada um dentro de seu saber. Já a pluridisciplinaridade abarca algum envolvimento entre as ciências, mas apenas as que são afins (STAUDT, 2008, p. 77).

A interdisciplinaridade, talvez o conceito mais relevante para assistência em saúde, parece um experimento, ou algo a ser descoberto, mas não por culpa da equipe de saúde e acadêmicos, mas sim pela falta de aproximação com essa prática, e também a maneira como foram construídos os currículos, pois acredito que não só a Educação Física, mas todos os outros cursos relacionados à saúde sofrem desse mal.

O Sistema Único de Saúde interessa-se pela educação física? Penso que sim. As políticas de saúde envolvem estratégias ações em diversos campos e capacitação de pessoal. Através da Portaria N° 154, de 24 de Janeiro de 2008 criam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre seus artigos contam:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dentro das áreas de apoio do NASF, consta a atividade física que deve ser ocupada por um profissional da educação física. Nas diretrizes do NASF tem-se:

Para tanto, torna-se fundamental a participação dos demais profissionais do Nasf e das equipes de Saúde da Família na construção de grupos para desenvolvimento de atividades coletivas que envolvam jogos populares e esportivos, jogos de salão (xadrez, dama, dominó), dança folclórica ou a “que está na moda”, brincadeiras, entre outros, contextualizada num processo de formação crítica do sujeito, da família ou pessoas de referência dele e da comunidade como um todo (BRASIL, 2011).

Outros exemplos são o PRO-Saúde e o PET-Saúde (já mencionados no estudo), os quais advêm das estratégias das políticas na saúde, contemplando da mesma maneira o curso de educação física. Apesar de recente e escasso, hoje já é possível a inserção do professor de educação física na rede pública de saúde, porém o caminho ainda é preciso ser percorrido de forma individual. No decorrer da graduação, por exemplo, entre o período 20 a 31 de Julho de 2009 tive a oportunidade de participar, junto à colegas de outras Universidades e cursos, do VER-SUS-GHC. Com o propósito de viver, experimentar e refletir sobre o Sistema Único de Saúde no Grupo Hospital Conceição, fomos selecionados entre diversos graduandos de variadas faculdades, compondo uma turma heterogênea, representando os cursos os quais são atuantes no SUS. Este VER-SUS-GHC foi uma construção de todos (facilitadores, alunos e profissionais de saúde), no meu entender como estudante de Educação Física, vi grandes possibilidades de atuação junto as variadas profissões de saúde, percebi o SUS como algo amplo e comunitário, bem diferente da lógica hospitalocêntrica, porém a graduação à nós oferecida não parece nos preparar de forma adequada, por exemplo: os cursos não possuem uma disciplina em comum, assim como a Educação Física pode comunicar-se com a enfermagem dessa maneira? Nos formamos sem mesmo ter uma troca com acadêmicos de outros cursos. Aprendi nesta Vivência e com os demais colegas, principalmente na UBS, a integralidade que tem como ponto de partida o sujeito, a equipe multiprofissional e a importância da participação popular. Penso que devemos fazer mais esforços quanto a política de educação em saúde

pública, pois sinto que as vezes a falta de informação e divulgação parece prejudicar o andamento do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família se interessa pela educação física? Nós acadêmicos da educação física fomos, no meu entender, importantes para as ações na ESF. O grupo qualidade de vida foi o maior dos exemplos, pois foi sugerida a prática corporal, que inspira, motiva e socializa as pessoas. Nada melhor do que um professor de educação física para guiar, corrigir e ritmar os movimentos tão desconhecidos do corpo de alguém que não tenha vivência com alguma forma de ginástica, esporte, dança e luta, por exemplo.

Ampliar a apropriação do próprio corpo, interpretar seus sinais e responder às suas necessidades expressivas não é tarefa sem mestre, sem guia, sem treinador de práticas corporais (CECCIM, 2007, p. 51).

Meu título de graduação é Educação Física (Licenciatura) e no curso tive oportunidade de trabalhar com ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio nos estágios curriculares. A graduação favoreceu-me quando experimentei a atividade na escola, pois durante a faculdade estagiei no ensino infantil, fundamental e médio, esses três estágios obrigatórios do curso aproximaram-me do contexto escolar, e não via a escola do Rincão como algo novo, nem mesmo como estranho. As intervenções da equipe de saúde na ESF Rincão em especial na escola são denominadas de Atividades de Educação e Saúde, vejamos aqui as duas palavras de mãos dadas. Entendo que nada melhor do que um professor para ensinar e aprender, nada melhor do que um professor para perceber potenciais e fraquezas, nada melhor do que um professor para instigar o conhecimento, nada melhor do que um professor para saber escutar e saber sugerir, mas a grande questão é: somos profissionais de educação física, ou somos professores de educação física atuando na atenção primária? Nosso currículo e nosso conselho profissional (CONFEF/CREF) reconhecem a aptidão da licenciatura para ações na saúde coletiva, ou isso fica a cargo de uma instituição de ensino superior que concede o título de bacharel? Um professor é considerado um profissional de saúde? Meu estudo não se deteve em responder tais questões, mas tenta provocar reflexões. O

certo é que a ESF precisa da educação física e oferece a ela disponibilidades, apenas é preciso visualizá-las. Segundo Ceccim, 2007:

O caminho da educação física para proteção ou recuperação da saúde não pode encontrar as vias das academias ou da enfermagem, simplesmente, mas buscar a construção de espaços intercessores para produção de subjetividades, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades de saúde (p. 50).

5. Conclusão

No início deste trabalho chamei atenção para as palavras usuário, integralidade e cuidador. A grande questão seria se o usuário participou na construção do meu conhecimento e se a integralidade como um ato cuidador fez parte de minha vivência. Sim o usuário foi de grande importância, pois as ações da estratégia de saúde da família enfocam a saúde individual e coletiva, assim toda a jornada pelo Rincão teve como principal objetivo a convivência com o usuário, exemplo disso, o Grupo Qualidade de Vida, onde obtive um contato mais frequente com alguns moradores da comunidade. Não tivemos muito tempo para uma maior convivência com as pessoas, nossa carga horária desfavoreceu-nos neste ponto. Reservamos duas tardes para a monitoria na USF, porém foi necessário mapear antes o território, e adequarmos-nos às atividades rotineiras das equipes de saúde. Isso tudo demandou tempo, e limitou o acompanhamento das histórias individuais dos moradores, deixando o ato cuidador como prática um pouco distante da nossa realidade no Rincão. Infelizmente, apesar de semanalmente estando em grupos comunitários, nada soube de mais aprofundado acerca das vidas daqueles sujeitos. Não soube suas histórias de vida, não soube suas profissões e nem mesmo soube quem eram seus filhos e parentes. Soube, sim, identificar e reconhecer alguns com patologias como hipertensão e diabetes, e já me dirigia às pessoas pelos nomes (dos mais assíduos e participativos dos grupos). Penso que não só a minha, mas a

nossa (petianos no geral) prática não foi integral, e em vista do fato, refleti em uma passagem do meu diário:

Surge-me a idéia de dois futuros projetos. O primeiro trata-se de expandir, ou melhor, tornar o grupo qualidade de vida da equipe I móvel. O segundo seria levar as informações dos grupos de educação e saúde para as pessoas com limitações.

A mobilidade do grupo QV EI seria uma estratégia para a prática da integralidade, de maneira que os usuários participantes do grupo sejam visitados e acompanhados mais vezes na semana por nós estudantes bolsistas. Assim teríamos mais contato com suas vidas no processo saúde-doença, e o grupo se apropriaria além de lugares pré definidos, suas residências.

A Segunda proposta tem a intenção de incluir usuários não participantes dos grupos de educação e saúde. Pessoas com limitações ou que tenham dificuldades seriam contempladas com as visitas dos estudantes bolsistas. Assim o estudante poderia transmitir as informações e atividades dos grupos para quem não consiga acompanhar ou deslocar-se até o mesmo (Diário de campo 22 de Novembro de 2010).

O objetivo geral do relato foi a reflexão sobre a vivência, verificando as formas possíveis de atuação do professor de educação física. Percebi que nos é oferecido muito mais do que as práticas corporais, o cotidiano e convivência com a comunidade provoca uma responsabilidade social maior que nossa atribuição profissional. Não é só o acadêmico de educação física presente, para orientar caminhadas, fazer alongamentos, organizar torneios esportivos, é um sujeito capaz de interferir na realidade do local, capaz de ficar atento ao tráfico de drogas, às políticas de saneamento básico, às campanhas de vacinação, aos mutirões beneficentes, aos eventos festivos, etc., etc., etc.. Hoje me vejo como um acadêmico que inspira muita perspectiva na equipe de saúde e nos moradores, principalmente favorecido pela educação física, pois suas práticas evidenciam a socialização e afetividade entre as pessoas. A comunidade espera mais do que um aparecimento rápido e propostas com curta validade, acredito que para atuarmos de forma integral com ações cuidadoras, precisamos criar um vínculo maior e passar mais tempo com as famílias, talvez caminhar mais com os agentes comunitários. O Conselho Local de Saúde é o portal de voz dos moradores, mas não nos apropriamos dele em nossa passagem pela ESF do Rincão. Lembro que na Carta de Porto Alegre² consta que

² Documento originado do relatório final do “Seminário de Saúde Coletiva”: a inserção no SUS”, Porto Alegre 23 e 24 de junho de 2006.

os profissionais e estudantes de educação física devem somar esforços para desenvolver participação qualificada nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde (CARTA DE PORTO ALEGRE, 2007, p.128), entretanto as ações dos estudantes bolsistas pareceram distantes desta proposta. Temos ferramentas de trabalho e demanda na estratégia de saúde da família, e para isso precisamos exercitar a autonomia e o senso crítico, procurar a informação e convivência com o coletivo. A graduação em educação física deixa a desejar quando me refiro especialmente no conteúdo da saúde coletiva, mas temos olhos, ouvidos, boca, braços e pernas, para construir nossa importância como profissionais.

6. Referências

ANDRADE, S. M., SOARES D.A., JUNIOR,L.C. Bases da saúde coletiva. In: **A unidade Básica no contexto do sistema de saúde**. Londrina: EDUEL 2001,cap 7, p.133-141.

AROUCA, S. R. **O eterno guru da Reforma Sanitária**. Radis 3, Rio de Janeiro, n. 3, p. 18-21, 2002. [Entrevista].

BAGRICHEVSKY, Marcos. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva?. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 33-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: sobre o SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1> Acesso em: 17 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Profissional e Gestor. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306> Acesso em: 19 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597> Acesso em: 19 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 19 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Cadernos de Atenção Básica/Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 19 jun. 2011.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Anais... Brasília, 1986.

BRASIL. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRINK, H. A. T., SOARES K. M., **Movimento: Um caminho de expressão e socialização na saúde mental**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, V.19, n.2, Jul./Dez. 2005.

CARVALHO, Yara M.. Prática corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 63-72.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidade da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 9-129.

PIRES, G. D. L., **Saúde coletiva e urgência em educação física e esportes**. Movimento - Ano IV - Nº 7 - 1997/2.

LAMB, P. P., **O papel do profissional de educação física na saúde pública**. Porto Alegre; s.n; 2007. 47 p. Tese [LILACS ID: 488185] Idioma(s): Português.

LUZ, Madel T.. Educação física e saúde coletiva:papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 63-72.

LUZ, Madel. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletivas: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.

LÓPEZ, I.P., **Un programa de intervención en educación física orientada a la salud: la evaluación del alumnado**. Movimento, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 69-89, janeiro/abril de 2003.

MACHADO, Dagoberto de Oliveira. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: FRAGA, Alex Branco.

WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 99-110.

MARQUES, A. T., **Atividade física, aptidão física e educação para a saúde: estudos na área pedagógica em Portugal e no Brasil**. Revista paulista de educação física, 13(1): 83-102, jan.-jun. 1999. Artigo [LILACS ID: 270125] Idioma(s): Português.

MATTOS, Rubem Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

PORTO ALEGRE. Carta de Porto Alegre. Seminário de Educação Física e Saúde Coletiva: a inserção no SUS. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. FASC: Apoio Socioeducativo. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=73> Acesso em: 19 jun. 2011.

ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Hass. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 17-31.

STAUDT, Dirce Terezinha. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde.

Boletim de Saúde, v.22, n. 1, p. 75-84, jan/jun., 2008.

WACHS, F.,MALAVOLTA, M. A., **Pode ser a oficina de coporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental?**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.19, n. 2, Jul./Dez. 2005.

WACHS, Felipe. Educação física e o campo da saúde mental: uma reflexão introdutória. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 87-98.

7. Apêndice

7.1. Apêndice A – Fotos





