AUTORES:Tobias S. Falcão ¹Maria Socorro M. Dantas ²

¹ Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Brasil

² Núcleo de Estudos em Esporte, Corpo e Sociedade (NEECS), Universidade Federal de Alagoas, Brasil

O educador físico no programa de residência hospitalar.

Um relato de experiência dentro do contexto da promoção da saúde

PALAVRAS CHAVE:

Educação Física. Saúde pública.

Residência multiprofissional.

RESUMO

O objetivo deste estudo é relatar a experiência do educador físico na atenção terciária, através da descrição das atividades do residente de Educação Física junto a uma equipe multiprofissional em um hospital universitário, na cidade de Maceió, no período de março de 2011 a março de 2013. Para atingir o objetivo, no percurso metodológico foram utilizados o plano de atuação, relatórios e diário de campo. Os resultados mostraram que a atuação multiprofissional e a educação em saúde são diferenciais na conduta com os usuários, sendo um espaço a ser conquistado com a continuidade do trabalho. Observa-se que o trabalho do educador físico, em conjunto com outros profissionais de saúde, promove benefícios ao usuário, percebendo a prática de atividades físicas e outras ações como uma extensão do cuidado em espaços diferenciados, contribuindo para o plano terapêutico. Viabilizando-o como agente educador em saúde, efetivando o preceito de promoção da saúde, através da educação participativa entre profissionais e usuários.

The physical educator in a program of hospital residency. The report of an experience in the context of health promotion

ABSTRACT

This paper aims to report the experience of the physical educator in tertiary care, by describing the activities of the physical education residing next to a multidisciplinary team at a university hospital in the city of Maceió, in the period from March 2011 to March 2013. The methodological instruments used were the Plan of Action, Reports and Field Journal. The results showed that the multi-activity and health education are differential in conduit with users, with a space to be conquered with the continuity of work. It is observed that the work of the physical educator in conjunction with other health professionals, bringing benefit to the user, perceiving physical activity and other actions as an extension of care in different spaces, contributing to the treatment plan. Enabling it as an educator health agent, affecting the precept of health promotion through participatory education among professionals and users.

KEY WORDS:

Physical Education. Public health. Multidisciplinary residency.

INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 3º da Lei nº 8.080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS 1, diz que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”, assim como a integralidade da assistência, é entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹. Estes conceitos fazem parte dos princípios doutrinários que regem o SUS, identificando o indivíduo como um ser integral, influenciado por fatores biopsicossociais.

Neste complexo contexto urge a necessidade de trabalhadores para saúde que possuam uma formação ampliada. Nessa direção, e dentro da efervescência do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, surgem vários modelos de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), como proposta de formação de trabalhadores para saúde. O primeiro relato de residência multiprofissional data de 1978, a Residência do Centro de Saúde Muraldo no Rio Grande do Sul, seguindo de outros modelos em vários estados até os anos de 1980. Nos anos de 1990, há um decréscimo no número de RIMS estagnando o processo de residência multiprofissional por mais de 10 anos. A partir dos anos 2000 surge às primeiras legislações sobre as RIMS, o que conferiu um nível de legitimidade para os programas ainda em atividade neste período². Em 2005 é instituída a Residência Multiprofissional em Saúde por meio da Lei 11.129, definida como “modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a saúde, excetuando a médica”³, esta formação pensa no cuidado como um complexo e a ser realizado com integralidade e atuação de diversos profissionais. Apesar da exclusão da categoria médica nos programas de residência multiprofissional existe uma aproximação natural das categorias no decorrer dos programas de residência.

Após este reconhecimento legal, os programas de residência obtiveram incentivo financeiro para a sua criação, ocorrendo um período intenso de abertura de novos programas de residência, multiprofissionais e uniprofissionais em todos os estados do Brasil. Alagoas, neste contexto inicia em 2009 o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL). No mesmo ano a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) inicia o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso. Após dois anos amplia e cria o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança, ambos com treinamento realizado prioritariamente Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência no contexto hospitalar do residente de Educação Física no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do HUPAA/UFAL, no município de Maceió, Alagoas.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho tem caráter descritivo, observacional e retrospectivo. Trata-se de um relato de experiência que utilizamos como material auxiliar: os quatro Relatórios Semestrais do Residente de Educação Física; os Planos de Atuação de Equipe Multiprofissional nas unidades do HUPAA; os Relatórios da atuação multiprofissional dos residentes nas unidades HUPAA; Diário de Campo do Profissional Residente de Educação Física.

O programa relatado tem como campo de atuação a atenção hospitalar relacionando-se com atenção a saúde básica, média e de alta complexidade. No primeiro ano o residente desenvolve seu processo de ensino em serviço com ações nas clínicas médica, cirúrgica e neurocirúrgica e grupos de pacientes. No segundo ano mantêm-se as ações dos grupos de usuários e realiza ações nos seguintes espaços: ambulatórios de reumatologia, ambulatório de cirurgia bariátrica, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Tendo como objetivo proporcionar a especialização de profissionais da área de saúde com caráter multidisciplinar na atenção do adulto e idoso, o programa está em seu terceiro ano de atuação e conta, atualmente, com profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Os profissionais de Fisioterapia participaram nos dois primeiros anos do programa.

A atuação multiprofissional desenvolve-se no contexto de cuidado integral do sujeito. Versa a percepção de vários olhares para a construção de um novo saber, e este deve acontecer em todos os momentos da atuação do profissional de saúde.

Para direcionamento das ações de saúde inicialmente existe a formação de duas equipes de residentes com uma categoria profissional em cada equipe. Durante o período de experiência relatado a equipe foi composta por Assistente Social, Educador Físico, Enfermeira, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga.

Durante o primeiro ano de residência uma das equipes realiza ações na Clínica Médica e após um período de seis meses realiza rodízio com a segunda equipe desenvolvendo ações nas Clínicas Cirúrgica e Neurocirúrgica por igual período. Há o encontro das duas equipes nas reuniões clínicas e durante a participação dos grupos de reumatologia e de cirurgia bariátrica, além de ações em conjunto por categoria.

ATUAÇÃO NAS CLÍNICAS

A clínica médica há a divisão dos leitos por especialidades médicas de: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oncologia e reumatologia, além de demandas dos ambulatórios do HUPAA.

Apesar das evidentes diferenças diagnósticas nas três clínicas e da necessária atuação específica por categoria, as ações multiprofissionais desenvolveram-se em um formato análogo em todos os locais uma vez que ao identificar o perfil de determinantes e condicionantes de saúde observamos uma semelhança nos usuários. Estes com média de idade de 68 anos, prioritariamente assistidos pelo SUS, apresentando de desnutrição e fazendo uso de uma grande quantidade de medicação, a maioria proveniente do interior do estado de Alagoas, baixo nível de escolaridade, geralmente em situação de vulnerabilidade social, ocorrendo dificuldade de acompanhante para pacientes do sexo feminino; alguns apresentando vínculo familiar abalado. Nas enfermarias masculinas e femininas, observa-se que a maioria dos acompanhantes é do sexo feminino (mães e/ ou filhas).

VISITA AO LEITO MULTIPROFISSIONAL

A visita da equipe multiprofissional acontece uma vez por semana. Este tipo de atividade tem o intuito de proporcionar respostas às demandas do usuário, como também proporcionar uma visão completa do indivíduo onde todas as profissões identificam e solucionam o problema em uma forma ampla, para a construção de um modelo de assistência centrado no paciente. Neste momento a uma troca de saberes entre paciente, familiar e equipe fortalecendo os vínculos e a recuperação do sujeito.

GRUPO DE ACOMPANHANTES

A família como unidade primária de cuidado é um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apóiam-se mutuamente e fazem esforços na busca de soluções ⁴. A própria internação pode por si só propiciar a atualização de perdas na medida em que consiste no afastamento de familiares e quebra de rotina de vida, para ingressar em um espaço estranho e desconhecido onde se encontra submetido ao saber médico, diante da espera e da possibilidade de morte. Essas condições podem desencadear o surgimento de questões acerca de si, da sua posição de sujeito ⁵.

A experiência de adoecimento é um momento difícil, tanto para o ser acometido como para o grupo familiar. Na busca de ter condições de lidar, age, reage e interage internamente e com o contexto social que vivencia, oportunizando ajuda e apoio seu familiar doente. Esse comportamento como forma de cuidado a família desenvolve com a finalidade de garantir proteção do seu ente querido enfermo.

O hospital é cercado de mitos e fantasias relacionados ao sofrimento e à morte. A instituição hospitalar pública, em especial, tende a evocar representações sociais negativas. Os pacientes estão sujeitos a regras e prescrições impessoais, são destituídos de suas próprias roupas, entram em uma rotina em que sua intimidade fica exposta à estranhos ⁶.

A permanência no hospital, imersos a procedimentos e tolhidos a quatro paredes que constituem as enfermarias, acabam por gerar conflitos entre acompanhantes estendendo-se à equipe de profissionais, despertando a oportunidade de oferecer estratégias de ação para os sujeitos envolvidos no processo. Determinadas situações ganharam espaço e incômodo junto à equipe de saúde e fora sugerido um grupo, onde pudesse reunir esses acompanhantes com a finalidade de identificar a problemática existente naquele contexto. A princípio o grupo surgira de maneira tímida, esporádica, no entanto percebemos que a dinâmica do grupo exigia a continuidade desse trabalho em equipe em outras clínicas.

Este grupo definiu-se como um espaço onde fosse permitida a exposição de pensamentos e troca de idéias com os outros familiares e/ ou acompanhantes que dividiam o mesmo espaço físico da enfermaria. Experimentando assim, a satisfação de perceber que seu referencial de mundo é compreendido e podendo ser um suporte de apoio, de unidade entre si frente às diferentes situações de vida e lazer.

O lazer em ambiente hospitalar tem como função a manutenção de uma atmosfera favorável ao cuidado. As configurações de lazer devem ser encaradas enquanto um fenômeno social moderno, constituído no âmbito das tensões entre as classes sociais, é uma necessidade social e motivo de intervenção de políticas públicas. Mesmo sendo uma preocupação recente, observa-se de crescimento de ações governamentais através da política de humanização do SUS.

Emoções partilhadas, em suas devidas proporções e singularidades, com todos os envolvidos no ambiente hospitalar, perpassando por usuários, acompanhantes e funcionários, gera uma terapêutica efetiva e individualizada para o usuário, porém podendo-se gerar, também, desgastes neste processo.

PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL

A fim de atenuar tais desgastes pensou-se em uma ferramenta para os funcionários. Por vezes durante a atuação nas clínicas foi solicitado um programa de ginástica laboral, desta forma realizamos uma avaliação diagnóstica da forma de atuação de cada profissão e horários condizentes com práticas físicas.

A literatura aponta ser comum ocorrência de problemas de saúde orgânico e psíquico decorrentes do ambiente de trabalho hospitalar, sobretudo o estresse, o risco a acidentes e o desgaste provocado pelas condições laborais, com reflexos nas condições de vida ^{8,9}.

O processo de trabalho em saúde acarreta pressões pessoais e sociais aos profissionais de saúde, que resultam em sobrecarga de trabalho (...) tais condições representam uma precarização do trabalho em saúde e vêm sendo consideradas, inclusive, como um importante obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde ⁹.

A Ginástica Laboral (GL), utilizada como ferramenta na procura desta melhoria de qualidade de vida, permite colaborar e orientar as pessoas, para viverem melhor exercendo seu papel no setor em que estão inseridas, atuando de forma preventiva e terapêutica, através de exercícios, que vão compensar as estruturas utilizadas durante a função e ativar outras que não estejam sendo solicitadas. Durante esse trabalho o objetivo é prevenir a LER/DORT, desenvolvidos pela fadiga decorrente da tensão e repetições dos movimentos, prejudicando as articulações, músculos.

A ginástica no local de trabalho fundamenta-se na valorização da prática de atividades físicas como instrumento de promoção da melhoria da qualidade de vida do trabalhador. Observando-se também fatores ligados ao lazer.

O lazer é de considerável relevância na vida das pessoas. Para o autor, a ética do lazer não é a da ociosidade que rejeita o trabalho, nem a da licença que infringe as obrigações, mas a de um novo equilíbrio entre as exigências utilitárias da sociedade e as exigências desinteressadas da pessoa ¹⁰.

Após avaliação do nível de atividade física e índice de qualidade de vida de cada indivíduo, acordamos inicialmente um horário pelo turno da manhã para a realização da ginástica laboral, após implantação percebeu-se a necessidade de um horário no turno da manhã e outro à tarde, duas vezes na semana devido aos horários dos funcionários e dos residentes.

No decorrer da atuação observamos por meio de relatos dos trabalhadores e que o trabalho provocou mudanças de comportamento destacando, melhoria do relacionamento interpessoal, maior motivação para o trabalho, início da prática de exercício fora do ambiente de trabalho.

Este espaço deve ser constituído de diversas práticas e técnicas vivenciais, e visa criar um espaço que promova, através dessas técnicas, não só a relação de uns com os outros, mas, a relação consigo próprio, se permitindo sentir, se expressar, se re-conhecer e se cuidar.

AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA E GRUPO DE REUMATOLOGIA

Os grupos de apoio se estruturam em decorrência da necessidade de indivíduos, com a mesma doença em compartilharem informações e experiências, bem como buscarem melhores formas de tratamento e de enfrentamento do adoecimento. As dificuldades e desafios apenas foram moldados de acordo com vivências trazidas através da fala, ou seja, os próprios pacientes que fornecem ao grupo subsidiaram a discussão, são eles que dão o “tom” ao grupo.

A princípio os benefícios atingidos pelos grupos de apoio eram provenientes da facilidade de aquisição e socialização de informações e acesso ao diagnóstico precoce e formas tradicionais, multiprofissionais e alternativas de tratamento. No entanto, posteriormente, alguns reflexos foram constatados diante da presença dos pacientes aos grupos de apoio destinados, nesse caso, à Reumatologia. Um mecanismo fundamental no processo de melhoria, o pertencimento. Ter a ciência que todos os que ali estão compartilhando suas experiências, pertencem a um determinante.

A presença de pacientes bem-sucedidos nos grupos de apoio funciona como relevante estratégia para o incremento da auto-eficácia em todos os outros componentes, efeito “em cascata” ou “dominó”. Assim, o bom exemplo de um paciente é seguido pelos demais. O efeito catalisador proporciona ainda oferecer suporte aos que demonstram dificuldade em lidar com situações inerentes às doenças reumáticas, existe a condição de perceber que os participantes estão na mesma situação, são todos “navegadores do mesmo barco”.

Aos familiares e cuidadores dos pacientes que participam dessas organizações, os benefícios são notórios, principalmente pela existência de outro importante mecanismo, o suporte social. Os pacientes são confortados pela compreensão e cooperação do meio que os cerca. A proposta do grupo localiza-se além dos pacientes e sua singularidade diante da doença, configura um dispositivo capaz de abarcar questões, ansiedade, medos e angústias trazidas também pelos que o acompanham, além de proporcionar o fortalecimento de vínculos através do convívio constante.

Após a vivência do Grupo de Apoio durante o semestre em que o residente de primeiro ano (R1) está atuando na clínica médica, este torna a atuar com estes pacientes no ambulatório de reumatologia no segundo ano de residência. Esta sequência de atuação facilita a percepção subjetiva do sujeito melhorando substancialmente a terapêutica, observe-se que no decorrer do processo pacientes tem melhora substancial dos seus sintomas.

No ambulatório de reumatologia existe o processo de consulta compartilhada onde o usuário é atendido por oito categorias profissionais (Reumatologista, Assistente Social, Educador Físico, Enfermeira, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga) em um mesmo espaço. Ofertando escuta ao sujeito e oferecendo terapêutica durante esta consulta. Quando necessário o atendimento específico é realizado em outro ambiente.

AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E GRUPO APOIO AO PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA – GAPOM

O Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) iniciou suas atividades há 10 anos e tem como objetivo diagnosticar a necessidade da Gastroplastia Redutora para indivíduos com obesidade mórbida (IMC acima de 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² com comorbidades). É referência na rede pública em Alago-

as. Tem uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião bariátrico, endocrinologista, cardiologista, nutricionista, psicóloga, assistente social e anestesista. Além de residentes médicos de cirurgia e multiprofissionais de Serviço Social, Nutrição e Educação Física. O programa do HUPAA tem beneficiado cerca de 400 pacientes, contabiliza uma média de 320 pessoas operadas e funciona de acordo com as portarias GM/ MS N^{os} 492, 628, 1075 e SAS/MS n^o 173, do Ministério da Saúde que definem as normas e padrões operacionais para realização de cirurgia bariátrica no SUS.

Os pacientes que entram para o programa contam com um apoio fundamental para a recuperação da saúde. Além das consultas com a equipe do programa, o usuário dispõe de outras especialidades médicas, caso necessite de acompanhamento no período de avaliação pré-operatório, que dura em média dois anos. Para inserção no programa o paciente deve participar do Grupo de Apoio aos Portadores de Obesidade Mórbida (GAPOM), que desenvolve atividades mensalmente com cada grupo. O programa realiza ainda a cirurgia plástica de reparação, em média após dois anos de cirurgia período em que a literatura observa uma estabilização do peso do indivíduo.

No ambulatório de cirurgia bariátrica o paciente é marcado para toda a equipe de profissionais do programa e recebe seu acompanhamento em um mesmo dia, esta forma de trabalho promove uma intervenção integral do paciente. Existindo períodos específicos para pacientes pré e pós cirúrgicos.

A organização do ambulatório de bariátrica realiza-se a consulta individualizada por categoria. Durante o período de residência realizamos consultas compartilhadas entre os residentes multiprofissionais.

Desenvolvemos ações de orientações por categoria, como exemplo no ambulatório de educação física, ao qual desenvolvia prescrições de exercícios em usuários pré e pós-cirúrgico. Nestas ações realizávamos anamnese, avaliação antropométrica, e aplicação de questionário sobre a avaliação subjetiva de dor. Preparávamos programas individuais de atividades físicas orientadas com encontros duas vezes por semana para avaliação e nova prescrição de exercícios para os sujeitos.

AMBULATÓRIO DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO GAPOM

Este ambulatório foi um pedido dos pacientes do GAPOM relatando que eles gostariam de desenvolver atividade física orientada por profissionais integrantes do grupo, sendo desenvolvida durante o primeiro ano de residência período em que estávamos atuando junto ao GAPOM.

No segundo ano de residência, durante as consultas no ambulatório de cirurgia bariátrica, desenvolvemos orientação e prescrição de atividade física não supervisionada com retorno mensal dos pacientes, durante estas consultas realizávamos entrevistas com os pacientes e investigávamos o tempo pós-cirúrgico. Por ser a educação física uma proposta nova no ambulatório de cirurgia bariátrica inicialmente acompanhamos o ambulatório de

nutrição para apropriar-se da rotina, observamos que a nutricionista tem períodos específicos de retorno do paciente pós-cirúrgico. Assim, decidimos utilizar alguns períodos de retorno para o ambulatório de nutrição e atrelamos o retorno ao ambulatório de educação física nos mesmos dias. Justificando estas datas pela facilidade dos pacientes do interior conseguirem transporte pago pelas prefeituras dos seus respectivos municípios para irem ao hospital. Desta forma, definimos um protocolo de exercício físico para cada período sendo que, nos primeiros 15 dias após cirurgia acontecia a primeira consulta com o educador físico, com o retorno marcado para 30, 45 e 60 dias de pós-cirúrgico. Após este período, os encontros eram mensais com os pacientes até um ano de pós-cirúrgico.

Em vários momentos fui solicitado pelas assistentes sociais para realizar avaliação de IMC e orientações a pacientes que gostariam de entrar no programa emitindo parecer quanto à possibilidade de inserção no Programa de Cirurgia Bariátrica.

AMBULATÓRIO DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Iniciamos as atividades no setor de Medicina Física e Reabilitação Motora (Fisioterapia), no terceiro quadrimestre do primeiro ano de residência, realizamos atividades de acompanhamento individual de pacientes encaminhados pela médica fisiatra. Para atividades de fortalecimento muscular e melhora de flexibilidade. Para isto fazíamos entrevista com sujeitos, aplicação de questionário subjetivo de dor e avaliação física (IMC, Flexiteste, RPM abdominal e flexão de braço). Com esses resultados em mãos, iniciamos o planejamento de atividades com atuação de duas sessões semanais, e média de 20 sessões para reavaliação pela médica fisiatra. Além das sessões com orientação os usuários recebem orientações e prescrição de atividades físicas e de alongamentos a serem realizadas em casa diariamente, e, nos encontros semanais estes são estimulados a continuar o programa sendo realizadas avaliações periódicas para a adaptação dos programas de exercícios com e sem supervisão.

CENTRO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACON)

No Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, realizamos atividades da residência com quatro categorias profissionais (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Serviço Social).

Por características do espaço inicialmente desenvolvemos ações específicas de dada formação profissional. A assistente social encaminhando providências e prestando orientação social a usuários, a farmacêutica realizava dispensação de medicamentos, controle e a manipulação de medicamentos, a enfermeira a aplicação e monitoramento dos quimioterápicos, a nutricionista orientação e prescrição de dietas. Quanto à prática do educador físico tinha como objetivo a diminuição da fadiga e enjôo provocados pela medicação.

O grupo de Câncer de Mama, durante o período de residência estava sendo reativado pela equipe de psicologia do CACON, fomos convidados a participar das reuniões de formação do grupo e das atividades com as pacientes. Durante as atividades com as pacientes preparamos uma cartilha contendo orientação de exercícios físicos para mulheres que realizaram mastectomia, este cartilha foi incorporada ao serviço para orientar todas as pacientes.

A ação desenvolvida multiprofissionalmente ocorreu com o projeto de intervenção de sala de espera, este projeto, desenvolveu-se com pacientes e acompanhantes inicialmente na sala de espera da quimioterapia, ampliando-se para a sala de espera da radioterapia e salão de quimioterapia do hospital.

SALA DE ESPERA DO CACON

A sala de espera tem como objetivo promover maior adesão dos usuários ao tratamento e garantir o livre discurso dos participantes envolvidos como forma de promoção de saúde de forma integrada. Deve-se promover uma melhoria da assistência, com acolhimento e humanização do atendimento, procurando organizar e abordar os assuntos de forma criativa e dinâmica, com a finalidade de obter a atenção dos usuários que aguardam por atendimento.

Um trabalho multiprofissional através de grupos de sala de espera pode promover um momento potencialmente produtivo, onde o paciente/acompanhante à espera de consulta ou tratamento específico tem a possibilidade de converter o ócio desse período em um momento de lazer, através de suporte da equipe ¹¹.

A prática de ações de promoção em saúde é realizada com orientações, rodas de conversa e escuta. Estas ações têm o objetivo de promover a possibilidade de novas práticas de ação e reflexão de saúde. Para estimular as mudanças de hábitos devemos entender a realidade de cada sujeito adaptando as ações para cada grupo ou indivíduo.

Unidade de terapia Intensiva (UTI)

A atuação na UTI foi realizada por profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia. Com ações voltadas à demanda crescente por profissionais com visão abrangente da Terapia Intensiva para atuar na assistência ao paciente crítico.

Não estando previsto no programa a atuação do Educador Físico neste espaço. A equipe que atuou no CACON (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Serviço Social) foi convidada pela equipe de residentes da UTI a realizar uma atividade de sala de espera com o tema de doação de sangue durante o horário que precedia a visita dos familiares, com o objetivo de incentivar a maior coleta de sangue e hemoderivados no HUPAA/UFAL.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se pelo residente de educação física ao longo do programa, a necessidade do diálogo entre categorias profissionais e entre equipe de residentes e outros profissionais de saúde, a fim de revisar os planos terapêuticos para cada paciente, facilitando a recuperação e tratamento dos indivíduos.

Com o decorrer da assimilação da atuação específica de cada profissão, observou-se uma evolução na construção do projeto terapêutico.

Observa-se um consenso entre os residentes, de que a formação do profissional de saúde não oferece o conhecimento fundamental para isso, os conteúdos acadêmicos não privilegiam o manejo da interdisciplinaridade na saúde.

O contato intenso e diário favoreceu a apropriação da prática de equipe multiprofissional e a criação de um fazer multiprofissional, não reprimindo o trabalho individual apenas condicionando este a práticas transdisciplinares. Diferenciar a prática profissional individual do fazer coletivo é um desafio, somando-se a miscelânea de profissões.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. (1990) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1

2. ABIB, L.T. (2012) “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Núcleo Educasaúde, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva Porto Alegre, 2012

3. BRASIL. (2005) Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União – 01 jul 2005; Seção 1.

4. BIELEMANN, V. L. M. (2003) A Família Cuidando do ser humano com Câncer e sentindo a Experiência. Rev. Bras. de Enferm. Brasília. 56(2): 133-137

5. ELIAS, V.A. (2008). Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. Rev. SBPH v.11 n.1, p 87 -100. Rio de Janeiro.

6. MUNIZ, J.R. E TAUNAY, M.S.(2000). Grupos de enfermagem no Hospital Geral. In: Filho, J.M. (org). Grupo e Corpo. Porto Alegre: Artmed, p 45- 58.

7. PITTA A. (1991) Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo (SP): Editora Hucitec.

8. PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.V. (1987) Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p 75-83.

9. CHIAVEGATO FILHO E NAVARRO (2012) A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista, Revista Pegada – Vol. 13 N.2, São Paulo: CEGeT/Centro de estudos de geografia do trabalho.

10. NORBERT ELIAS AND ERIC DUNNING. (1992) A busca da excitação. Título original: The Quest for Excitement. Difel, Lisboa.

11. VERISSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. (2006) A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. Psicologia Argumenta - Pontifícia Universidade do Paraná v. 24. n. 45, p 45-57, abr/jun.

AUTORES:

Alex Prata Nogueira ^{1, 2}
Artemis Araújo Soares ^{1, 3}
Mikael Seabra Moraes ^{1, 2}
John Lennon M. Lima ^{1, 2}
Silas Nery de Oliveira ^{1, 2}

¹ Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil

² Laboratório do Estudo do Desempenho Humano/ FEFF/ Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil

³ Laboratório de Estudo Sócio-Cultural/ FEFF/ Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil sócioeconômico-cultural dos alunos do curso de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, Campus Manaus. Fizeram parte deste estudo 294 alunos, sendo: 127 do curso de Licenciatura em Educação Física, 84 do curso de Bacharelado em Educação Física e 83 do curso de Bacharelado em Fisioterapia. Para traçar o perfil socioeconômico e cultural foi construído um instrumento com base em três outros questionários: 1) no padrão utilizado pelo ENADE, 2) no utilizado pela UFAM e 3) pelo ADIFES. Os resultados foram organizados através da estatística descritiva (médias e desvios padrão). O acadêmico da FEFF/ UFAM se identifica como um universitário da cor da pele parda, da religião católica, mora na zona urbana da cidade com uma a três pessoas, a escolaridade do ensino médio da mãe é superior a do pai, o tempo de conclusão do ensino fundamental foi de 8 anos e o do ensino médio de 3 anos, estudando somente em escola pública, é solteiro, tem uma renda individual de até 1 salário mínimo e familiar de três a seis salários, já trabalhou e trabalha em uma jornada de até 10 horas semanais.

Correspondência: Alex Prata Nogueira. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas-FEFF/ UFAM, Manaus, Brasil.

O perfil socioeconômico-cultural dos alunos do curso de Educação Física e Fisioterapia da UFAM, Campus Manaus

PALAVRAS CHAVE:
Estudantes. Socioeconômico. Cultura.