

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA PROMOÇÃO DE  
SAÚDE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
-Monografia -**

**Guilherme Ribas Smidt**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

# **A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE**

**Guilherme Ribas Smidt**

Trabalho Final de Conclusão - Modalidade Monografia – Apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de:

**Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
Aprova o Trabalho Final de Conclusão

**A importância do Acolhimento e Vínculo na Promoção de Saúde**

Elaborado por  
**GUILHERME RIBAS SMIDT**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Aprovado em 13 de março de 2015**

**Comissão Examinadora:**

---

**Sheila Kocourek, Dra (UFSM)**  
Presidente/Orientadora

---

**Hedioneia M. F. Pivetta, Dra. (UFSM)**

---

**Luciana D. Molino da Rocha, Esp. (SMS)**

Santa Maria, 10 de março de 2015.

*Agradeço a minha família pelo incentivo e apoio para entrada  
na Residência em todo este percurso desta;  
Minha namorada por ser uma grande companheira, bem como  
parceira de discussões para construir atividades produtivas em  
busca de promoção de saúde às comunidades que eu estava  
inserido e no desenvolvimento desta Monografia;  
As comunidades por acreditar nos trabalhos desenvolvidos;  
A certos residentes e profissionais das equipes que foram  
grandes parceiros nas ações desenvolvidas;  
A atual Secretária de Saúde de Santa Maria por me inspirar a  
realizar um trabalho com ética e caráter, que é possível e  
potencialisa nossas ações em acreditar numa saúde pública  
mais universal e igualitária.*

## **RESUMO**

Trabalho Final de Conclusão - Modalidade Monografia  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **Importância do Acolhimento e Vínculo na Promoção de Saúde**

AUTOR: GUILHERME RIBAS SMIDT  
ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> SHEILA KOCOUREK  
Data da Defesa: Santa Maria, 10 de março de 2015.

O presente estudo relatará as experiências vividas, de um profissional graduado em Educação Física, em Estratégia de Saúde da Família, na Região Oeste e Centro-Oeste do município de Santa Maria-RS, a partir do seu trabalho de dois anos dentro da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. O mesmo tem como objetivo revelar como o acolhimento e vínculo se constituem como dispositivo de promoção de saúde. Este trabalho é uma Monografia para titulação de Especialista em Sistema de Saúde Pública, com ênfase em Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Uso do método descritivo para relato de experiência em forma de linha de tempo. A monografia procurou provocar o necessário movimento da prática do profissional de Educação Física dentro da saúde pública para desconstrução de um paradigma curativo, para estabelecimento de uma nova visão de atuação, de promoção da saúde e prevenção de doenças, no contexto da atenção básica.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional. Estratégia de Saúde da Família. Promoção da Saúde. Acolhimento. Vínculo.

## **ABSTRACT**

FINAL PAPER – PUBLISHABLE FORM  
INTEGRATED MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY PROGRAM  
IN THE PUBLIC HEALTHY SYSTEM  
FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA MARIA

### **HOME IMPORTANCE OF LINK IN HEALTH PROMOTION**

AUTHOR: GUILHERME RIBAS SMIDT  
ADVISOR: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. SHEILA KOCOUREK  
DATE OF DEFENSE: SANTA MARIA, MARCH 10<sup>TH</sup>, 2015.

This study will report the experiences of a senior professional in Physical Education in the Family Health Strategy, in the Western Region and Central West of the city of Santa Maria-RS, from your work for two years within the Multidisciplinary Residency the Federal University of Santa Maria. The same aims to reveal how the host and link are constituted as health promotion device. This work is a monograph for titration Specialist in Public Health System, with emphasis on Primary Care / Family Health Strategy. Using descriptive method for reporting experience in the form of the timeline. The paper sought to provoke the necessary professional practice of movement of physical education in public health for the deconstruction of a healing paradigm, to establish a new vision of performance, health promotion and disease prevention in the context of primary care.

**Keywords:** Multidisciplinary Residency. Family Health Strategy. Health Promotion. Home. Link.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA – Hipertensos e Diabéticos

PNH - Política Nacional de Humanização

PSE – Programa de Saúde na Escola

OMS - Organização Mundial de Saúde

RMI – Residência Multiprofissional Integrada

SUS - Sistema Único de Saúde

TCP – Trabalho de Conclusão da Pós

UBS - Unidades Básicas de Saúde

VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	9
1. INTRODUÇÃO .....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	12
3. METODOLOGIA .....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
APÊNDICE .....	42

## APRESENTAÇÃO

Esta monografia sintetiza o processo de formação no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. Após acompanhar o trabalho de conclusão de pós-graduação das R2 (turma de residentes 2012-2014), foi acordado entre os atuais residentes, tutores e preceptores a necessidade de dar continuidade ao projeto. O intuito deste trabalho é mostrar a importância de ampliar as ações para além da clínica tradicional, percebendo o quanto o acolhimento e vínculo na produção de saúde a partir da perspectiva da clínica ampliada são indispensáveis para assegurar a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, o Trabalho de Conclusão da Pós-Graduação tem como objetivo demonstrar a importância do acolhimento e vínculo se constituírem como dispositivo para promoção de saúde. No decorrer do texto é possível entender como vem ocorrendo este processo de promoção de saúde entre usuários participantes de grupos, referenciados em duas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da Região Oeste e Centro-Oeste de um município do interior do RS, a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo.

Trata-se de um projeto guarda-chuva desenvolvido por mais dois núcleos (enfermagem e fisioterapia), sendo que a presente monografia abordará a importância do acolhimento e vínculo na promoção de saúde a partir do subprojeto 01 de ações de intervenção no pressuposto da clínica ampliada objetivando melhorias na qualidade de vida dos usuários. Os demais objetivos específicos são: identificar o perfil socioepidemiográfico e de saúde; identificar os motivos de adesão e permanência dos participantes dos grupos; e, compreender os saberes dos usuários a respeito da saúde e dos determinantes sociais e a relação destes com as ações de promoção à saúde da equipe multiprofissional.

Importa referenciar que o autor da monografia é do núcleo profissional da Educação Física e o ingresso na Residência Multiprofissional, motivado pela consciência da importância do trabalho em saúde pública, deu-se numa ESF da região oeste no primeiro ano e após sua transferência para uma ESF da região centro-oeste no segundo ano. No primeiro ano o Programa de Residência foi implantado na região oeste sendo a primeira turma de residentes neste território com três diferentes núcleos profissionais, sendo um deles a Educação Física. Por

consequente, no segundo ano de trabalho foram construídos e continuados grupos de atividade física, grupos de HIPERDIA, grupo de mulheres e grupo de saúde na escola. Apropria-se de tais grupos e desempenham-se ações de planejamento prévio a atividade partindo das sugestões dos usuários e constante avaliação das práticas.

Nessa perspectiva a presente monografia aborda uma breve introdução da temática, o referencial teórico, tendo como lastros o conceito de saúde, definições de promoção à saúde e o acolhimento e vínculo. Após, é trazido o caminho metodológico percorrido pelo autor da presente monografia e apresentam-se os resultados confrontados com a literatura, as considerações finais e as referências bibliográficas.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado “Grupos no contexto de Promoção a Saúde: Importância do Acolhimento e Vínculo na Promoção de Saúde” relatará as experiências vividas, de um profissional graduado em Educação Física, em Estratégia de Saúde da Família, na região oeste e centro-oeste do município de Santa Maria-RS. Esta temática se mostra de grande relevância no que se refere ao acolhimento e vínculo como dispositivos para promoção da saúde, sendo promovedores de mudanças ao introduzir um modo ativo de intervenção em saúde com entendimento mais amplo do usuário do serviço, na sua dimensão biopsicossocial. Tais dispositivos possibilitam ações mais humanizadas, articuladas e resolutivas para uma real promoção da saúde.

Os relatos das vivências serão descritos desde o primeiro contato com a comunidade, por exemplo, com grupos de atividades físicas, trabalhos de parcerias entre equipe de referência e comunidade, tais parcerias criadas para enriquecer o trabalho. Também, será mencionada a importância do vínculo e acolhimento feito desde a porta da entrada do sistema, bem como a participação efetiva dos residentes nos Conselhos de Saúde locais e municipais. Outra questão relevante a se tratar no trabalho é quanto o trabalho multiprofissional nas ESFs, sobretudo, quando há profissionais da residência neste campo de saúde pública do município de Santa Maria e o que diferencia (no processo de trabalho da equipe) com a presença deles em tal contexto. Deste modo, o objetivo desse trabalho é visualizar como o acolhimento e o vínculo se constituem como dispositivos de promoção de saúde.

Ao longo do texto é possível visualizar como a experiência junto aos grupos trouxe êxito no alcance das estratégias de trabalho, como a participação contínua do educador físico nos grupos de atividade física, criação de um novo grupo de atividade física semanal na área mais distante da ESF, região centro-oeste e fomento em cada espaço de acolhimento à participação nos grupos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 21. Como o acolhimento e vínculo se constituem como dispositivo de promoção de saúde

#### 2.1.1. Conceitos de saúde

O conceito de saúde nos revela que, conforme Neves (2006), é um estado de completo bem estar físico, mental e social não sendo meramente a ausência de doença e enfermidade. Sendo assim, a saúde é um direito humano fundamental. Na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, este conceito se define como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Assim, antes de tudo, Motta (2000) afirma que a saúde é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida. Esta definição, segundo Buss (2000), mostra que para se conseguir atingir um ótimo nível de saúde é necessária à ação conjunta de vários setores sociais e econômicos, juntamente ao setor saúde. Também no ano de 1986 é realizada no Canadá, na cidade de Ottawa, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que considera como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (NEVES, 2006).

Existe diversidade nas percepções e vivências do processo saúde/doença em cada contexto, cada sociedade, cada ambiente, além de haver também fantasias, medo e o imaginário presente nesse processo, já que a saúde é uma preocupação existencial humana. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde e doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social, alega Borges (2002). Portanto, nota-se que saúde, não é algo estático, um estado, mas ao contrário, é um processo, algo dinâmico em constante mutação (NEVES, 2006).

Atualmente, o conceito de saúde, mais do que nunca, vai além da simples ausência de doença. Este conceito do processo de saúde e doença tem evoluído muito, no sentido de se distanciar das visões negativas a uma aproximação da visão positiva. Ou seja, do foco principal nas doenças e mortes para as concepções mais vinculadas à qualidade de vida da população e da produção social de saúde (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Salieta-se que as práticas em saúde têm procurado acompanhar essa ideia de maneira ainda incipiente, não há como negar que a Estratégia de Saúde da Família traz um grande impulso nesse sentido, mostrando que, para compreender o contexto saúde-doença, não pode deixar de lado as questões sociais, econômicas e culturais que com ele se relacionam. O que se pretende é ampliar as ações que visam à melhoria, não apenas da saúde entendida no seu sentido biológico, mas também das condições de vida da população (SOARES, 2005).

Mendes (1999) afirma isso quando revela na sua escrita que a saúde é resultado de um “processo de produção social que expressa à qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano”, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida”, seja individual ou coletivamente (TANAKA; ROBEIRO, 2009, p. 478).

Logo, percebe-se que o conceito de saúde é muito amplo, não consistindo apenas na ausência de saúde ou doença a partir de um diagnóstico, algo sintomatológico. Nesta perspectiva, os autores contemplam esta temática trazendo a saúde muito além de processos biológicos, mas de existência de vida, percorrendo os fatores psicossociais.

### *2.1.2. Definições de promoção de saúde a partir de autores bases para o assunto*

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de HPA (2004), define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. Ou seja, representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e

habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva. Então, entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorá-la, sendo a participação destas pessoas essencial para sustentar as ações de promoção da saúde (NEVES, 2006).

Em contrapartida, a concepção moderna de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Sendo que, de acordo com Buss (2000), quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas, nos últimos 12 anos, em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) desenvolvendo assim as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Enquanto que na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (NEVES, 2006).

A partir da década de 1980, Who (1984) afirma que, a promoção de saúde passou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela Organização Mundial de Saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos predominantemente por Organizações Internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos (CERQUEIRA, 1997). A Carta de Ottawa foi um marco importante. Inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, “supone la síntese de los enfoques orientados hacia las causas generales y particulares de la promoción de la salud” (TERRIS, 1992, p.41). Declara a Carta que a promoção de saúde “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1996, p.367, apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A Carta afirma seu compromisso com a equidade bem como explicita que a promoção está além do setor Saúde, enfatizando a atribuição da promoção de fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a Saúde como meta e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população. Assumindo a relação da saúde com a política, a economia, o meio

ambiente e os fatores sócio-culturais e biológicos, atribui-se à promoção o dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde. Pressupondo a intersectorialidade, estabelece ao setor sanitário um papel mediador, como a participação ativa da população é destacada como um meio essencial para operacionalizar a promoção de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Dentre os campos de ação da promoção de saúde mencionados na Carta de Ottawa estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários. A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide (Austrália) em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (BRASIL, 2001, p.26). Nesta Declaração é afirmada que o principal propósito das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

A criação de tal entorno propiciou o foco da 3ª Conferência Internacional, realizada em Sundsvall (Suíça), em 1991, este encontro firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. A Declaração de Sundsvall preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Por sua vez, a Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia, em 1997, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (BRASIL, 2001, p.43). Finalmente, a 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembléia Mundial da Saúde de 1998. Procurando promover a responsabilidade social em matéria de saúde, ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos, aumentar a inversão no desenvolvimento da saúde, bem como assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde, fortalecendo sua base científica e,

por último, reorientar os sistemas e serviços de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Tendo a experiência brasileira em foco, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) muito tem sido falado sobre promoção de saúde (MELLO et al, 1998). A promoção é diretamente referida no *Artigo 196* da Constituição de 1988. Na *seção II, capítulo II do título VIII* encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com Brasil (1998). Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o *Artigo 196* expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária Brasileira ao instituir a Saúde como direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ao estimular o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde, a descentralização da saúde, uma das diretrizes do SUS prevista na Constituição de 1988, criou condições para ampliar a participação social (outra diretriz do SUS) e fortalecer a democracia. É interessante associar estas duas diretrizes do SUS ao seguinte destaque feito por Mello (2000, p.1149), de que os “pressupostos básicos para viabilizar projetos em promoção de saúde continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas”.

Mello et al (1998) afirmam que, apesar da promoção estar assinalada também na Lei Orgânica da Saúde e encontrar ancoradouro nos caminhos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, “políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde” (p.584). A constatação desses autores parece vir ao encontro da de Cerqueira (1997, p.17), o qual ressalta que “apesar de numerosos esfuerzos por consolidar un enfoque democrático-participativo”, a promoção de saúde continua sendo identificada com práticas individualistas e medicalizantes.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos, consoantes trabalho de Buss (2000). No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os

no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (NEVES, 2006).

Deste modo, torna-se necessário descrever as estratégias-chave da promoção da saúde, que segundo Sheiham (2001) estas estratégias podem ser resumidas em cinco aspectos. O primeiro seria a promoção de saúde através de políticas públicas, focalizando a atenção no impacto em saúde das políticas públicas de todos os setores e não somente do setor da saúde.

Consecutivamente, o segundo ponto traz a criação de ambiente favorável através da avaliação do impacto em saúde do ambiente e evidenciar oportunidades de mudanças que conduzam à saúde. O desenvolvimento de habilidades pessoais, como terceiro aspecto, possibilita a ampliação à disseminação de informações para promover compreensão e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitam indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde. O quarto aspecto, fortalecimento de ações comunitárias, apoiaria ações comunitárias concretas e eficazes na definição de prioridades, tomada de decisões, planejamento de estratégias e implementação destas para atingir melhor padrão de saúde. Enfim, a reorientação de serviços de saúde, possibilitaria o redirecionamento do modelo de atenção da responsabilidade de oferecer serviços clínicos e curativos para a meta de ganhos em saúde (NEVES, 2006).

Estas estratégias mostram que o Sistema Único de Saúde (SUS) necessita investir em diversidades de núcleos profissionais, bem como em educação permanente para qualificação de equipes e ferramentas de tecnologias leves para melhor eficácia no atendimento ao usuário. Ou seja, para haver uma consolidação no processo de cuidado nos serviços de saúde, com humanização, equidade e integralidade. Visto que tais diretrizes são priorizadas pelas políticas do SUS.

### *2.1.3. Definindo os sete princípios da promoção de saúde*

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela OMS. Neste sentido, cabe destacar a responsabilidade do governo, tanto em nível local como nacional, de atuar de maneira a garantir que as condições totais, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Segundo Luciano Junqueira (1997) a intersetorialidade é entendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social” (JUNQUEIRA, 1998, p.84).

O empoderamento e a participação social são destacados como princípios-chaves, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (WHO, 1984). A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas. É do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificadas e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas a partir delas.

A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, preocupação que parece estar ligada ao princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Segundo Labonte (1996b) o termo refere-se ao processo de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de

poder. O primeiro passo na direção do empoderamento da comunidade “es devolverle el poder de definir” (LABONTE, 1996a, p.155), seria fundamental à promoção de saúde comunitária, já que nela as comunidades são responsáveis pela definição e eleição de seus problemas e necessidades prioritárias. Cabe aqui ressaltar que, ao implementar políticas de promoção de saúde, os princípios de empoderamento e participação não devem ser separados. A própria OMS reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança apenas contribui para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência. É fundamental, portanto, vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Como afirmado na Carta de Ottawa, a promoção tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde e está afinada com o princípio de justiça social. “Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar” (BRASIL, 2001, p.40). Segundo a OMS, para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizando “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001, p.26).

Conseqüentemente, ocasionando possível reverção das desigualdades sociais instaladas. Cabe ainda assinalar que não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar diferenças injustas e evitáveis, remetendo à dimensão moral e ética subjacente ao princípio e à busca por realizar os direitos sociais (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

As ações multi-estratégicas, o sexto princípio da promoção da saúde, conforme alegam Sícoli e Nascimento (2003), pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitárias, questões legislativas, educacionais e no âmbito da comunicação.

Finalmente, o sétimo princípio refere-se à sustentabilidade, a qual remete a um duplo significado - criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do

desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (ZIGLIO et al, 2000 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Ressalte-se que, segundo Jacobi (1999), a problemática da sustentabilidade assume, neste final de século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local. A noção de sustentabilidade implica uma necessária interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte. Mas também se associa a uma premissa da garantia de sustentação econômico, financeira e institucional (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

#### *2.1.4. Promoção, prevenção e educação em saúde*

Souza e Grundy (2004) afirmam que é crucial abordar a diferenciação entre os conceitos de promoção, prevenção e educação em saúde, os quais muitas vezes são utilizados simultaneamente como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde (NEVES, 2006).

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. A primeira é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto a segunda é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando, deste modo, num modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção (FREITAS, 2003 apud NEVES, 2006). Além disto, como observa Czeresnia (2003), a compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações. Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência (NEVES, 2006).

Nesta perspectiva, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a

alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Para que se perceba a diferença entre educação em saúde e promoção da saúde, conforme Cadeias (1997), se faz necessário o esclarecimento de tais conceitos, mesmo se reconhecendo as dificuldades inerentes a tal esclarecimento. Resumidamente, pode-se afirmar que se entende por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, enquanto a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (NEVES, 2006). Outro ponto importante a se destacar é refletir com cuidado antes de afirmar que a promoção da saúde é fantástica e fascinante, conforme declaração de Saan (2001, apud NEVES, 2006). Visto que, consoante Mello (2000), pode ser em seus aspectos ideológicos um empreendimento de natureza holística que, conectado as dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população. Com isso, percebe-se que tal visão é possível e muito viabilizada nas atividades que ocorrem no território das ESFs.

#### *2.1.5. Acolhimento e Vínculo*

O acolhimento é uma escuta qualificada por busca espontânea, com uma atenção humanizada e olhar integral ao usuário, este sendo encaminhado conforme necessidade. Por ser um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde, o qual o SUS prioriza muito, este dispositivo não é um processo, e sim uma ação, uma postura ética. De acordo com Lima et al (2013), o acolhimento se configura como um dispositivo de recepção e, além disso, uma oportunidade de estabelecer relações produtoras de vínculos. Logo, não se definindo como meramente um protocolo de serviço e procedimento a ser realizado. Este acolher se faz pela escuta solidária e do comprometimento com a trajetória do usuário no serviço (LIMA et al, 2013).

Na cartilha do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH, 2006), o acolhimento remete-se a “tecnologia do encontro”, um “regime de afetabilidade

construído a cada encontro e mediante os encontros” como “construção de redes de conversação afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (p. 18). Com isso, o sujeito ganha ênfase, sendo reconhecido como parte e ator do processo, ou seja, é valorizado como participante ativo no processo da sua produção de saúde.

Na atenção primária, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal no decorrer do tempo fazem desse nível de cuidado um ótimo local para estreitamento do vínculo com o paciente (BRASIL, 2011). Este vínculo, conforme Coelho e Jorge (2009), é “uma conquista e não um acontecimento imediato”, esta relação produz maiores trocas de saberes entre trabalhador-usuário quanto maior for a articulação destes. Ou seja, o vínculo como uma relação interpessoal, neste contexto entre profissionais da saúde e usuários, se aprofunda no decorrer do tempo à medida que estes se conhecem “gradativamente e melhor, mediante relações de escuta, diálogo, respeito e confiança” (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012, p. 12). Esta relação ocorre sem hierarquias ou imposições, com a presença da convivência e proximidade, sendo apreendido pela “valorização de aspectos apontados como ‘saber ouvir’, ‘ser igual’, ‘não atribuir diferença entre profissional e usuário’, tratar com ‘simpatia’, ‘bem’, com ‘respeito’ e ‘amizade” (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, p. 15).

Esta temática vem ganhando espaço no contexto dos serviços de saúde, quando Teixeira (2008) alega que o acolhimento vem requalificando a discussão a respeito do problema de acesso e recepção dos usuários nestes serviços, especialmente na atenção básica à saúde (nas ESFs).

O acolhimento é um dispositivo indispensável, essencialmente “comunicacional” (TEIXEIRA, 2008). Isto, vindo a corresponder com o entendimento de Cartilha da PNH (BRASIL, 2010), a qual cita o acolhimento como “ato ou efeito de acolher”, expressando uma ação de aproximação, um “estar com” e “um estar perto de”, sendo uma “atitude de inclusão” (p. 6).

Tal atitude é perceptível nas ESFs, principalmente com a integração dos usuários aos grupos do serviço ou na ocorrência das visitas domiciliares, em que o vínculo se fortalece. Aqui, conforme Baratieri, Mandú e Marcon (2012, p. 17), a “proximidade da realidade e o vínculo favorecem o agir sobre condicionantes da saúde-doença”, sobretudo, o melhor acompanhamento deste usuário, seja individual e coletivo, ao longo do tempo. Isto valoriza a longitudinalidade, “como uma das

características que diferencia a ESF do antigo modelo assistencial” (p. 17). Já nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), o acolhimento acontece, porém, o vínculo não se estabelece por conta da dinâmica do trabalho.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo relata vivências dos dois anos de trabalho do profissional de saúde da área de Educação Física em processo de formação pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, na área de concentração de Atenção Básica à Saúde, ênfase em Estratégia de Saúde da Família. Em consonância com as políticas públicas de cuidado à saúde do usuário desde a criança até o idoso, tal profissional realizou inúmeras intervenções em unidades de ESFs no município de Santa Maria-RS.

Com isso será relatado, de modo descritivo e organizado em formato de linha do tempo, as vivências de um residente do núcleo profissional de Educação Física. O seguimento será dado desde o primeiro momento em que foi acolhido pelo Programa de Residência Multiprofissional da UFSM até as suas práticas no campo, ou seja, data-se no período de Março/2013 à Março/2015.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A monografia tem como princípio apresentar a importância que a Residência Multiprofissional está proporcionando para o núcleo profissional da Educação Física na Área da Atenção Básica, pelo fato de ter aberto mais um campo de atuação, revelando-se uma grande descoberta e um caminho desafiador. Frente a isto, percebe-se como as grades curriculares dos cursos de graduação muitas vezes não dão conta de temáticas inerentes às atuações no âmbito do SUS, uma delas como as Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Exemplo disso, o que ocorre na graduação de Bacharelado em Educação Física, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a qual não está dando ênfase na sua grade curricular e, conseqüentemente, os profissionais bacharéis entram sem ter noção da sua real atuação dentro deste campo. A explicação vem pelo fato de não terem nenhuma teoria e muito menos prática, dificultando, assim, o primeiro momento de residente. Contudo, isto não é um impeditivo para desenvolver e construir suas competências profissionais.

Após mostrar a importância da residência para o núcleo profissional, o assunto a ser discutido foi como começou o contato com a equipe da ESF da Região Oeste, do município de Santa Maria-RS, sendo o primeiro campo de atuação deste residente, durante o seu primeiro ano de residência. No segundo ano, houve sua transferência para outra ESF, agora na Região Centro-Oeste.

Neste primeiro ano de residência, após uma semana de aula e muitas conversas com preceptores e tutores, a ansiedade e a curiosidade foram sendo transformadas em conversas com os profissionais do campo e muitas visitas no território com agentes comunitários de saúde para conhecer desde o perfil dos usuários até as características físicas para logo mais começar a pensar estratégias de como desempenhar ações de núcleo e campo profissional.

Consecutivamente, durante semanas de identificação do território e da equipe, foram sendo pensadas como no primeiro momento os três núcleos profissionais do Programa de Residência neste território (Enfermagem, Educação Física e Odontologia) poderiam conhecer a comunidade e também ajudar nas ações que já vinham sendo desempenhadas na ESF de referência. Com isso no primeiro momento foi pactuado entre residentes e equipe algumas ações, as quais poderiam ajudar no (re)conhecimento e vinculação com a comunidade. Ações como, por

exemplo, a recepção, vacinação, visitas domiciliar (VD) com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e participação no Conselho Municipal de Saúde pareciam coisas simples no primeiro momento, mas foram o diferencial para conseguir ter a leitura certa de quais atividades e ações seriam um dispositivo potente nas atividades para comunidade dessa ESF da região oeste, sendo essas ações iniciativas do residente de Educação Física acordadas com a unidade.

Primeiramente se falará da recepção, pois se percebeu que na ESF da região oeste era o local que menos os funcionários da equipe gostariam de estar. Outro motivo para começar a falar da recepção é pelo fato do residente Educador Físico interpretar ser a forma mais fácil de conhecer a população. Portanto, foram meses de trabalho na recepção, conhecendo todo o andamento da equipe, como preenchimento do SIA-SUS para atendimentos, do médico, puericultura da enfermagem, pré-natal de médico e enfermeiro, vacinação, consulta de enfermagem, distribuição de medicamentos entre outros. Esse tempo mostrou-se um diferencial, pois a partir desse momento o residente foi sendo reconhecido como mais um profissional que integrava tal ESF e com isso os usuários deste território começaram a desenvolver certa curiosidade, digamos, sobre o que este novo profissional teria para acrescentar, sua função, neste campo. Com o passar do tempo, depois de já ter uma certa vinculação com a comunidade, estes começaram a se integrar nos grupos para descobrir como era as atividades físicas e de que forma isso se somaria em suas vidas.

Outra iniciativa foi quanto à vacinação, mostrando ser uma experiência muito rica para ampliação do trabalho de campo/núcleo enquanto profissional de Educação Física, já que este não tem tal ação definindo sua função e por conta disto revela o quanto importante é estar se inserindo em atividades de outras áreas para definitivamente se apropriar de um campo multi/interdisciplinar. As dificuldades são reais, por vezes, quando tal atividade não é apoiada pelo profissional tutor do profissional residente, por este primeiro acreditar que esta prática não condizer com meu núcleo profissional em questão – a do Educador Físico.

Mesmo assim este acompanhamento das vacinas é de suma importância e deve ser valorizado como prática de outro núcleo que não somente da enfermagem, realizando assim uma intervenção multiprofissional. A mesma, nesta experiência do residente, foi possível através do acompanhamento com uma técnica de enfermagem, desde o preenchimento e a interpretação da caderneta de vacinas até

o reconhecimento desta para todo o ciclo de vida de uma pessoa (da infância ao idoso), portanto, sabendo todo calendário vacinal. Esta vivência no âmbito das vacinas se revela proveitoso também quando há visitas domiciliares, desenvolvendo um trabalho que ajuda na informação correta e atualizada das cadernetas das crianças, ou nos grupos de saúde informando às pessoas que se mostravam com dúvidas sobre suas vacinas, dos seus filhos, netos e até mesmo de seus vizinhos.

Portanto o aprender sobre vacina contribui para desempenhar o campo e somar mais um conhecimento profissional para auxiliar em todos os momentos com os usuários, desde os grupos de atividades físicas até as VDs, conversas informais no dia a dia, entre outras atividades no território em questão.

O terceiro ponto muito importante, quanto às visitas domiciliares com agentes comunitários de saúde (ACS), sendo estes os grandes conhecedores e facilitadores para tais ações. Esta prática mostra-se como o melhor momento de familiarizarse com o território, mostrando ser mais fácil conhecer as famílias, percebendo suas peculiaridades e de cada membro desta, sobretudo, percebe-se que neste momento é possível também começar a construir um vínculo e/ou a fortalecê-lo com a comunidade, sendo o mesmo a peça-chave para o andamento dos grupos (os recém-criados e aqueles em adamento) terem um resultado importante e positivo, com a adesão da comunidade.

O último ponto, mas não menos importante, a ser discutido é sobre a participação nos Conselhos Municipal de Saúde. Ao começar a participar como ouvinte foi pensado muito nesta possibilidade, por não entender a real função do mesmo bem como a participação comunitária, conseqüente da falta de conhecimento a respeito do assunto. Porém, este pensamento foi mudando a partir das frequentes idas às reuniões do Conselho e leituras realizadas sobre este tema. Resultado disso foi um conhecimento acrescentando nas vivências, tanto profissional quanto pessoal.

A cada reunião presenciada era instigante, envolvente com sentimentos de grande curiosidade, pelas temáticas discutidas, tais como: controle social, Políticas Públicas, a situação da saúde de Santa Maria e como os gestores estão traçando metas tal situação. Também, pelas frequentes idas ao Conselho, abriram-se convites de participar em outros Conselhos locais da região, as quais o residente estava inserido na comunidade pelos trabalhos da Residência, oportunizando,

assim, a criação de parcerias com lideranças comunitárias e conselheiros engajados na questão de promoção de saúde e grupos de saúde.

Percebe-se que esta inserção nos Conselhos é muito válida para um trabalhador na área da saúde no momento que se quer desenvolver trabalhos diferenciados numa comunidade. Esta inserção é de suma importância para os residentes, por possibilitar mais integração, articulação com a comunidade e lideranças comunitárias, bem como ampliar seu olhar sobre o trabalho dentro do território e se fazer de fato um trabalho interdisciplinar preocupado com o controle social. Isto se afirmou nas experiências do autor desta monografia, reconhecendo este ambiente como propulsor de conhecimentos sobre o sistema de saúde da cidade e das comunidades, onde desenvolve a residência. É essencial esta participação para desempenhar trabalhos que sejam positivos ao controle social e que não se anule com o término das práticas do residente no campo que atua.

A participação dos residentes neste órgão representativo e deliberativo é desejável em todo o processo, contudo as instituições não tem clareza desta importância, criando, em alguns momentos empecilhos a participação dos residentes no mesmo. Neste sentido, como descrito acima, o residente era liberado para ir ao conselho como representante da ESF, mas percebe-se o quanto tal participação é importante e não está instituído dentro da carga horária a partir de ações teórico-práticas da residência. Ressalta-se a importância dos Conselhos de Saúde para a promoção de saúde nas comunidades, pois os assuntos tratados nas reuniões ordinárias nos conselhos são relevantes ao município por tratar de realidades, as quais essas poderão ser interpretadas para criação/desenvolvimento de ações nos territórios.

Após três meses de muito trabalho, mostrando que o educador físico não faz somente o trabalho do seu núcleo profissional, mas também realiza ações de campo multiprofissional, com interesse e comprometimento nas intervenções com a equipe e comunidade; e para com as mesmas. O primeiro objetivo se revelou contemplado, que seria identificar as características da população que se trabalharia nas caminhadas e atividades físicas, bem como conseguir criar um vínculo importante com esta comunidade da região oeste, o qual se evidencia como outro objetivo.

Portanto, com o vínculo formado e construído, o residente, com ajuda de uma agente comunitária e outro residente de enfermagem, começou a descrever o perfil dos usuários que seriam beneficiados com as atividades físicas, a partir de

características relevantes no que diz respeito à saúde biopsicossocial do usuário. Seriam mulheres de militares, trabalhadoras rurais, donas de casa e aposentadas. Ao criar o grupo, após reconhecer o público alvo, as atividades começaram com somente um grupo de caminhada que realizava atividades três vezes por semana. Após três meses de trabalhos em ações diversas começaram a se definir metas mais concretas com os usuários deste território, das três vezes por semana, passou-se para cinco vezes por semana; com uma recepção nas atividades de uma forma mais acolhedora, com objetivos bem definidos, como, diminuição de peso, estabilizar a pressão, melhora no hemograma, diminuição de dores articulares, diminuição de medicamentos e a melhora na saúde mental, ou seja, todos objetivos centrados numa melhor qualidade de vida.

As atividades desenvolvidas depois de um começo de só "caminhada", conhecer os usuários, foram sendo desenvolvidos trabalhos planejados e programados pela individualidade de cada aluno do grupo. Como, trabalhos realizados em um horário propício para a comunidade e de consenso, que seria das 08 às 09 horas no inverno e das 07h30min às 08h30min no verão, sempre com pontualidade do profissional e com ambiente definido (exemplo disso são as Igrejas da comunidade que ofereciam seu salão comunitário para as atividades desempenhadas do grupo) mostrando o comprometimento deste com a comunidade. Os exercícios seriam segunda-feira a sexta-feira, realizando atividades desde aquecimentos, caminhada, trabalho de flexibilidade, equilíbrio, alongamento, até trabalho força, reflexo e aeróbico (APÊNDICE 1).

No quarto e quinto mês de residência foram trabalhados intensamente estes exercícios, com adaptações de certos momentos por não ter o ambiente "pista" dos quartéis em condições, por chuva ou muito calor, mas tentando de segunda a sexta fazer as atividades "religiosamente", buscando alternativas como os centros comunitários das Igrejas que os usuários participam, criando desde já as parcerias entre equipe, alunos e comunidade, conseqüentemente, criando vínculos e articulações para promover a saúde no território.

Do sexto ao nono mês de trabalho com o grupo de caminhada, consolidava-se cada vez mais o trabalho, sendo que a adesão aumentou muito, de seis usuários nos primeiros meses para vinte e cinco usuários assíduos, participando e buscando as progressões individuais para uma vida mais saudável, com ações preventivas e promotivas à saúde – exemplo disso, trabalhos de flexibilidade que auxiliaram nas

diminuições de dores e encurtamentos nas articulações, melhoras na parte cardiovascular, resultados positivos pela diminuição de dores crônicas, diminuição de peso, entre outros ganhos com tais intervenções corporais.

Ainda sobre as atividades físicas no grupo, outro exercício muito executado foi da respiração diafragmática<sup>1</sup>, trazendo benefícios diversos para os participantes do grupo, desde a controlada ansiedade até a melhor oxigenação do cérebro, sendo esta intervenção utilizada para aliviar/reduzir a ansiedade/nervosismo diante de uma situação excitatória.

Demorou um pouco para adicionar esses exercícios na rotina diária do grupo, mas foi planejado assim por ser um momento de os usuários estarem com objetivos mais concretos nas atividades e conseguirem notar diferenças mais sólidas em cada soma de algum dispositivo novo na rotina diária. Com isso a respiração diafragmática, foi um “*plus*”, para a saúde física e mental, pois o grupo já estava constatando melhoras na saúde física, mas precisava de um melhor controle da saúde mental, e a respiração veio a fechar com os objetivos, sendo que essa respiração auxiliá-los-ia no sono, bem como na tranquilidade do indivíduo, diminuição de ansiedade, melhora da circulação sanguínea no cérebro. Tudo isso, somado a todo trabalho que estava sendo feito.

Ainda no terceiro trimestre de vivências no campo prático, ocorreu cada vez mais vínculo entre grupo de atividades física e profissional residente, com isso abriu oportunidade para trazer novas ações, como almoços festivos, risoto e rifa. Proporcionando logo ali, a oportunidade de compra de matérias para evoluções físicas e equilíbrio mental do grupo de atividade física e grupo de conversas.

O pensar fazer rifas e risoto foram ideias discutidas e estruturadas em equipe com parceria do grupo de atividade física, buscando como objetivo principal o trabalho em equipe e a união desta com a comunidade ao um bem maior que seria o sucesso das ações. Houve dificuldades no primeiro momento, como unir a equipe pela mesma estar dividida por ter ideias divergentes (exemplo de alguns profissionais pensar que não era função da ESF realizar, juntamente com a

---

<sup>1</sup> Segundo Deminco (2012), orienta-se o paciente de que a respiração deve partir do diafragma, inspirando pelas narinas e uma quantidade suficiente de ar e expirando pela boca. Os movimentos devem ser pausados para facilitar a desaceleração da respiração e, contando-se até três para cada fase: inspiração, pausa, expiração e pausa para nova inspiração. Para que o paciente aprenda essa nova forma de respirar, recomenda-se a sua prática várias vezes na ausência de sintomas de ansiedade, estando sentado ou deitado, a fim de observar a movimentação abdominal e concentrando-se na contagem de movimentos.

comunidade, ações beneficentes), mas com o incentivo de líderes, usuários e profissionais com espírito de ESF as dificuldades foram sendo superadas e o objetivo sendo conquistado.

Estas ações se direcionavam para intervenções ativistas e de protagonismo social, ou seja, como fazer os usuários dos grupos sentir-se protagonistas das ações; divulgando e vendendo rifa e risoto, colaborando fortemente nas compras de materiais; conseguindo mostrar para usuários e equipe que deve ter ajuda de todos os lados para que as ações tenham êxito. E mais, que quando se cria um grupo, tenha os momentos de trocas, sendo estes de receber os conhecimentos do residente, entendendo-os e repassando para os outros usuários, a partir de seu empoderamento, ajudando, assim, nas ações desenvolvidas nas atividades e se empoderando, ao mesmo tempo, dos conhecimentos no convívio com os outros usuários, bem como com o professor, a equipe e disseminando para familiares, vizinhos e amigos.

Com a contabilização do dinheiro arrecadado pelas ações beneficentes, descritas anteriormente, conseguiu-se ter um material de trabalho próprio do grupo com equipamentos que trabalhasse a parte física, como colchonetes para alongamentos e para rodas de conversas nos grupos, faixas elásticas para alongamentos dos membros inferiores e fortalecimento da musculatura do corpo, caneleiras para o trabalho da musculatura dos membros inferiores e superiores, rádio para fazer trabalhos mais lúdicos com os grupos e sessão de relaxamento. Esses materiais se tornaram propriedade dos grupos da ESF da região oeste, sendo consequente facilitador para que o grupo continue unido e com objetivos de promover a saúde e prevenir agravos. Nesta empreitada tanto a comunidade como a equipe foram essenciais para a conquista deste material.

Em razão da reconfiguração dos cenários de inserção dos residentes houve uma realocação para a região oeste, mudando o planejamento do trabalho dos residentes que estavam nessa região e adaptando a mudanças de ares num futuro próximo. No primeiro momento houve uma desestruturação, no sentido do trabalho que estava sendo construído com a comunidade e o vínculo criado com essa região se estagnou naquele momento. Mas por outro lado procedeu-se a possibilidade de conhecer outra região de saúde de Santa Maria, bem com outras realidades. A fase de transição se deu no período de final de dezembro/2013 até meados de fevereiro/2014, trabalhando fortemente a ideia de deixar facilitadores

(ACS e Usuários) nos grupos até então constituídos para no futuro o trabalho não se terminar e as evoluções continuarem até a chegada da Residência da UNIFRA.

Após esses onze meses de trabalho nessa ESF na região oeste, a avaliação feita deste campo foi que a comunidade, em geral, e alguns profissionais estavam abertos a novas ideias e projetos em direção à promoção de saúde, colhendo frutos muitos bons como amizades novas, uma saúde física e mental mais saudável e parcerias entre comunidade e equipe de ESF, mostrando-se mais fortalecidas, comprometidas e corresponsáveis pelo andar na vida com mais qualidade de vida. O vínculo criado pelo profissional/residente Educador Físico se revelou surpreendente, pois no final da fase de transição os usuários do grupo de atividade física e alguns usuários que simpatizaram da forma que foram acolhidos na unidade ou nos ambientes de prática pelo mesmo fizeram uma reunião com uma liderança comunitária influente da região oeste, em que esta articulou um abaixo assinado e um ofício para a Residência Multiprofissional e Secretaria de Saúde do município.

Esta articulação da comunidade tinha como objetivo se informar e ter um *feedback* das partes responsáveis; o porquê de não ter continuidade o trabalho nos grupos criados pela residência em parceria com alguns profissionais. A partir dessa mobilização foi desenvolvida uma reunião entre Secretaria de Saúde, Coordenação da Residência, usuários dos grupos e equipe da ESF.

Após essa reunião ficou decidido, entre coordenadora da residência, residente e secretaria de saúde, que o profissional residente educador físico iria dar apoio nos sábados das 08 às 09h30min para o grupo de atividade física com auxílio de uma ACS do território, sendo que essas atividades seriam desenvolvidas até o término da residência no ano de 2015 sob a responsabilidade do residente para não inviabilizar o trabalho que antes estava sendo realizado e, sobretudo, não haver um rupturado vínculo até então estabelecido com essa comunidade tão acolhedora e empoderada.

A partir do remanejamento realizado no final do primeiro ano de Residência, em um novo campo, o desafio de mobilizar a equipe da ESF foi cotidiado, no qual eram necessárias novas parcerias tanto com os ACS como nos equipamentos sociais do território. Esta parceria se desenvolveu a partir das VDs, onde foi possível divulgar a continuação do grupo de caminhada que o residente anterior estava apoiando duas vezes na semana. Foi uma semana de divulgação e após essa semana começou com duas usuárias as atividades na pista de caminhada existente perto da ESF. No

começo não foi fácil, pois era um profissional desconhecido na comunidade, mas empenhado em fortalecer os processos de produção de saúde e qualidade de vida, por meio do exercício físico.

Além disso, compreendeu-se que os grupos de atividades físicas poderiam ser um espaço de vivência, rico para compartilhamentos de vida. Neste interim as pessoas foram se engajando, se sentindo especiais com aquele momento que antes não tinha na comunidade.

Nesta etapa de formação foi possível catalisar os efeitos dos trabalhos e ideias surgidas, consolidando as proposições junto à comunidade, ACS, profissionais da equipe e demais residentes do campo. Período este de reorganizar objetivos dos grupos que já estavam em andamento na ESF, contudo sem a devida condução de profissionais.

A reorganização dos objetivos possibilitou privilegiar atividades de acolhimento, ambiência, diálogo, escuta, participação, colaboração, em detrimento de objetivos vinculados “*performance*” ou “emagrecimento”. Mediante combinação de turnos e horários, as quais sejam segundas, quartas e sextas-feiras das 08 às 09h, no horário de inverno, e das 07h30min às 8h30min, no horário de verão, as atividades foram sendo desenvolvidas. Com isso, se buscou seguir fortemente nesse grupo um dos princípios da promoção de saúde que seria a concepção holística, que busca contemplar não somente a saúde física, mas a saúde mental, social e espiritual dos indivíduos.

Paulatinamente novos participantes foram ingressando ao grupo, passando de dois para vinte usuários, mostrando que um trabalho em equipe pode dar muito certo. Outra consolidação foi de criar parcerias com as escolas e creches da região para ajudar no desenvolvimento dos alunos e para ter ambientes alternativos. Outra mudança relevante foi a integração dos demais núcleos profissionais, garantindo a multidisciplinariedade, bem como o atendimento integral das demandas dos usuários.

Observou-se que o perfil do grupo era diverso, reunindo especialmente donas de casa, empregadas domésticas, aposentadas, catadoras, autônomas, apoiadoras de igrejas evangélicas e católicas. Após essa avaliação, o trabalho de núcleo já estava bem avançado, por já ter experiência de um ano de atividades em outra ESF, a ideia era mesmo ajustar algumas ações para a característica desse grupo. Outra

atividade relevante que foi retomada, neste mesmo tempo, foi a participação no Conselho Municipal de Saúde e auxílio na recepção.

A partir da segunda metade do ano de 2014 houve a criação de um novo grupo de atividade física, para uma região mais afastada da ESF, sendo que era uma forma de acolher mais usuários e disseminar cada vez mais os benefícios de grupos de promoção de saúde em todas as regiões possíveis territorializadas desta região, reforçando a importância destas atividades para a promoção da saúde.

Com relação ao processo de acolhimento na ESF, obtiveram-se alguns acréscimos nas ações, como a inserção de classificação de risco, uma forma bem diferente da que estávamos acostumados a desenvolver no serviço até aquele momento. Então, transcorrido esse movimento dentro do serviço, foram redefinidas as escalas das atividades em educação em saúde e lúdicas do programa saúde na escola (PSE).

Ao ingressar no serviço da ESF, os usuários são acolhidos e este conceito é de suma importância para um funcionamento efetivo deste serviço. O acolhimento está inserido no marco teórico do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade. Este novo paradigma na saúde coletiva implica “a responsabilização clínica, a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento” (ZAPPELINI & OLIVEIRA 2007, p. 68). Estes objetivos são alcançados através da escuta qualificada do problema de saúde do usuário, bem como pelo estabelecimento de vínculos entre o serviço e a população.

Importante citar que, o acolhimento não precisa, necessariamente, ser feito por um profissional especializado, podendo ser realizado por qualquer trabalhador de saúde que esteja inserido em um serviço de saúde pública. Ele é, acima de tudo, uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas e no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento. Através do acolhimento é realizada a ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O Programa Saúde na Escola <sup>2</sup> emergiu como uma demanda importante, que contemplou uma escola de ensino fundamental e uma creche da região. Foi uma surpresa no primeiro momento, mas a partir de os responsáveis pelo programa

---

<sup>2</sup> O Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada.

mostrar as ideias e os objetivos do projeto, foi se planejando as atividades e os responsáveis pelas mesmas e discutindo formas de aplicar, delineando assim uma nova forma de trabalho e cuidado com a comunidade adstrita. Mediante o processo de planejamento, por meio de reuniões com professores e diretores de creche e escola, as ações começaram a ser planejadas e datas foram estabelecidas para as ações, tendo responsáveis escalados e datas estabelecidas. Uma vez combinado as atividades ganharam corpo, foram trabalhadas educação em saúde, temas como piolho, higiene pessoal, alimentação saudável e, também uma atividade muito trabalhada nos grupos de atividade física, a respiração diafragmática.

A definição dos enfoques das atividades deu-se com a participação da comunidade e pais dos alunos que procuram a ESF. Estas ações nas escolas foram de grande valia para concretizar ainda mais a articulação entre as diferentes redes de atenção à saúde no território desta população, fortalecendo o vínculo entre saúde e educação, unidade e escola, pais-professores-alunos, unidade-comunidade-escola, enfim, toda uma rede em prol da promoção da saúde, com uma atenção mais equânime, integral e humanizada.

Exemplo de ações de integração foi uma atividade elaborada pela equipe da ESF com o grupo de atividade físico coordenado pelo residente educador físico. Esta era uma atividade que utilizaria o grupo de atividade como professores e assim contemplando um dos objetivos que buscava no grupo de exercícios físicos, a troca de receber ensinamentos e doar ensinamentos e experiências. Portanto foi uma atividade muito pensada e que tinha um nome preestabelecido, o “Encontro de gerações” e, a partir desse planejamento foi executadas as atividades nos lugares definidos. Com isso no dia da atividade, pensamos em que os usuários do grupo trouxessem seus brinquedos de infância e contassem um pouco de como era o brinquedo e quantos anos tinha aquele brinquedo. As mensagens a serem passadas nessa atividade eram: igualdade racial levando três bonecas diferentes de cor e raça, sendo explicada por uma história de uma usuária, não colocar o brinquedo fora e, sim doar para outra criança, fazer brinquedos recicláveis, cuidar dos brinquedos por muito tempo (como exemplo de uma boneca ter 60 anos de existência de uma das usuárias).

Sendo assim, o objetivo foi alcançado, com o intuito de passar as mensagens e fazer com que o grupo colocasse as suas experiências de vida. Essas foram as atividades do mês da criança, conseguindo unir gerações distintas, trocando

conhecimento e criando uma relação mais próxima, de vínculo e articulação de diferentes dinâmicas de vida.

O encerramento das atividades do PSE, incluíram, além da atualização dos cartões SUS e de pesagem e medidas das crianças, a avaliação do alcance dos objetivos. Sendo esta atividade a última ação planejada nos dois anos de residência, visto que os últimos dois meses de residência (mês de janeiro e fevereiro) são dados sequência a essas ações, que foram tão detalhadamente citadas neste relato, exceto o PSE por as escolas estarem em férias neste período. Percorrendo toda esta dinâmica de atividades salienta-se a importância destes dispositivos para promoção da saúde, um acolhimento das demandas e vinculação de todo o território. Para que isto ocorra é crucial o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, contribuindo para uma aproximação dos próprios trabalhadores.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A monografia em questão procurou provocar o necessário movimento das práticas de promoção de saúde a partir de tecnologias leves (como o acolhimento e vínculo) a partir da inserção dos núcleos profissionais da Residência Multiprofissional da UFSM em dois territórios do município de Santa Maria-RS. Em especial, se relatou como tal movimento contribuiu para a formação do profissional de Educação Física, como Especialista em Sistema Público de Saúde, dentro da saúde pública para desconstrução de um paradigma curativo e o estabelecimento de uma nova visão de atuação; de promoção da saúde e prevenção de doenças, no contexto da atenção básica em trabalho multiprofissional. Além disso, pretendeu-se problematizar e propiciar diversas reflexões sobre a função deste no contexto da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.

A Residência Multiprofissional proporciona diversas investidas no campo profissional, isto se confirma com as experiências reveladas neste trabalho do núcleo profissional de Educação Física na Área da Atenção Básica, a qual trouxe uma importante abertura para novo campo de atuação. Porém, ainda se percebe como as grades curriculares dos cursos de graduação não dão conta de temáticas inerentes às atuações no âmbito do SUS, uma delas como as Políticas Públicas e Saúde Coletiva. O que constata a grande dificuldade dos profissionais trabalharem neste campo, ou seja, não tendo noção da sua real atuação dentro do mesmo e ainda a própria equipe não reconhecer e saber como o trabalho do mesmo pode ser desenvolvido.

Desta forma, todo mundo perde neste processo, os profissionais da equipe que não dividem o que sabem ou não valorizam a contribuição do seu colega e, principalmente, o usuário da unidade, o qual é o mais afetado, tendo uma lacuna no seu processo de cuidado. Há uma grande dificuldade ainda no campo quando não se tem uma equipe interdisciplinar com tempo hábil para participar de todas as ações necessárias e acompanhar, integralmente, a demanda do usuário e compor um trabalho interdisciplinar de qualidade.

Contudo, isto não é um impeditivo para desenvolver e construir suas competências profissionais, exemplo disso são os relatos de vivência de dois anos na Residência dentro de diferentes campos de prática, o qual foi proporcionado na leitura no decorrer desta monografia.

Isso nos aponta que o SUS necessita investir mais em diversidades de núcleos profissionais, bem como em educação permanente para qualificação de equipes e ferramentas de tecnologias leves para melhor resolutividade no atendimento ao usuário. Entende-se que a implantação e desenvolvimento das Residências Integradas de Saúde já é um avanço para tal, mas ainda não o suficiente. Exemplo disso é a utilização de dispositivos como o acolhimento e o vínculo como base para desempenhar um trabalho correto e com metas bem concretas, que caminham em direção à consolidação no processo de cuidado nos serviços de saúde, com humanização, equidade e integralidade, as quais são diretrizes priorizadas pelas políticas do SUS. É possível esta prática ao olharmos a atuação do Residente de Educação Física na realização de trabalhos do seu núcleo profissional contemplando os grupos de saúde das ESFs em direção à promoção de saúde.

Outro ponto muito importante é o envolvimento desde o momento da inserção nas ESFs desempenhando o trabalho de campo e exemplificando em diferentes etapas nos processos de trabalho, como junto à recepção para conhecer a dinâmica da unidade, dinâmicas de encaminhamentos de especialidades para o sistema de regulação na Secretaria de Saúde do município, visitas domiciliares com os ACS das regiões cobertas e o aprendizado de interpretação da caderneta de vacinação, participação em Conselhos de Saúde (local e municipal) e Programas como o PSE. A dinâmica de trabalho foi continuada de um ano para o outro, contudo o trabalho Multiprofissional foi adicionado para fortalecer inúmeras parcerias (exemplo das ações conjuntas com escolas, equipe, lideranças comunitárias).

Com isso, todas essas dinâmicas de campos e núcleos foram se somando e dando qualidade ao trabalho, mostrando a importância que o bom trato, a corresponsabilização, empoderamento, união entre equipe-usuários e usuários-usuários, nos grupos de saúde, têm consolidado uma promoção de saúde com qualidade e substitutiva ao uso de medicamentos e ações curativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATIERI, Tatiane; MANDÚ, Edir N. Teixeira; MARCON, Sonia Silva. **Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família.** Rev. Ciência e Enferm, p. 11-22, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art\\_02.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_02.pdf)> Acesso em: 28. Set. 2014.

**BRASIL.** Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. 2ed, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. 2ed, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília: 2011.

CERQUEIRA, M T. **Promoción de la salud y educación para la salud:** retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso do acolhimento e do vínculo.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>> Acesso em: 21. Set. 2014.

DEMINCO, M. **As Principais Influências Orientais utilizadas nas Abordagens da Teoria Cognitivo-Comportamental Contemporânea**. O Portal dos Psicólogos. Brasil, 2012. Disponível em: <[www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt)> Acesso em: 16. Dez. 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P., INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade na gestão pública municipal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>> Acesso em: 29. Ago. 2014.

JUNQUEIRA, R. G. P. **A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental**: um estudo de caso. Rev. Adm. Pública, v.32, n.2, p.79-91, 1998.

LABONTE, R. **Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad**. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: uma antología. Washington: OPAS, 1996a, p.153-65.

LABONTE, R. **Community empowerment and leisure**. J. Leisurability, v.23, n.1, 1996b.

LIMA, Ana Izabel Oliveira et al. **O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária**. Temas em Psicologia, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a05.pdf>> Acesso em: 21. Set. 2014.

MELLO, D. A. **Reflexões sobre a promoção de saúde no contexto do Brasil**. Cad. Saúde Pública, v.16, n.4, p.1149, 2000.

MELLO, D. A. et al. **Promoção à saúde e educação**: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. Cad. Saúde Pública, Ceará, v.14, n.3, p.583-595, 1998.

NEVES, Tatiana Pereira. **Reflexões sobre promoção da saúde**. Rev. Espaço Acadêmico, 2006. Disponível em: <[www.espacoacademico.com.br](http://www.espacoacademico.com.br)> Acesso em: 20. Ago. 2014.

FREIRE, Francisca M. de Souza; PICHELLI, Ana A. W. Saldanha. **Princípios Norteadores da Prática Psicológica na Atenção Básica**: Em Busca da Integralidade. Psic Ciência e Profissão, Brasília, v. 30, n. 4, p. 840-853, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a13.pdf>> Acesso em: 1. Ago. 2014.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. **Ações de saúde mental na atenção básica:** caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>> Acesso em: 3. Ago. 2014.

SOARES, Teresa Cristina. **A Vida é Mais Forte do que as Teorias:** O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Psicologia, Ciência e Profissão, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a08.pdf>> Acesso em: 15. Ago. 2014.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto. **Promoção de saúde:** concepções, princípios e operacionalização. Interface, São Paulo, v. 7, n. 12, p 91-112, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>> Acesso em: 26. Ago. 2014.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** FMUSP, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dqtes/arquivos/Permanecersus/oacolhimentonumservicodesaude.pdf>> Acesso em: 10. Set. 2014.

## APÊNDICE I

<b>ATIVIDADES</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Alongamento</b>	X	X	X	X	X
<b>Aquecimento</b>	X	X	X	X	X
<b>Caminhada</b>	X (20min.)	X (10min.)	X (10min.)	X (10min.)	X (20min.)
<b>Equilíbrio</b>		X	X	X	
<b>Flexibilidade</b>		X	X	X	
<b>Trabalho de Aeróbico *</b>		X	X	X	
<b>Trabalho de Força</b>	X				X
<b>Trabalho de Reflexo</b>	X				X
<b>Conversar sobre assuntos relacionados à Atividade Física **</b>	X	X	X	X	X
<b>Outros momentos ***</b>	X	X	X	X	X

Obs.: A partir da evolução dos usuários nas atividades programadas poderia ter alterações nas sequências de exercícios nos dias, bem como alteração nos níveis de dificuldade dos exercícios ao passo que os mesmos progredissem em cada trabalho realizado.

\* Trabalho aeróbico com elevação do batimento cardíaco, com a finalidade de queima de gordura e melhora do cardiovascular;

\*\* Momento em que ocorriam conversas, com explicações e “tira dúvidas”, sobre o benefício da água, conhecimento e identificação dos músculos e a forma correta de fazer um alongamento;

\*\*\* Orações e trabalhos motivacionais.