



FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES INICIAIS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mauro da Costa Fernandes
Mestre em Educação pela PUCMinas
Professor do Centro Universitário de Sete Lagoas-MG - UNIFEMM

RESUMO

Este trabalho apresenta reflexões iniciais sobre uma experiência formativa de uma turma de primeiro período do curso de bacharelado em educação física, no serviço público de saúde, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família, realizada no primeiro semestre de 2010, no município de Sete Lagoas-MG. Buscamos dialogar com os registros dos alunos(as) através de seus cadernos de campo bem como o referencial teórico da disciplina, dentre outros. A partir desta experiência, destacamos um tensionamento nas representações dos alunos(as) em relação ao entendimento de saúde desvinculado das condições de vida dos sujeitos.

Palavras chave: serviço público de saúde, formação profissional, educação física.

O presente trabalho visa apresentar algumas reflexões sobre uma experiência formativa da turma de primeiro período do curso de bacharelado em educação física do Centro Universitário de Sete Lagoas-MG - UNIFEMM, na disciplina de PIMPO¹ realizada no primeiro semestre letivo de 2010, no serviço público de saúde, mais especificamente em algumas Estratégia Saúde da Família do município. No intuito de apresentar um recorte deste processo, nos propomos a dialogar com o Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física do UNIFEMM, o referencial bibliográfico, tanto da disciplina de PIMPO, quanto da disciplina de Saúde, Sociedade e Educação Física² bem como a produção dos alunos(as) durante o semestre a partir dos registros em seus “Cadernos de Campo”.

A disciplina PIMPO no primeiro semestre do curso visa aproximar e inserir os discentes com o campo de atuação profissional bem como o acompanhamento dos processos cotidianos de atendimento à comunidade no serviço público de saúde. Com ênfase em “Saúde Pública”, ela se organiza a partir de visitas, observações, entrevistas com profissionais da saúde e a comunidade, nas ESF³ do município. Na estruturação da disciplina para as visitas houve um processo seletivo para a contratação de supervisores(as) que acompanharam os alunos(as) no campo. Alguns pré-requisitos são determinantes à seleção desses supervisores(as): experiência profissional no serviço público de saúde; formação acadêmica na área da saúde; conhecimentos sobre o SUS – Sistema Único de Saúde.

O projeto pedagógico do curso de Bacharelado em Educação Física se insere no movimento de desdobramento e atendimento a um conjunto de demandas crescentes pela presença do profissional de Educação Física em diferentes espaços e ambientes educativos

¹ Prática Integrada Multiprofissional na Comunidade.

² Disciplina que também compõe a grade curricular do primeiro semestre do curso e que estabelece um diálogo mais orgânico com a PIMPO.

³ Neste estudo utilizei a sigla ESF, toda vez que me referir à Estratégia Saúde da Família.



na cidade de Sete Lagoas-MG, bem como em toda a microrregião. Além disso, a instalação do Bacharelado em Educação Física acompanha o processo gradual de consolidação da área da Saúde no conjunto de cursos oferecidos pelo UNIFEMM⁴.

Um conjunto de estudos e pesquisas vem apontando que a Educação Física, como campo de formação e atuação profissional, tem privilegiado apenas um pequeno estrato da população. O binômio “Educação Física e Saúde” tem prevalecido apenas para uma lógica que atende aos indivíduos que podem pagar pelos serviços prestados. Em um instigante texto a professora Yara Maria de Carvalho (2001), da Escola de Educação Física da USP, nos questiona: *Quem é o sujeito da relação atividade física e saúde?* Ela argumenta que a produção de conhecimento na área vem afirmando a necessidade da prática dirigida a toda a população, mas apenas na dimensão do discurso. No plano da concretização das práticas, da sistematização de propostas de intervenção, o que se observa é justamente o contrário: atende-se a uma minoria, atende-se a quem pode pagar pelo serviço.

Portanto, o que se observa no contexto contemporâneo, no campo da formação profissional em Educação Física, é um movimento voltado para a iniciativa privada, academias, hotéis, clubes, que reproduzem uma lógica voltada para o consumo e para interesses de indústrias de cosméticos, de equipamentos, de beleza e de lazer. Nessa lógica, a figura do *personal training* é emblemática.

Não pretendemos nos opor radicalmente a esse contexto, entretanto, pensamos que é necessário propor projetos de formação profissional que tensionem a lógica hegemônica. Nesse sentido, pensamos ser importante lançarmos algumas questões: *Por que o serviço básico de saúde, de atendimento à população, de um modo geral, não é pensado e estruturado nos projetos de formação profissional em Educação Física? Como se explica o profissional de Educação Física não trabalhar, por exemplo, nos serviços de saúde voltados para o coletivo da população? Como se explica a Educação Física não ser questão fundamental das políticas sociais?*

É importante reconhecer que nos últimos anos a demanda e, talvez, a legitimidade pela atuação do(a) profissional de educação física no serviço público de saúde tem apresentado sinais de ampliação; prova disto é a criação do NASF⁵ em 2008, com possibilidades deste(a) profissional atuar, junto a outros profissionais, no SUS. O desafio então que se apresenta é a construção de processos formativos significativos que dialoguem, dentre outros, com o entendimento de Atenção Primária à Saúde que considera, além dos aspectos biopsicossociais e do meio ambiente, a não discriminação a nenhum grupamento humano por suas condições econômica, sociocultural, étnica, estética, sexual⁶. De acordo com Andrade et al (2008),

“Atenção Primária em Saúde pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde”. (p. 786)

A articulação da disciplina de PIMPO com outras na matriz curricular do curso se dá, também, a partir do diálogo com o campo da Saúde Coletiva, que, segundo NUNES

⁴ Compondo a área da saúde nesta instituição, são oferecidos também os cursos de Enfermagem e Nutrição.

⁵ Núcleo de Assistência à Saúde da Família.

⁶ Indicamos para tal o texto de Andrade et al (2008).



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

(1994) será entendido como um campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde com objetivo de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando ampliar significados e formas de intervenção. Utilizamos também o entendimento de Saúde Coletiva a partir de Carvalho (2008):

“As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social”. (pg. 139).

O referencial teórico utilizado durante o semestre que norteou tanto as discussões em sala de aula quanto as práticas de observação na ESF enfatizou a regulamentação e o entendimento sobre o Sistema Único de Saúde⁷, seus princípios, diretrizes, financiamento, desafios, avanços; a Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família⁸; a Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças⁹, dentre outras que foram contempladas na disciplina Saúde, Sociedade e Educação Física. Estabelecemos então, que um dos eixos estruturantes e norteadores tanto de nossas reflexões em sala de aula quanto no campo seria a concepção de saúde a partir das condições objetivas de vida dos sujeitos.

Apresentamos a partir de Andrade et al (2008), o seu entendimento sobre Estratégia Saúde da Família.

“Modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido”. (pg. 804).

Após a definição junto à Secretaria Municipal de Saúde do município sobre as quatro ESF que fariam parte de nossas visitas, a turma foi dividida em quatro grupos, onde cada um desses, orientados por um supervisor(a) realizaria as visitas, observações, entrevistas, nessas instituições, uma vez por semana, sempre às sextas-feiras pela manhã¹⁰. No total foram realizadas seis visitas *in loco* no horário de 08:00 às 11:15h para cada um dos grupos; ocorrendo também, após o início das observações, três seminários em sala de aula como reflexões sobre o cotidiano de trabalho observado nas ESF nos diferentes grupos de trabalho.

As ESF localizam-se em diferentes regiões e contextos do município. Geralmente em bairros com famílias de baixo poder aquisitivo, muitas em situações de pobreza, onde a precarização de saneamento básico, transporte público, segurança, espaços de lazer, dentre outros, fazem parte do cotidiano dos moradores. Uma delas está localizada numa área rural da cidade, aproximadamente 17 km de distância do centro do município. Durante as visitas os alunos(as) se depararam com condições diferenciadas em relação à materialidade das

⁷ Vasconcelos & Pasche (2008)

⁸ Andrade et al (2008).

⁹ Westphal (2008)

¹⁰ É necessário esclarecer que o turno frequentado pela turma é o noturno. No intuito de possibilitar esta experiência formativa aos discentes, no próprio edital de matrícula existe uma cláusula em que o aluno(a) deverá disponibilizar, pelo menos, uma manhã, nos dois primeiros semestres do curso, para realizar esta prática no serviço público de saúde.



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

ESF; desde instalações precárias para o atendimento à população, banheiros com vasos sanitários quebrados, infiltrações, pouco espaço para os usuários; até locais mais ampliados para o atendimento, arejados, onde, em uma delas, o terreno fora doado pela própria comunidade e edificado num “mutirão” para o funcionamento da ESF.

As primeiras visitas seguiram praticamente uma mesma rotina, pois o grupo estava munido de um “Roteiro de Observações” que estabelecia pontos comuns neste primeiro momento: conhecimento da unidade a partir do contato com a enfermeira responsável; apropriação da rotina de trabalho dos profissionais de saúde; primeiros diálogos com a comunidade, juntamente com os(as) Agentes Comunitários de Saúde, dentre outros. Alguns relatos¹¹ dos alunos(as) descrevem particularidades desses encontros iniciais nas ESF:

“Ao chegar à ESF, no bairro..., pela primeira vez fiquei surpreso, pois o ambiente externo é bastante agradável. Internamente o espaço para a execução das tarefas é pequeno, falta mais amplitude para os profissionais desempenharem seu papel. Com apenas uma sala para a enfermeira e outra para a médica, os outros profissionais, como a nutricionista, dividem a sala com a enfermeira. Os materiais recebidos ficam esparramados pelo chão por falta de lugar para guardá-los. A ESF é para atender o bairro de porém sua localização se encontra em outro bairro, levando ao questionamento de alguns usuários e moradores quanto à dificuldade de acesso ao local”. (Aluno 1)¹².

“A ESF do bairro ... estava em condições bem precárias pois todos os cômodos apresentavam infiltrações. Faltava material de trabalho, o banheiro dos funcionários estava sempre com defeito, não tinham um lugar adequado para receberem a comunidade pois era uma varanda com apenas 10 cadeiras...” (Aluno 2).

“A ESF... fica numa área rural, próximo à BR 040. Percebi que a estrutura era muito boa, a visão que tive foi positiva. Ao entrar me deparei com alguns pacientes aguardando o atendimento. A partir deste momento, fizemos a nossa primeira abordagem com o pessoal da secretaria; pedimos algumas informações, depois ficamos aguardando até que um dos profissionais viesse nos atender. Enquanto aguardávamos, observamos que havia uma movimentação no salão com um grupo de pessoas mais velhas (idosas); estava sendo realizada uma aula, percebemos que estas pessoas estavam se exercitando através de alongamentos. Logo depois, fomos chamados pela enfermeira para um primeiro contato. Depois de nos apresentarmos ela começou a nos mostrar a estrutura da ESF; fomos aos poucos conhecendo o local e fizemos várias perguntas. Ficamos também com a companhia de duas agentes de saúde que ajudaram a mostrar o local e falaram bastante das visitas que elas realizam, além dos procedimentos que são tomados. (Grupo 1).

“Ao chegarmos ao primeiro dia, fomos recepcionados pela própria supervisora....., pois a enfermeira responsável estava ministrando uma atividade para o grupo de caminhada. Assim que esta chegou nos conheceu e apresentou a ESF e seus profissionais. A primeira coisa que nos chamou atenção foi o que ela fazia, que era passar alongamentos para um grupo, na grande maioria idosos, que haviam acabado de realizar uma caminhada também orientada por ela.” (Grupo 2).

Na perspectiva dos relatos apresentados um dos pontos que nortearam nossas discussões diz respeito à estrutura física de algumas ESF apontando para reflexões sobre a

¹¹ Os relatos deste texto foram produzidos pelos alunos de forma individual e coletiva nos grupos de trabalho. Eles serão reproduzidos da mesma forma em que foram transcritos.

¹² No intuito de preservar a identidade tanto das ESF quanto dos sujeitos alunos(as), não utilizei nomes dos locais nem mesmo dos discentes neste trabalho.



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

precarização nos ambientes de trabalho em saúde, onde a lógica da improvisação dos espaços, da materialidade, parece freqüente nessas unidades. *Como promover saúde se os “ambientes” desta são precários para os sujeitos trabalhadores e usuários?*

Ainda na direção dos relatos acima, outra questão que norteadora de nossos debates foi a presença de práticas de caminhada, alongamentos, em algumas unidades. Embora o propósito de nossa prática nas ESF neste momento do curso não seja fazer uma análise, propriamente dita, às práticas corporais no serviço público de saúde, o fato de estarem presentes foi uma “novidade” para grande parte dos alunos. Durante os seminários da disciplina, surgiram questões para discutir as práticas corporais no SUS, onde dialogamos com os textos de Carvalho (1995, 2001, 2006) dentre outros autores: *Como articular as práticas corporais nas ESF com os demais programas para as comunidades em relação à promoção de saúde?; Quais sentidos e significados orientam a presença das práticas corporais no serviço público de saúde?; É possível a promoção de saúde a partir da sistematização de um programa de caminhadas, alongamentos, desconsiderando as condições de vida dos sujeitos?*

Os debates que se sucederam na esfera de se refletir sobre o lugar das práticas corporais no serviço público de saúde contribuíram para tensionar as representações dos alunos(as) sobre a relação “Atividade Física - Saúde”. No início do semestre tal representação se fazia unânime na turma, inclusive na perspectiva dos supervisores(as), onde tínhamos no grupo: uma fisioterapeuta, uma psicóloga e dois professores de educação física. Na medida em que o grupo se apropriava da leitura dos textos juntamente com o que presenciavam nas ESF, suas representações eram conflitadas, o que demandava uma reconstrução na forma de olhar tanto para os sujeitos quanto para suas “verdades”.

A seguir apresento alguns relatos sobre o cotidiano nas ESF a partir das visitas e entrevistas com pessoas da comunidade bem como agentes comunitários de saúde¹³.

“Ficamos extremamente comovidos com o caso da Sra, moradora do bairro há seis anos. Encontra-se no último grau de obesidade, pesa 140 quilos e é diabética. Ficamos sabendo que a mesma tentou uma cirurgia de cateterismo para desobstruir veias do coração pelo SUS; porém, a maca suportava só 120 quilos, sendo mandada para casa, com a recomendação médica de dieta para perda de 20 quilos. A Sra.... relatou que isso a desanimou completamente, pois não possui condição financeira para comprar alimentos de baixa caloria indicados na dieta.” (Grupo 1).

“ Sra....., 67 anos, aposentada, trabalhou toda sua vida como autônoma. Mora com outras seis pessoas. Declarou que mora numa casa de boas condições com água encanada, rede de esgoto, luz, telefone, asfaltada, porém, numa rua sem saída. Relatou que quase não sai de casa pois o resto dos moradores de sua rua estão envolvidos com o tráfico de drogas e não gostam de sua família, chegando até a ameaçá-los”. (Grupo 4).

“Entramos em algumas casas junto com a agente de saúde onde observamos que essas casas são muitos simples; o chão de cimento liso tipo vermelhão; não tinha muita privacidade, pois, em algumas casas não tinha porta e elas eram substituídas por um lençol onde o chão era de cimento grosso com quartos bem pequenos que mal cabia uma cama de solteiro. Algumas casas o banheiro era do lado de fora e quase não se via móveis dentro dessas casas.” (Grupo 3).

¹³ As visitas eram acompanhadas, geralmente, pelos(as) ACS, onde esses(as), segundo relatos, trabalhavam nas ESFs 40 horas semanais, recebendo um salário mínimo mensal. O trajeto desses profissionais eram realizados caminhando, de bicicleta e, numa ESF, a prefeitura disponibilizava um veículo duas vezes por semana.



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

“Existem cadastradas nesta ESF cerca de 860 famílias, aproximadamente 3318 pessoas, distribuídas para seis agentes de saúde. Uma das coisas que a ACS nos disse foi que a prefeitura não dá o suporte necessário, pois falta constantemente material de trabalho, fazendo com que elas (as ACS), tenham que comprar com o seu próprio dinheiro esse material”. Suas funções como ACS são: visita domiciliar, marcação de exames, entrega de exames, divulgação de datas de vacinas. A agente já tem cinco anos de serviços prestados junto à comunidade do; relatou que adora o que faz porque gosta do contato direto com os moradores, ajudando no que pode para amenizar alguns sofrimentos. Disse ainda que o retorno é bastante gratificante, sendo carinhoso o acolhimento das pessoas e que isso é suficiente para substituir as condições de trabalho nem sempre desejáveis. (Grupo 1).

As condições de vida de grande parte dos sujeitos e dos profissionais de saúde entrevistados nos instigam a refletir e pesquisar sobre o que está sendo proposto no serviço público de saúde e denominado como “Promoção de Saúde”, incluindo os programas de práticas corporais. De acordo com Westphal (2008):

“Substancialmente, a Promoção da Saúde, concepções e significados levam os profissionais envolvidos com este campo teórico e de práticas, a enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental da saúde. Os determinantes da saúde são as condições biológicas, econômicas, políticas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades”. (pg. 653).

Percebemos através desta experiência formativa mais do que uma possível mudança em nossas representações, a construção de um projeto de formação em educação física para atuar na área da saúde, que leve em consideração os sujeitos e suas condições objetivas de vida. Como lidar com o paradoxo das ESF serem instituições que atuam na Promoção da Saúde considerando suas concretas condições materiais e humanas? Entendemos que, para além dos propósitos formativos que tivemos a intenção de apresentar neste texto, buscamos sensibilizar nosso olhar para o cotidiano de trabalho na área da saúde.

Em função das limitações deste, muitos outros relatos não puderam ser contemplados, nem tampouco análises mais verticalizadas, o que nos convida para outras possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. et al. *Atenção primária em saúde e estratégia saúde da família*. Tratado de Saúde Coletiva. Orgs. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARVALHO, Yara Maria. *Formação e educação em saúde*. Tratado de Saúde Coletiva. Orgs. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

_____. *Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física*. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 27, n. 3, p. 153-168, maio 2006.

_____. *Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação?* Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v.22, n.2, p. 9-21, 2001



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

_____. *O “mito” da atividade física e saúde*. 2, Ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

NUNES, Everardo Duarte. *Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. Saúde e Sociedade, São Paulo, APSP/FSP/USP, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. & PASCHE, Dário Frederico. *O sistema único de saúde*. Tratado de Saúde Coletiva. Orgs. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WESTPHAL, Márcia Faria. *Promoção de saúde e prevenção de doenças*. Tratado de Saúde Coletiva. Orgs. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

Alameda das Alamandas n° 125 – Condomínio Jardins – Brumadinho-MG
CEP: 35460000 – Tel: 31-35756077 - 84719536

mcfernandes040@gmail.com

DATA-SHOW para apresentação.