

EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SOBRAL-CEARÁ: DESENHANDO SABERES E FAZERES INTEGRALIZADOS

PHYSICAL EDUCATION IN PRIMARY HEALTH CARE IN SOBRAL, CE: INTEGRATING KNOWLEDGE AND PRACTICE

<i>André Luis Façanha da Silva</i>	1
<i>Antonia Márcia Macedo de Sousa</i>	2
<i>Carlos Eduardo Tabosa Lopes</i>	3
<i>Flávia Campos Pontes</i>	4
<i>Francisco Clemilson de Sousa Oliveira</i>	5
<i>Maria Nilma Teixeira</i>	6
<i>Joana Eloisa Paixão</i>	7
<i>Maria Idalice Silva Barbosa</i>	8
<i>Valcides José Pio Alves</i>	9

RESUMO

O presente artigo se propõe a refletir sobre a atuação do profissional de Educação Física na Estratégia Saúde de Família de Sobral, inserido no processo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Com vistas à promoção da saúde e à consolidação dos princípios do SUS, sob o enfoque da integralidade do cuidado em saúde, apresentamos as ações desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física das 6ª e 7ª turmas, a partir das experiências vivenciadas, das reflexões coletivas, e das contribuições destes na melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: *Atenção à Saúde. Educação Física e Treinamento. Promoção da Saúde.*

ABSTRACT

This study proposes a reflection upon the practice of Physical Education professionals within the Family Health Strategy in Sobral, CE, Brazil and included in the Multiprofessional Residence in Family Health program. Aiming health promotion and consolidation of the principles established by the Brazilian Unified Health System and considering the delivery of integral health care, the actions developed by the Physical Education professionals from the 6th and 7th classes are presented. These are based on their experiences, collective reflections, and contribution to improve the population's health conditions and quality of life.

Key words: *Health Care. Physical Education. Health Promotion.*

1 - Educador Físico. Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia- EFSFVS. Preceptor da Categoria Profissional de Educação Física do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
2 - Educadora Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
3 - Educador Físico. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
4 - Educadora Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
5 - Educador Físico. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
6 - Educadora Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
7 - Educadora Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.
8 - Psicóloga. Mestre. Tutora do Programa de Residência multiprofissional em Saúde da Família na EFSVS.
9 - Enfermeiro. Especialista em Vigilância Epidemiológica e Saúde da Família. Coordenador do curso de Técnico de Sistema de Informação em Saúde do projeto de cooperação Brasil- Canadá.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as diretrizes que organizam e orientam a estrutura do SUS e as intervenções dos profissionais de saúde, destaca-se o princípio da integralidade da assistência, “entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde” (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, identificam-se os esforços e desafios para construção de práticas baseadas na integralidade e no fortalecimento do SUS, como modo de organizar a atenção à saúde, para a apreensão ampliada das necessidades da população que procura os centros de saúde da família, dando lugar a uma visão complexa do processo saúde-doença-cuidado.

Na perspectiva da construção de um modelo de saúde integral e interdisciplinar para uma abordagem de indivíduos e grupos nas suas várias dimensões é que os profissionais de Educação Física da Residência Multiprofissional em Saúde da Família vêm atuando na Atenção Primária à Saúde para reduzir a fragmentação entre os saberes e práticas em saúde sem diluir as competências e habilidades dessa categoria.

O presente artigo se propõe refletir sobre a atuação do profissional de Educação Física na Estratégia Saúde da Família de Sobral, inserido no processo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a partir da sistematização das práticas e saberes realizados no âmbito comunitário vivenciadas nos Centro de Saúde da Família, do município de Sobral-Ce, contextualizando-as no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, estruturadas em tópicos assim definidos: Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde e Educação Física na Estratégia Saúde da Família; A integralidade no cuidado em saúde nas práticas da Educação Física; e as Ações da 6ª e 7ª Turma de residente em Saúde da Família.

2 A EXPERIÊNCIA DOS EDUCADORES FÍSICOS DA RMSF NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, ESF e Educação Física

A promoção da saúde no Brasil tem contribuído para a implementação de políticas, estratégias e ações intersetoriais e intrasetoriais, que estimulam a co-

Enfrentar a complexidade dos problemas de saúde e buscar alternativas e soluções requerem a integração de vários atores e a redefinição de novas práticas. Nesse cenário, insere-se o profissional de Educação Física no SUS.

responsabilização e co-gestão na organização de sistemas e serviços de saúde mais integrados, que considerem as necessidades de saúde do sujeito e das comunidades em seus aspectos sociais, políticos, regionais, econômicos e culturais (CARVALHO, 2006).

Buss (2003) expressa a promoção da saúde como uma combinação de estratégias que envolvem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e das parcerias intersetoriais, com foco na responsabilização múltipla pelos problemas de saúde e de suas resoluções.

Configura-se como estratégia de ampliação dos sentidos e formas de intervenção que articula saberes técnicos e populares, mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, reforça a autonomia dos indivíduos e do coletivo, na perspectiva da saúde como direito social. (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como cenário favorável para o desenvolvimento da promoção da saúde por abranger um conjunto de saberes e práticas voltados para promoção da qualidade de vida e de saúde das comunidades, sendo a Estratégia Saúde da família (ESF) seu principal instrumento de reorientação dos serviços, das ações de saúde e da concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Enfrentar a complexidade dos problemas de saúde e buscar alternativas e soluções requerem a integração de vários atores e a redefinição de novas práticas. Nesse cenário, insere-se o profissional de Educação Física no SUS. O crescimento das doenças e agravos não transmissíveis exigiu do setor de saúde a implementação de políticas e estratégias, semelhante a da Política Nacional de Promoção da Saúde, que incentiva as Práticas Corporais/Atividade Física, como dispositivos para a redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório e na prevenção das doenças crônicas, como diabetes,

hipertensão relacionada ao sedentarismo, obesidade e o tabagismo.

Para materializar a concepção de promoção de saúde em práticas coerentes com seus princípios, algumas questões são postas à Educação Física, a saber: quais atividades físicas/ práticas corporais e avaliação de desempenho físico-corporal, mais se adequam aos os usuários do SUS? Qual o enfoque a ser priorizado pelo profissional de educação física, no que diz respeito às finalidades das práticas corporais e as suas relações com os usuários? Qual a dimensão pedagógica que deve ser adotada pelo profissional de educação física no trabalho em saúde, nos territórios e nos Centros de Saúde da Família?

Compreendemos que os objetivos da Educação Física por meio das práticas corporais (atividade física, exercício físico, dança, recreação, lazer e esporte) e avaliação física-corporal na APS/ ESF, precisam considerar a concepção de que a saúde é produzida socialmente e voltar-se para uma atuação que vise o bem estar e a qualidade de vida e de saúde da comunidade. Devem primar por relações interpessoais, comprometidas não somente com a mudança de atitude e comportamentos, mas, que fortaleçam os vínculos afetivos, pela possibilidade da escuta qualificada e a construção, a partir das ações, de um espaço de cuidado com o usuário e o coletivo, sempre atentos para os fatores determinantes do processo saúde-doença, na busca de construção de estratégias coletivas para proporcionar ambientes e relações saudáveis.

Ainda sobre as práticas corporais, o profissional de educação física deve considerar aspectos epidemiológicos, demográficos e comunitários, articulados com as equipes de saúde da família e atores comunitários com a finalidade de integrar estas ações como parte da atenção primária à saúde.

Destacamos que, no saber fazer do profissional de educação física, as práticas corporais/atividade física podem cooperar para organização de grupos por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) ou heterogêneos, de profissionais de saúde e grupos prioritários como gestantes, pessoas que convivem com doença crônica não transmissíveis, transtornos mentais, dependentes de substância psicoativas como álcool e drogas. A formação de grupos de práticas corporais/atividade física contribui como meio para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na tessitura da rede social, na otimização e preservação de espaços públicos e comunitários, no fomento a participação social e política quanto aos direitos a saúde, bem como, o trabalho em equipe.

Quanto à dimensão pedagógica, ressaltamos que o respeito ao saber de experiência dos grupos (FREIRE,

O profissional de educação física deve considerar aspectos epidemiológicos, demográficos e comunitários, articulados com as equipes de saúde da família e atores comunitários com a finalidade de integrar estas ações como parte da atenção primária à saúde.

1996) com os quais trabalhamos e a vivência do diálogo que problematiza a realidade, são imperativos para a constituição de relações entre profissionais de saúde e comunidade mais humanizadas, solidárias, geradoras de vínculo e construtoras de autonomia dos sujeitos para a efetivação de uma atenção à saúde mais integral que proporcione melhorias nas condições de vida e de saúde.

Enquanto educadores e também educandos, é preciso considerar no processo de trabalho as histórias de vida dos usuários, as subjetividades, as potencialidades pessoais com vistas à construção de possibilidades de superação dos problemas e necessidades de saúde. Desse modo, educar na APS/ ESF enquanto ato político requer do profissional uma postura solidária, amorosa e consciente da sua responsabilidade social.

Consideramos os referenciais teóricos conceituais abordados, como norteadores para atuação do profissional de educação física na APS/ ESF e como parte de todo entendimento sobre o processo saúde-doença-cuidado do usuário e da comunidade.

2.2 A Integralidade no Cuidado em Saúde nas Práticas da Educação Física

É inegável que a história da Educação Física e conseqüentemente a sua formação contribui para concepção biologicista com reforço ao modelo biomecânico, na construção de corpos “treinados” (caso do desporto), ou “adestrados” (o caso das ginásticas) ou ainda “habilitados” (caso da educação física escolar) mantendo assim, o corpo dos praticantes focados no desempenho físico (LUZ, 2007). Portanto, é um constante desafio em nossas práticas a compreensão ampliada de saúde e da inserção da Educação Física na Saúde Coletiva, onde a percepção do corpo supera o modelo biomecânico,

Precisamos cuidar para não seguirmos a lógica da doença (órgãos, sistemas orgânicos, sinais, sintomas, sequelas, medicalização, ambiente hospitalar), no lugar da lógica da saúde (sensações, percepções, movimento e cultura; ação, função, expressão, autonomia, espaço social/espaço de vida).

incluindo concepções de corporeidade às categorias de saúde, vida e vitalidade, como expressão de um todo que não se esgota no “físico” e que ainda integra vários saberes.

Carvalho (2006) faz uma reflexão sobre esta questão e defende que apesar da formação acadêmica seguir esta lógica, o que diferencia os profissionais de saúde na qualidade do seu serviço e do atendimento em saúde se constrói no convívio diário do trabalho e no serviço. A qualidade do ambiente e das relações entre os profissionais, entre estes e o serviço, entre a população e o serviço, é o patrimônio do SUS, sendo inquestionável a importância do trabalho em equipe para um bom resultado nesta concepção ampliada de saúde, onde deve haver uma integração entre as equipes multidisciplinar e a comunidade.

O que a Educação física teria para contribuir dentro dessa nova realidade? Como um Profissional de Educação Física pode interferir no cuidado em saúde, em sintonia com a integralidade? Trabalhando seus conteúdos, simplesmente reproduzindo o fazer da profissão já tão disseminado na sociedade? E o que se esperar deste profissional na ESF? Se não que elabore e execute aulas de ginásticas, acompanhe grupos de caminhada, jogos e brincadeiras? Mas será que o fazer da categoria se restringe a isto? E, principalmente dentro do contexto do SUS? Qual o papel deste ator para além dessas práticas?

Para Carvalho (2006), “as práticas corporais ganharam espaço nas Unidades Básicas de Saúde, especialmente via Programa Saúde da Família (PSF), mas, grande parte das iniciativas ainda privilegia a atividade física (caminhada, ginástica) de modo que outras dimensões da relação entre

o profissional ou agente de saúde e a comunidade não têm sido enfatizadas, e chama a atenção para a natureza didático-pedagógica presente na relação e ainda muito pouco explorada pelos profissionais de saúde”, reduzindo muitas vezes, o profissional de educação física a meros disseminadores e ‘executores’ de práticas corporais.

Porém, lembra Carvalho (2006), que ainda falta informação e conhecimento aos profissionais da saúde e aos usuários dos serviços, no que se refere às práticas corporais. Indicam a atividade física, mas aquela atividade impositiva, autoritária, medida, cronometrada, inserida no tempo da obrigação. As práticas que nos remetem à descoberta e à consciência do corpo, ao significado do cuidar e estar atento aos desconfortos e às diversas maneiras de perceber e exercitar a sua potência ainda são tímidas.

Outra questão importante que a mesma autora considera, é que de um lado, as orientações se restringem às técnicas, à idéia de que o gasto de energia, isto é, fazer atividade física, é suficiente para prevenir ou remediar a doença. De outro, os grupos ainda se organizam a partir das doenças, (atividade física para diabéticos, hipertensos) ocasionando a exclusão dos demais, ou seja, quem não é diabético ou hipertenso não pode participar. O exercício virou remédio para doentes crônicos?! Uma pessoa saudável não deve entrar em um grupo sistemático de práticas corporais no SUS? Não temos espaços para eles? Não seria isto trabalhar na lógica da doença? Rocha e Centurião (2007) nos traz uma reflexão sobre o predomínio da medicalização de problemas de ordem social, abordagem clínica compartimentalizada e a ótica da doença prevalecendo sobre a abordagem sistêmica. Precisamos cuidar para não seguirmos a lógica da doença (órgãos, sistemas orgânicos, sinais, sintomas, sequelas, medicalização, ambiente hospitalar), no lugar da lógica da saúde (sensações, percepções, movimento e cultura; ação, função, expressão, autonomia, espaço social/espaço de vida).

2.3 Ações do Profissional de Educação Física no Cuidado a Saúde dos Usuários na APS/ESF

A partir do marco teórico do SUS com referenciais da Educação Física e saúde coletivas, abordamos a inserção da 6ª e 7ª turmas da RMSF, que tem por objetivo refletir as ações dos profissionais residentes de educação física e sua relação com APS/ESF.

O processo de organização do serviço da equipe multiprofissional de residentes iniciou-se com a vivência de territorialização, processo que possibilitou ao

profissional de educação física uma maior apropriação dos territórios nos aspectos epidemiológico, culturais, sócio-econômicos e comunitário do serviço de saúde, ambientais e específicos da educação física, assim como o conhecimento dos modos e das condições de vida das populações.

A partir desta imersão e do conhecimento produzido pela territorialização, os profissionais de educação física começaram a desenhar suas atuações na construção de vínculos de co-responsabilidade com os territórios de sua amplitude sanitária e com outros profissionais de saúde mediante os processos desencadeados pela comunidade ou pelas equipes de saúde da família.

Nesse sentido, descreveremos as ações dos profissionais de educação física residentes, como as Práticas Corporais/ Atividade Física, Avaliação Física e Nutricional Integrada, Educação Física na Organização da Saúde Mental e o projeto Cuidando da Saúde do Trabalhador da ESF e sua relação com APS.

2.4 As Práticas Corporais/ Atividade Física

Dentre as estratégias de práticas corporais e atividade física desenvolvidas sistematicamente nos territórios, destacam-se a caminhada, a ginástica comunitária, o grupo de convivência (lazer). Essas ações têm potencializado a mudança do modelo médico-assistencial com ampliação de espaços de cuidado e de intervenção de outros profissionais em parcerias com os educadores físicos.

Tais práticas são desenvolvidas a partir das especificidades dos grupos e do contexto dos territórios que se diferenciam em decorrência das condições locais como espaços físicos, articulação comunitária, perfil epidemiológico e atuação dos profissionais de educação física de turmas anteriores.

Em 2009, o grupo de residentes, a partir do módulo de vigilância à saúde, realizou um levantamento de dados dos grupos acompanhados e seu perfil referente à faixa etária dos participantes e o quantitativo de pessoas com DCNT, especificamente a hipertensão e diabetes.

Na figura 1, percebemos que o perfil da população engajada nas práticas corporais são pessoas dos ciclos de vida adulto e idosos, divididos em 15 grupos de convivência, 8 de caminhada e 8 de ginástica comunitária.

A partir das vivências nas práticas corporais constatamos que 99,9% de participante são do gênero feminino e 0,01% é masculino. Essa informação mostra que avançamos na atenção a saúde da população adulta e idosa feminina, mas apontamos a necessidades de

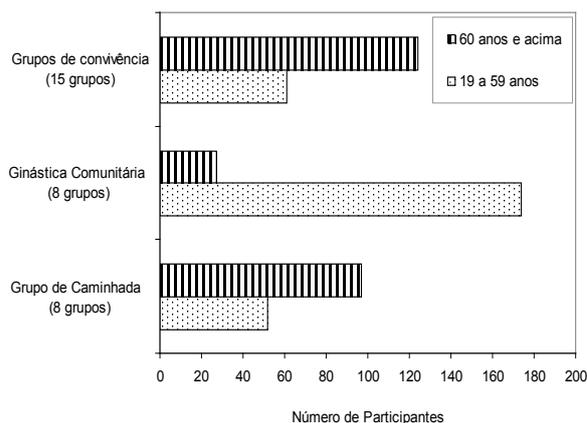


Figura 1 – Número de participantes por grupo de atividades sistemáticas realizadas pelos Residentes segundo a faixa etária - Sobral/CE. 2009.

investigações para detectarmos quais as razões da não participação dos homens nas atividades da educação física ofertada pela ESF.

No entanto, a presença de adultos na ginástica comunitária, segundo Sousa (2007), associa-se a um aspecto socioeconômico, pois essa prática se encontrava nos espaços privado das academias de ginástica. Sobre este dado, podemos acrescentar a contribuição do exercício aeróbico e resistido para melhorar a captação de insulina, gerar um aumento do metabolismo basal que é responsável por 60% a 70% do gasto energético para perda de peso, e diminuição do risco de desenvolver diabetes, hipertensão e outras doenças (CIOLAC, 2004).

Os grupos de caminhada e de convivência, segundo os estudos de Silva (1999), Coelho et al. (1999) e Coelho (2004), são estratégias de organização para mobilização e participação dos idosos em ações de resgate da cidadania na terceira idade com orientações sobre os direitos do idoso, estímulo à participação comunitária e a promoção do envelhecimento saudável, através de atividade física regular, orientação sobre alimentação equilibrada, oficina de artes manuais e atividade de lazer, como visita a locais histórico da cidade, viagens e passeios.

No quadro seguinte mostramos o perfil da população participante dos grupos com DCNT quanto ao percentual de hipertensão (HAS), diabetes (DB), hiperdia (HAS e DB) e pessoas que não apresentam nenhuma das doenças citadas (SA).

Percebemos na tabela 1 que há uma predominância de pessoas com hipertensão em todas as atividades. Entretanto existe um número relativamente baixo de pessoas com diabetes nas atividades de ginástica comunitária e caminhada.

Tabela 1 - Percentual de participantes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Sobral –CE, 2009.

Participantes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis					
	% HAS	% DB	%HAS E DB	% SA	TOTAL
Grupo de convivência	56,3	16,7	10,8	16,2	185
Ginástica Comunitária	12,9	3,4	12,4	65,8	201
Caminhada	38,2	4,6	23	34,2	149

Fonte primária.

Nos grupos de convivência há uma presença maior de pessoas com diabetes e hipertensão em relação aos demais grupos. A participação de pessoas idosas com hipertensão ou diabetes nos grupos de práticas corporais/atividade física contribui para vários aspectos biológicos, como o aumento da capacitação de glicose pelo músculo durante e após o exercício; melhoria da disposição geral e a sensação de bem-estar; aumento da sensibilidade dos receptores e sua capacidade de ligação com a insulina diminuindo a resistência da insulina em tecidos gordurosos e músculos.

Para a pessoa com hipertensão, promove a diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular periférica gerando o comportamento chamado de hipotensores pós-exercício, porém, o exercício só contribuirá para a saúde das pessoas com hipertensão ou diabetes ou hiperdia, quando sua diabetes e a pressão arterial estiverem controladas (SANTOS; SANTOS; PORPINO, 2009). Assim, enfatiza-se a importância do acompanhamento pelos profissionais da equipe de saúde da família. Ao profissional de educação física cabe, através da ação educativa, enfatizar a importância do controle e do acompanhamento clínicos periódico.

Ainda sobre a tabela, outra percepção é a quantidade de pessoas que praticam ginástica comunitária que não tem hipertensão e diabetes (AS). Esse dado é interessante porque a maioria das participantes do grupo de convivência tem idade entre 19 a 59 anos. A prática corporal para esse grupo pode contribuir para a redução de DCNT se for associada a outros fatores como alimentação equilibrada, antitabagismo e do consumo de álcool, pois, a mudança de atitudes e a adesão à prática sistemática de exercício

É importante estimular a prática de exercícios para todas as pessoas, independentemente da faixa etária, sexo, credo...

físico contribui para a saúde física e mental.

A participação dos usuários é motivada pela busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e através de visitas domiciliares realizadas pelos Profissionais de Educação Física, por ações de mobilização comunitária e/ou encaminhamentos feitos pelas demais categorias profissionais das equipes de Saúde da Família ou convites feitos por participantes dos grupos a vizinhos e amigos. No entanto, a participação de pessoas com diabetes nas atividades merece uma análise quanto a mobilização e articulação multiprofissional para adesão dos mesmos nos grupos de práticas corporais, bem como a participação do homem adulto ou idoso.

É importante estimular a prática de exercícios para todas as pessoas, independentemente da faixa etária, sexo, credo, considerando sempre as condições socioeconômicas, aspectos biológicos, familiares, culturais e sociais do usuário e dos grupos.

Vale ressaltar, que nenhum grupo de práticas corporais desenvolve-se apenas com exercícios físicos ou atividade física. Compreendemos que essas ações devem desenvolver seu potencial educativo, onde o processo ensino-aprendizagem se faz necessário para o fortalecimento comunitário, vivência da cidadania, construção da autonomia e do empoderamento através de uma abordagem pedagógica que fomente a participação, o diálogo e a história de vida, tendo como objetivo a melhoria da saúde dos usuários.

A promoção da atividade física e práticas corporais têm conquistado bastante espaço nos territórios. Desde a inserção dos primeiros profissionais de educação física, são perceptíveis suas contribuições na implantação e implementação de ações para o cuidado das pessoas com ou sem DCNT, acompanhadas pelos Centros de Saúde da Família. A partir da nossa experiência compreendemos atividade física/práticas corporais, não como um acúmulo de tempo e gasto calórico durante o dia e suas contribuições a saúde física e sim, como uma ação pedagógica que promova a organização do tempo dos usuários em parceria com os profissionais de saúde na efetivação de encontros

acolhedores para os cuidados com a saúde primando pela qualidade das relações na construção de vínculos e de pessoas mais sábias e saudáveis na otimização de espaços comunitários e públicos.

2.5 Avaliação Física e Nutricional Integrada

Diante do cenário de atividade física/práticas corporais, as categorias de educação física e nutrição perceberam a necessidade de estruturar ações de vigilância epidemiológica nos trabalhos de grupos sistemáticos, com abordagens metodológicas centradas no monitoramento da morbidade e da mortalidade produzidas em sua função, assim como da prevalência da exposição da população aos seus principais fatores de risco.

Para monitorar esses eventos foi elaborado um instrumento de avaliação física e nutricional integrada (AFNI) para possibilitar a construção de indicadores para captar a situação epidemiológica dos participantes dos grupos e seu monitoramento, contemplando características socioeconômicas e culturais; alimentação, atividade física, tabagismos, qualidade do sono, imagem corporal, nível de estresse; antecedentes familiares quanto a DCNT; imagem corporal; e medidas antropométricas. O monitoramento dos fatores de risco e proteção “fornece um importante subsídio para o estabelecimento de estratégia de intervenção visando reduzir suas prevalências e consequentemente a ocorrência de doenças, avaliando a efetividade dessas medidas” (SILVA JUNIOR et al., 2003).

A experiência com avaliação física e nutricional integrada contribuiu para o conhecimento da população acompanhada quanto ao perfil de saúde do usuário e do grupo, no planejamento das atividades e exercícios físicos, a identificação de temas relevantes para momentos de educação em saúde com metodologias participativas e criativas. Este procedimento passou a fazer parte dos serviços de saúde, com agendamentos prévios de usuários encaminhados por outros profissionais da equipe de saúde da família orientados para fazer parte do programa de atividade física.

A sistematização e monitoramento dos grupos educativos na atenção básica são de grande relevância por evidenciar a importância do trabalho com ações coletivas, do acompanhamento com análise dos processos e redirecionamentos das atividades, voltadas para o perfil epidemiológico dos grupos e do acesso das pessoas ao serviço de avaliação física e nutricional. A elaboração do sistema para monitoramento dos grupos encontra-se em processo de elaboração para melhor instrumentalizar os profissionais de educação física e nutrição.

O cotidiano dos serviços de saúde apresenta-se como desafio à promoção do cuidado com a saúde dos profissionais da ESF.

2.6 Projeto Cuidando da Saúde do Trabalhador na Estratégia Saúde da Família

O trabalho na APS/ESF demanda da equipe básica um envolvimento permanente com os cuidados à saúde das famílias adstritas em suas áreas. Esse processo tem chamado a atenção da Educação Física em desenvolver atividades que possam proporcionar o cuidado com à saúde do trabalhador.

As bases legais para as ações voltadas à saúde do trabalhador encontram-se na constituição de 1988, no parágrafo 3º do artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) definida como “conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 2001).

O cotidiano dos serviços de saúde apresenta-se como desafio à promoção do cuidado com a saúde dos profissionais da ESF conforme a lei que assiste seus direitos. No universo de trabalhadores da APS, encontram-se os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), que, não diferente dos demais integrantes da equipe de saúde, apresentam sérios riscos ocupacionais como exposição ao sol, atuação em ambientes insalubres, contato com pessoas com doenças transmissíveis.

O Projeto Cuidando da Saúde do Trabalhador partiu do interesse das ACS visando a criação de um espaço para fazer atividades de cuidados com saúde, devido ao fato de passarem boa parte do seu tempo no trabalho e em outros afazeres como familiares e escolares, reduzindo o tempo de cuidar da própria saúde.

Assim, o profissional de educação física com a enfermeira da área, ambas residentes, em articulação com a gestão e equipe da unidade básica, implantou o projeto Cuidando da Saúde do Agente Comunitário de Saúde do CSF do bairro Padre Palhano, localizado na porção sul do

município de Sobral. Essa estratégia teve como objetivo inserir na dinâmica do serviço do ACS, um espaço de cuidado com a saúde envolvendo outros profissionais da área tais como o nutricionista, o terapeuta ocupacional, a fonoaudióloga e o pedagogo para a facilitação de temáticas relacionada à saúde ocupacional, alimentação equilibrada, vivências de atividades corporais, lazer e relações interpessoais no ambiente de trabalho, através de encontros sistemáticos e rodas de diálogos (CAMPOS et al., 2009).

A metodologia que norteou os trabalhos, ancorou-se no método da roda como espaço de co-gestão. Compreende as dimensões, política, pedagógica, operacional e terapêutica dos processos de trabalho com o foco nas relações entre os sujeitos envolvidos no cotidiano do trabalho (CAMPOS, 2000).

A partir desta experiência com a saúde do ACS percebemos alguns avanços como a efetivação de um espaço de cuidado pactuado por toda equipe de saúde; o envolvimento da equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar na atenção a saúde do ACS e o fortalecimento das relações interpessoais. Os encontros facilitaram a identificação de eventuais agravos e riscos como estresse e ansiedade, sobrepeso e obesidade.

Durante o processo também surgiram algumas dificuldades para envolver os outros profissionais da equipe e ampliar a sistemática dos encontros, devido a grande demanda do serviço e a diferença dos horários de trabalho.

2.7 Saúde Mental e Educação Física na APS/ESF

Em Sobral existe a intervenção do profissional de educação física na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município, especificamente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral e Álcool e Drogas, fruto da reforma psiquiátrica local que opera na lógica do cuidado, respeito e cidadania.

O Serviço de Saúde Mental na Atenção Primária/ESF tem características particulares e requer um conjunto de profissionais com campos de saberes diversos, para além do olhar da psicologia e psiquiatria. Sendo assim, o envolvimento da equipe multiprofissional é fundamental, para identificar a demanda, diagnosticar, avaliar, compartilhar saberes e práticas para o acompanhamento e cuidados com as pessoas que convivem com sofrimentos mentais.

Nesta perspectiva, o contexto da saúde mental na APS, tenciona a equipe um cuidado integral com abordagem

A atuação do profissional de educação física a partir do referencial sobre campo e núcleo, parte do um planejamento participativo construído entre a equipe do CSF.

interdisciplinar. Agir com base na integralidade do indivíduo não é uma tarefa fácil em um país cujas marcas históricas da saúde pública é marcada pelo modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtorno mental. É recente, no Brasil, o começo da implantação de uma rede extra-hospitalar, com oferta de serviços de base comunitária, de proteção e de direito, com a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Para Carvalho e Ceccim (2006), a integralidade deve inovar todos os serviços na produção de saúde e cuidado, com análise crítica do contexto, problematizando saberes e o desenvolvimento de competências específicas de cada profissão.

A partir de uma visão mais ampliada sobre processo saúde-doença das pessoas com sofrimentos mentais e ancorados no princípio da integralidade como norteador das ações da ESF, a equipe multiprofissional de residentes, lotada no CSF Alto da Brasília, iniciou um processo de reorganização do serviço de saúde mental. Constatou-se a grande quantidade de pessoas que usavam medicação controlada com necessidade de reavaliação dos casos e de organização do serviço para oportunizar um melhor tratamento a essa população.

A atuação do profissional de educação física a partir do referencial sobre campo e núcleo, parte do um planejamento participativo construído entre a equipe que compõe o Centro de saúde Alto da Brasília, onde o "(...) núcleo demarcaria a identidade de uma área do saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria, em outra, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas" (CAMPOS, 1997 apud FURTADO, 2007).

Esse plano de trabalho desencadeou um processo de educação permanente e possibilitou trocas de conhecimentos oriundos de áreas específicas, a exemplo da psicologia, medicina, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social e educação física. Como estratégias para o cuidado com os usuários realizou-se o levantamento das pessoas cadastradas na farmácia do CSF e aplicou-se

a ficha de saúde mental elaborada pela equipe, através de mutirões e visitas domiciliares para se conhecer os usuários. Em seguida, implantou-se o ambulatório interdisciplinar de saúde mental para elaboração de plano de cuidado com o usuário.

A partir dos planos de cuidados pactuados entre a equipe multiprofissional e o usuário, o profissional de educação física colaborou na articulação da rede de práticas corporais do território, visitas domiciliares para estimular sua participação nos grupos de atividade física, e no acompanhamento daqueles inseridos nos grupos coordenados pela educação física e na elaboração de grupos de recreação com enfoque terapêutico.

A experiência evidenciou mais uma possibilidade de intervenção do profissional de educação física na APS/ESF, em articulação com a equipe multiprofissional, gerando desafios para aprender a lidar com o sofrimento do outro, buscar e construir conhecimento sobre educação física e saúde mental, conhecer os tipos de sofrimento mentais e sua relação com atividade física/ prática corporal, bem como adequar intervenções diante dos contextos que se apresentam na ESF, sem perder de vista os referenciais da reforma sanitária e psiquiátrica.

3 CONCLUSÕES

A elaboração deste artigo proporcionou aos profissionais de Educação Física da 6ª e 7ª turmas, um maior aprofundamento sobre promoção da saúde e integralidade do cuidado, contribuindo para um “novo” agir em educação física no contexto do SUS. Sobre o saber-fazer, a trajetória dos protagonistas da educação física na ESF é marcada por desafios e conquistas, revelando a importância da formação em serviço para a construção de novas práticas e saberes coerentes com as necessidades de saúde.

Quanto às experiências que aconteceram em alguns territórios, percebemos a importância da atuação do profissional de educação física articulada com outras categorias, sendo a RMSF uma formação que permite a construção de processos de trabalho em conjunto. Essa relação não é tão simples, pois exige do profissional uma

O profissional de educação física colaborou na articulação da rede de práticas corporais do território.

relação menos vertical e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada (FURTADO, 2007).

A sistematização sobre a nossa experiência na Estratégia Saúde da Família de Sobral, parte da necessidade de ampliar mais o debate sobre a promoção da saúde e a integralidade no cuidado com a prática pedagógica nas ações de educação física na APS/ESF. Esse debate se faz necessário para repensar e inovar nossa abordagem em educação física nos serviços de saúde e na comunidade.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do trabalhador. Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90#art7> >. Acesso em: 26 abr. 2009.

BUSS, P. Uma introdução ao Conceito de promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção de Saúde: conceitos, reflexões e tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, S.W.G. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sejeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CARVALHO, Y. M.; Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. Revista brasileira de saúde da família. V. VIII, p. 33-45, Brasília, 2006.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, Niterói, v.10, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922004000400009&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 15 fev. 2005.

COELHO, J. S. G. Grupo de Caminhada Rumo à Saúde: Experiência do PSF Caracará. Revista de Políticas Públicas SANARE, v. 1, n. 1, out./nov./dez. 1999.

COELHO, M. A. A. OLIVEIRA, N. E. CANUTO, O. M. C. Educação Física na Estratégia Saúde da Família: Uma experiência com pessoas na terceira idade. Revista de Políticas Públicas SANARE, v. 5, n. 1, jan./fev./mar. 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção de Saúde: conceitos, reflexões e tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FURTADO, P. J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.11, n. 22, p. 239-55, mai./ago. 2007.

LUZ, M. 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, A.B.; WACHS, F. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectiva de intervenção. Rio Grande do Sul: editora UFRGS, 2007. p. 9-17.

ROCHA, V. R.; CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: BRANCO, A. WACHS, F. (Org.). Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenções. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.17-33.

SANTOS, A. C.; SANTOS, M. S. B.; PORPINO, S. K. P. Atividade física e hipertensão arterial. In: BARRO, M.V.G; CATTUZZO, M. T. Atualização em atividade física e saúde. (Org.). Recife: EDUPE, 2009.

SILVA JUNIOR, J. B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 289-311.

SILVA, C.A.F. O programa saúde da família e a formação de grupos de convivência na terceira idade. SANARE Revista de Política Públicas. v. 1, n. 1, out./nov./dez. 1999.

SOUSA, F. D. B. Ginástica Comunitária: uma tecnologia em saúde da família. Trabalho de conclusão do curso de especialização da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, (monografia). Escola de Saúde da Família 2007.

