



## QUE LUGAR É ESSE? OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES DE INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

WHAT PLACE IS THIS? THE CHALLENGES AND POTENTIAL OF INSERTION OF  
PHYSICAL EDUCATION IN THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY  
HEALTH

Rinelly Pazinato Dutra <sup>1</sup>  
Alan Goularte Knuth <sup>2</sup>

**Manuscrito recebido em:** 05 de outubro de 2021.

**Aprovado em:** 18 de outubro de 2021.

**Publicado em:** 27 de outubro de 2021.

### Resumo

**Introdução:** O texto, construído por uma professora de educação física, narra a sua trajetória enquanto residente multiprofissional em saúde da família, partindo de uma pergunta central: Que lugar é esse? **Método:** Trata-se de um relato de experiência que compreende o período de março de 2019 a março de 2021. **Resultados:** Através do questionamento inicial foi possível caracterizar a atuação enquanto profissional de educação física nesse contexto de formação, apresentar os desafios encontrados e as potencialidades no cenário da atenção primária à saúde e analisar os desdobramentos para a área da educação física, inclusive no contexto da pandemia da COVID-19. **Conclusão:** As reflexões propõem uma perspectiva humanizada do cuidado, convidando a repensar nossas práticas e promover uma atenção à saúde pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Educação física; Residência; Atenção primária à saúde.

### Abstract

**Introduction:** The text, built by a physical education teacher narrates her trajectory as a multiprofessional resident in family health, starting from a central question: What place is this? **Method:** This is an experience report covering the period from March 2019 to March 2021. **Results:** Through the initial questioning it was possible to characterize the performance as a physical education professional in this context of formation, to present the challenges encountered and potentialities in the primary health care scenario and analyze the developments in the area of physical education, including in the context of the COVID-19 pandemic. **Conclusion:** The reflections proposed a humanized perspective of care, inviting us

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande. Graduada em Educação Física. Integra o Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde Pública e o Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9902-2052>

E-mail: [rinely\\_dutra@hotmail.com](mailto:rinely_dutra@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professor no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande. Integra o GTT Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Participa do Grupo de Estudos de Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2030-5747>

E-mail: [alan\\_knuth@yahoo.com.br](mailto:alan_knuth@yahoo.com.br)



to rethink our practices and promote health care based on Unified Health System in Brazil (SUS) principles and guidelines.

**Key words:** Physical education; Residency; Primary health care.

## INTRODUÇÃO

O presente texto está intimamente conectado com a experiência, e é a partir dela, da sua singularidade, que estas palavras são construídas e produtoras de sentido. A experiência é definida como aquilo que damos sentido, e está intrinsecamente relacionada a nós, a forma como somos, como vemos as coisas, como as correlacionamos e as nomeamos<sup>1</sup>. Em suma, “a experiência é o que **nos** passa, o que **nos** acontece, o que **nos** toca e não o que acontece, passa ou toca”<sup>1</sup> (p.21, grifo meu).

Questionar “que lugar é esse?” representa as inquietações que me levaram a escrever sobre a inserção da Educação Física (EF) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe salientar que o meu local de fala é enquanto Professora de Educação Física residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e é neste cenário que as reflexões sobre esse lugar têm início.

É necessário explicar que não o considero como um lugar dado a priori, mas sim, que está sendo produzido a partir das relações estabelecidas e das experiências vivenciadas no contexto da residência. Reforço que embora traga narrativas de uma vivência específica, o lugar da EF no SUS não é unidirecional, ele apresenta múltiplas possibilidades em outros diversos cenários e com outros tantos atores. E ao propor esse questionamento sobre a inserção e a atuação da EF na saúde, quero provocá-los a refletir sobre as potencialidades que a EF possui dentro do SUS e as limitações que muitas vezes são encontradas ao longo do caminho.

Observa-se que a EF e o campo da saúde já se entrecruzaram na história. A área iniciou sob os preceitos de saúde (por volta do período de 1850 – 1930), influenciada pelas instituições médicas e militares e pautada no discurso higienista, moral e disciplinador dos corpos<sup>3</sup>. Na década de 1980 surgem movimentos



importantes para a área da EF, que começam a contrapor o discurso hegemonicamente biológico, incorporando análises sociais até então escassas<sup>4</sup>.

Ao longo do tempo a EF se reaproxima da área da saúde, dessa vez, associada às políticas públicas que foram sendo constituídas, naquilo que nomeamos Saúde Coletiva<sup>5-7</sup>. Contudo, esse movimento não ocorre de uma hora para a outra, mas sim, através de processos fragmentados. Cabe o destaque de que as relações estabelecidas com as políticas públicas de um sistema de saúde universal são recentes, no bojo da reforma sanitária, o que torna essa discussão ainda mais pertinente.

Nesse sentido, retomo: que lugar é esse? Ou ainda, como a EF se estabelece dentro da Atenção Primária à Saúde (APS)? Somos reconhecidos e respeitados como profissionais da saúde? Tais questionamentos direcionam para uma dúvida principal e que será discutida neste manuscrito: O que pode a EF na Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

Estudos comprovam os benefícios da prática de atividade física (AF) orientada para a melhoria da qualidade de vida, diminuição dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis<sup>8-10</sup>. Além disso, a inatividade física por estar associada a maior incidência de doenças crônicas, se relaciona com a mortalidade precoce, sendo considerada como o quarto maior fator de risco de mortes no mundo<sup>9,11</sup>. A partir dessas constatações, atualmente, a EF possui um lugar estratégico quando se fala em saúde, e este lugar está atrelado aos riscos biológicos e relacionados aos estilos de vida dos indivíduos.

Todavia, minhas intenções nesta escrita são mostrar a amplitude de ações que a área da EF pode realizar no contexto da saúde, extrapolando a lógica preventiva e curativa. Quero atentar o olhar para a dimensão humana e social da nossa atuação, de modo a valorizar as potencialidades das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) e evidenciar as formas como a multidisciplinaridade do cuidado viabiliza a articulação entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde das pessoas.



O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência e caracterizar minha atuação enquanto professora de EF, residente em saúde da família durante a formação (março de 2019 a março de 2021), apontando desafios, possibilidades e potencialidades que a EF oferece nesse contexto. A partir desse movimento de caracterização, foram suscitadas reflexões sobre os desdobramentos referentes aos lugares da EF na saúde pública, nos processos formativos e de trabalho dos residentes e das equipes de saúde.

## **RELATO**

- Trajetória enquanto Residente Multiprofissional em Saúde da Família: O Saber-fazer multiprofissional e a Educação Física como estratégia na linha do cuidado

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) possuem uma longa trajetória de consolidação<sup>12</sup>, e apesar de existirem desde a década de 1970, através do movimento pela Reforma Sanitária, sua regulamentação só ocorreu em 2005. As RMS, desde o princípio, tinham o intuito de modificar os paradigmas relacionados ao processo saúde-doença e construir novas práticas de saúde com o foco na multidisciplinaridade e na consideração do contexto social<sup>13</sup>.

Nesse sentido, para fins de fortalecer as práticas assistenciais e o cuidado integral à população, surge em 2010, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, fruto da parceria entre FURG e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande/RS. A característica principal da RMSF é o exercício permanente de educação em serviço, de modo que sejam articulados o ensino, a pesquisa e a extensão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, os profissionais residentes de EF, Psicologia e Enfermagem, realizam sua inserção em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e desenvolvem atividades diariamente junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>14</sup>.

Este cenário é o palco das experiências vivenciadas e todo o processo de imersão e adaptação que acontece no início desse ciclo de formação e, na chegada ao serviço de saúde, surgem inúmeros questionamentos relacionados à atuação profissional, como expectativas, anseios e um sentimento de deslocamento,



que tantas vezes se assemelha a um “*não pertencimento*”. Essas inquietações ocorrem principalmente com profissionais da EF e Psicologia, que precisam estabelecer seu lugar naquele espaço, criando estratégias de adaptação no contexto da APS. Já a enfermagem possui seu lugar mais delineado na UBSF, contudo sofre com a demanda excessiva de trabalho, o que interfere diretamente no cuidado prestado aos pacientes e em todo o processo de ensino em serviço.

Ao longo deste relato, o conhecimento e a experiência vivenciada são documentados e compartilhados através de narrativas, com isso, tornam-se produtores de identidades e sentidos, trazendo trejeitos, perspectivas e subjetividades de quem escreve. A narrativa mergulha na vida do narrador e nela estão impressas as marcas de quem viveu e relatou tais momentos<sup>15</sup>. Seguindo nessa perspectiva, a expressão de “marcas” exemplifica os encontros e as conexões que temos ao longo da vida e a maneira como, eles nos desassossegam e produzem novas formas de existência, novos modos de sentir, pensar e agir<sup>16</sup>.

A experiência a que me refiro, teve seu início em março de 2019 com o ingresso no programa da RMSF e início das atividades na UBSF ao qual minha equipe de residentes foi colocada. As semanas iniciais foram de reconhecimento da UBSF, do território, da comunidade, buscando entender como os processos de trabalho se organizavam.

Esse processo de investigação e reflexão, de certa forma retrata a busca incessante por uma identidade, pelo lugar da EF neste cenário. Pensava que desvendar esses mistérios talvez me levassem a encontrar o meu lugar enquanto profissional da saúde. Mas ao longo dessa procura, deparei-me com mais incertezas e anseios do que as respostas que acreditava encontrar. Encontrei-me nas palavras de Dallegrave e Kruse<sup>17</sup>, que ao dissertarem sobre as RMS, dão indícios do quão turbulento este processo se apresenta nesse período inicial, e que diante disso, se faz necessário um movimento de desorganizar para construir.

Durante essa fase de reconhecimento e adaptação, comecei a compreender que esse lugar não era algo a ser identificado de fato, mas sim construído, a partir de uma produção de sentidos, subjetividades e características oriundas daquele cenário em específico. Inúmeras vezes equiparadas à figura de estagiárias, fomos restringidas e limitadas em nossa atuação, perdendo espaço e autonomia para



desenvolvermos nossas potencialidades enquanto equipe e profissionais de um núcleo específico. Com isso, sentia-me subestimada e deslocada, ao passo em que muitos dos profissionais que ali estavam, atuando lado a lado, não compreendiam o porquê de eu estar ali e quais ações eu poderia desenvolver naquele contexto. E por vivenciar e internalizar esse desassossego diariamente, às vezes nem eu mesma compreendia este porquê.

Dialogar com demais profissionais da EF foi imprescindível para refletir sobre esses aspectos, e através desse processo reflexivo foi possível compreender que a adaptação necessária não era a de acomodação e encaixe, mas sim uma adaptação potente, com mudanças, ajustes e estratégias para a organização do trabalho. Nesse movimento, surgiu a ideia de delinear cronogramas de ações multiprofissionais a serem desenvolvidas na UBSF.

Com a construção desses cronogramas e o desenvolvimento de ações em nível uniprofissional e multiprofissional, surpreendi-me com as potencialidades da EF na APS, e essas descobertas serviram como incentivo e motivação para me sentir mais segura e pertencente àquele espaço. Diante disso, quero descrever as ações que desenvolvidas ao longo do primeiro ano da residência e que fizeram parte da produção do lugar da EF ao qual me refiro.

Primeiramente trago os atendimentos individuais realizados pela EF, que ocorrem tanto por indicação de outros profissionais, por demanda espontânea, pela minha identificação em acolhimentos ou em demais atividades em que visualizo a importância/necessidade desse acompanhamento específico. Esses atendimentos possibilitam uma escuta inicial e avaliação das condições e contexto do indivíduo para que seja possível ajudá-lo de acordo com as suas necessidades. Após a avaliação realizada, as ações sempre buscam respeitar a individualidade de cada pessoa, indo ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, um atendimento humanizado, centrado no indivíduo e com base em um enfoque social e inclusivo.

Em meus atendimentos, ao realizar orientações e prescrições específicas, procurava sempre explicar o porquê de cada ação, em uma linguagem acessível, muitas vezes realizando demonstrações práticas para facilitar a compreensão. É de extrema importância desenvolvermos novas formas de se agir com o usuário em um sentido de valorizá-lo enquanto sujeito e não o seu diagnóstico, ou seja,



promover práticas acolhedoras e dialógicas que contribuam para as relações e promoção do cuidado<sup>18</sup>.

Seguindo a premissa de novas formas de se promover o cuidado em saúde, um dos propósitos da RMSF é o trabalho multiprofissional, e acredito que este é o cerne e a riqueza dessa formação em serviço. Ele vai muito além de um atendimento em que os profissionais de diversas áreas se reúnem no consultório para atender ao paciente, o multiprofissional está presente em cada etapa do cuidado, seja na identificação de uma demanda para outra área, seja nas profundas discussões de cada caso, no compartilhamento de saberes, na atenção prestada a cada indivíduo e na continuidade do cuidado. Dessa forma, seja em uma interconsulta ou em um compartilhamento de caso com outra área é imprescindível estreitar a comunicação, partilhar informações e tomar decisões em conjunto (profissionais e pacientes).

Muitas vezes, pós atendimentos, costumávamos nos reunir para compartilhar experiências e casos, com o intuito de dialogar sobre as possibilidades de intervenção e construir uma linha de cuidado que atenda às demandas, as necessidades e as vontades de cada pessoa que atendemos. Nessa perspectiva, Damico e Bilibio<sup>18</sup> trazem que “a tarefa de produzir atos de saúde não é mais exclusiva de algum núcleo profissional autocentrado, mas de todos aqueles chamados e dispostos a abrir sua caixa de ferramentas para estabelecer relações e encontros com os usuários do SUS”.

Nesse sentido, destaco os atendimentos compartilhados de pré-natal e puericultura, onde passamos a realizar interconsultas, agregando EF e psicologia, ao trabalho da enfermagem. Com o trabalho multiprofissional foi possível proporcionar um espaço de escuta qualificada e uma atenção humanizada à saúde materno-infantil.

Nos atendimentos de puericultura, o trabalho da EF consiste tanto na avaliação integral da criança, como também nas orientações prestadas à família. As recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 33<sup>19</sup> tratam da avaliação nas consultas em cada fase do desenvolvimento da criança e cabe aos profissionais realizarem a anamnese, a avaliação física completa identificando possíveis sinais de risco e de vulnerabilidade.



Nas consultas de pré-natal, sempre realizava uma avaliação geral da gestante, com perguntas específicas sobre sua condição de saúde e evolução gestacional, além da avaliação física. Após, orientava sobre os cuidados gerais com a alimentação, ingesta hídrica e sobre a importância das atividades físicas durante esse período. Conversava sobre a viabilidade para a prática incentivando a introduzir alguns elementos como medidas de conforto, exercícios específicos e alongamentos, acompanhando-as ao longo da gestação, considerando as evidências que comprovam a segurança e os benefícios das AF na manutenção da saúde e promoção de qualidade de vida da gestante<sup>9,20</sup>.

Outra atividade da qual eu não tinha noção da riqueza e das particularidades do tipo de cuidado, foram as Visitas Domiciliares (VDs), que requerem um diálogo acessível, respeito pelo contexto em que o indivíduo está inserido, empatia e capacidade de uma escuta atenta e sensível. Ao acessar o domicílio, nossa abordagem precisa preconizar a integralidade do cuidado e prestar uma assistência humana e centrada no indivíduo e na sua família.

As VDs são uma potente estratégia para fortalecer o vínculo com a comunidade e encontrar novas formas de produzir cuidados em saúde. Para Abrahão e Lagrange<sup>21</sup> elas são uma ação complexa, importante para o planejamento em saúde e “o vínculo está alicerçado em relações de confiança, de um espaço protegido em que a responsabilidade pelo cuidado é construída de forma compartilhada com o usuário e a equipe de saúde”.

As visitas ocorriam de forma uniprofissional e multiprofissionais, em várias oportunidades pude realizar intervenções com atividades físicas. Na atuação prática no domicílio, senti-me encantada pela riqueza dos encontros e pelo potencial que as VDs têm no sentido da promoção da saúde. Essa experiência única evidenciou que o cuidado humanizado é imprescindível quando se pensa em saúde, e ele precisa estar presente em todos os sentidos da assistência prestada, ainda mais quando nos propomos a atender no domicílio.

O desenvolvimento de grupos na UBSF, também mostrou-se uma potência para trabalharmos com educação em saúde, valorizando os saberes populares e o protagonismo social. Neles é possível deslocar-se de um atendimento clínico tradicional, descentralizando o cuidado médico, focando em ações





multiprofissionais que visam um olhar integral a saúde, como por exemplo o “Grupo de Crônicos” desenvolvido para trazer informações e destinar um atendimento especializado àquelas pessoas que possuíam alguma condição crônica, o “Grupo de Artesanato” desenvolvido por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) para realizar trabalhos manuais, fortalecer vínculo e estimular a convivência, o “Grupo Vida Ativa” grupo de AF conduzido por uma professora de EF e o “Grupo de Gestantes”.

Para contribuir com o “Grupo de Crônicos”, construí um material de apoio, com dicas de atividades físicas para as pessoas hipertensas e diabéticas. Nesses folders, constavam informações importantes para cada tipo de condição, bem como orientações sobre PCAF, alimentação e cuidados com a saúde de uma maneira geral, sendo distribuídos em encontros com a comunidade e serviram como tema para a discussão em grupo, possibilitando reflexões e tornando um espaço de compartilhamento de saberes e experiências.

Através da construção de um diagnóstico comunitário do território de abrangência da UBSF, foi possível identificar algumas demandas em saúde do público adolescente e, após constantes diálogos entre a equipe, propomos a construção de um grupo específico, nomeado “Te Joga”, uma proposta para trabalhar com educação em saúde por meio de ações vinculadas à cultura, ao esporte, à arte etc.

A ideia foi realizar o grupo na praça do bairro, único espaço de lazer para os moradores e trabalhar com a noção de que aquele local pertencia àquela comunidade, àqueles jovens, e que as ações ali desenvolvidas eram, de fato, voltadas a eles. Dessa forma, foi possível trabalhar a partir de uma lógica de assistência além dos “muros” da unidade, que extrapolasse a noção de atendimento clínico e possibilitasse uma aproximação maior com o público, que muitas vezes não buscava o serviço de saúde por não se sentir confortável naquele espaço. Nesse sentido, preciso destacar que o desenvolvimento desse grupo foi algo extremamente enriquecedor e motivador para todas nós, pois conseguíamos enxergar a atuação multiprofissional presente em cada etapa dessa construção.

Também traçamos estratégias para trabalhar com as três escolas pertencentes ao território adstrito à UBSF, atendendo da educação infantil aos anos finais do ensino fundamental. Aliadas ao Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>22</sup>, planejamos ações temáticas e formamos parcerias com demais profissionais da saúde e da



educação. Trabalhamos com ações relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, higiene, pediculose, cidadania, direitos humanos e meio ambiente, ampliando as ações para atender às demandas daquela comunidade.

Outra atuação vivenciada no contexto da UBSF, foram as salas de espera, que se traduzem em uma estratégia para promover saúde por meio de intervenções rápidas no saguão da unidade, onde os usuários aguardam seu atendimento. As atividades desenvolvidas sempre tratavam de temáticas diversas, muitas vezes relacionadas com questões alusivas aos meses específicos (março lilás e prevenção do câncer do colo do útero, por exemplo). Nossas intervenções ocorriam de maneira multiprofissional, e em vários momentos pude contribuir com ações práticas, vinculadas à realização de PCAF, com o intuito de promover um momento de interação, relaxamento e cuidado, com vistas a possibilitar a experenciação de novas práticas por parte daquelas pessoas, assim estimular uma aproximação maior com a área da EF.

Ao final do primeiro ano de residência, minha turma foi realocada para outra UBSF por motivos de conflitos nos processos de trabalho e falta de espaço físico para desenvolver as atividades. Ao chegar na nova UBSF os anseios foram dissolvendo-se em uma acolhida afetuosa, com expectativas e olhares diferentes, visto que já tinham residentes atuando no local e finalizando sua formação naquele ano. A equipe da UBSF estava aberta a nos receber e permitir trilhar nossos caminhos com autonomia, incentivo e respaldo, suscitando também, novos encontros e possibilidades de conhecimento, compartilhamento de experiências e sentidos, que propiciaram marcas<sup>16</sup> e novas formas de nos constituirmos naquele espaço.

No que se refere aos serviços ofertados por esta UBSF, além dos atendimentos de rotina, também eram realizados grupos de convivência, tais como o Grupo de Bem-estar, Grupo de Desenvolvimento Infantil, Grupo de Artesanato, Grupo Vida Ativa e o Grupo de Crônicos. Além disso, havia o Conselho Local de Saúde na UBSF que realizava reuniões mensais com representantes da comunidade e trabalhadores da saúde, com o intuito de promover discussões, avaliar a realidade local, propor mudanças baseadas nas necessidades do território em busca de políticas públicas mais eficazes e abrangentes.



Frente a essas possibilidades de atuação, organizei um cronograma semanal para poder dividir meu tempo na UBSF em diversas atividades de acordo com minha experiência e com o objetivo de conhecer novos caminhos a serem percorridos. Diante disso, mantive minha participação nas consultas de pré-natal e puericultura, nas VDs, nas salas de espera, nos atendimentos individuais e multiprofissionais por entender que esse fazer é inerente da minha profissão e faz parte dessa construção do lugar da EF no SUS e na RMSF. Para além das atividades cotidianas citadas, busquei acompanhar alguns grupos ofertados como o Bem-estar (voltado às mulheres) e o grupo de Desenvolvimento Infantil (voltado para crianças de três a oito anos de idade).

Tratando especificamente da atuação da EF existia o Grupo Vida Ativa, um espaço para ampliar as ações de promoção da saúde através das PCAF. Os encontros diários contavam com a prática de alongamentos, danças, brincadeiras, caminhadas, exercícios resistidos e aeróbicos, bem como ações de educação em saúde. O grupo era conduzido por uma equipe multiprofissional, os ACS coordenavam o seu funcionamento e os professores de EF conduziam as aulas. Minha atuação ocorria três vezes na semana, nesses encontros mesclava várias possibilidades de ações com PCAF, com o objetivo de trabalhar com aspectos da memória, autoestima, saúde mental das participantes e promover a integração do coletivo.

Ao ofertar atendimentos, interconsultas multiprofissionais e demais ações na UBSF e no território, se torna possível ampliar o olhar para a atuação e a importância da EF na APS, seja em relação à prevenção, à recuperação e à promoção da saúde. As atividades acima descritas de certa forma exemplificam e caracterizam o cotidiano de atuação no primeiro ano de residência. Como mencionado anteriormente, foi necessário um processo de adaptação e sistematização do trabalho, uma vez que foram encontradas diversas limitações ao longo do caminho. Os principais entraves relacionaram-se com a desvalorização profissional e a não compreensão do papel da EF naquele contexto, que culminaram na troca de UBSF e reconstrução do trabalho em uma nova unidade, com outro território e comunidade distinta.

Faço aqui uma pausa nos aspectos mais descritivos da atuação para levantar algumas reflexões sobre os desdobramentos políticos recentes, referentes ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) – que se constitui como uma oportunidade real e significativa, de trabalho regulamentado da EF



dentro do SUS, sendo também um local de vivência da residência. Além das questões relacionadas ao NASF – AB, cabe o destaque do novo financiamento da APS, as medidas de austeridade fiscal e os impactos que estão causando no setor da saúde.

Considero importante comentar sobre as modificações que ocorreram a partir da Nota Técnica nº 3/2020, que revoga os serviços do NASF – AB e cria um modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo programa “Previne Brasil”. Este programa surge com o propósito de equilibrar os valores financeiros per capita referentes à população cadastrada nas equipes, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Após a revogação do NASF – AB, não houve mais credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (MS). A partir de agora há uma desvinculação do órgão federal, passando aos gestores municipais a responsabilidade de compor, organizar e definir o funcionamento dessas equipes. Em nosso município, essas alterações ficaram claras com a renomeação para “Equipe Multiprofissional” e reestruturação do serviço como um todo, pois a abrangência dessas equipes se tornou maior e os profissionais podem ser realocados de acordo com a demanda dos territórios em relação às especialidades, havendo maior pressão por produtividade.

O apoio matricial também foi substituído para uma lógica de encaminhamentos por boletins de referência enviados por malote às equipes, e somente os casos considerados mais “delicados” eram compartilhados. A gestão da SMS, após visualizar que esse funcionamento estava gerando perdas no cuidado em saúde, tornou a utilizar o espaço de discussão dos matriciamentos, que nesse retorno foram renomeados para “*Rounds*” (numa perspectiva hospitalar, de seguir protocolos, verificar pacientes e repassar informações, ainda muito voltada e centrada na figura do médico).

Ainda sobre a reformulação do custeio da APS, o outro grande impacto é em relação aos indicadores de saúde que precisam ser alcançados a cada quadrimestre, pois eles definem os valores de repasse por captação ponderada e pagamento por desempenho às equipes, sendo que ambos os aspectos influenciam diretamente na assistência prestada aos indivíduos.



Com as mudanças, observa-se um retrocesso e distanciamento do princípio da universalidade do SUS, que está alavancando ainda mais a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Ao propor essa nova forma de financiamento também nos afasta da lógica da integralidade do cuidado, pois ao preconizar indicadores, nos limitamos ao atendimento dessas demandas e dificultamos o fortalecimento de outras práticas assistenciais e multiprofissionais.

Os discursos políticos e sociais constantemente reproduzidos no país relacionados às medidas de austeridade, as mudanças na alocação dos recursos públicos e as novas possibilidades de relação entre o Estado e empresas privadas, revelam o sentido privatizante dessas medidas<sup>27</sup>. Nessa lógica, há um contexto de “desfinanciamento”<sup>27</sup>, produzido a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 95, um novo regime fiscal que congelou o teto de gastos para as despesas primárias da União durante os anos de 2017 – 2036. Para a saúde isso representa uma perda absurda de recursos, pois as aplicações mínimas também foram congeladas, corrigidas a um valor fixo de uma receita móvel por 20 anos, sem alteração do repasse em razão da arrecadação fiscal, gerando uma perda cumulativa a cada ano corrente.

Pretendo dar continuidade, no item a seguir, aos tópicos referentes à experiência de ser residente de EF em meio a uma situação sem precedentes e que nos atingiu violentamente no ano de 2020, a Pandemia da COVID-19.

- Formas de se reinventar: Estratégias de adaptação e ressignificação da atuação da Educação Física na RMSF frente à Pandemia da COVID-19

Durante a formação no segundo ano da RMSF fomos interpelados pela Pandemia da COVID-19, uma situação atípica e inédita que desconstruiu e está ressignificando modos de vida de toda a população mundial. Essa experiência, dada a sua relevância e as suas marcas deixadas em nós, precisa estar devidamente registrada e compartilhada com quem está lendo este relato, para conhecer, ainda que parcialmente, a realidade enfrentada por quem está na linha de frente dos serviços de saúde.



Num cenário de incertezas, medos e inseguranças, seguimos nosso trabalho cotidiano na UBSF, sempre acompanhando as orientações, os decretos e as normativas que chegavam a todo o momento. Em 19 de março de 2020, entrou em vigor o decreto de estado de emergência pública no nosso município e a partir disso a SMS passou a modificar os protocolos de atendimento na APS visando a necessidade de incentivar o distanciamento social, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Com os novos protocolos de atendimento, nossos processos de trabalho sofreram severas modificações, pois foram suspensas todas as atividades grupais desenvolvidas nas UBSF, bem como atendimentos eletivos e a maioria das VD, passando a realizar apenas atendimentos de urgência, emergência e sintomatologias respiratórias.

Em termos da atuação da EF, nesse momento, senti-me impotente, pois as possibilidades de atuação estavam fora daquela realidade e modelo de assistência. Ao me afastar das atividades cotidianas tive a impressão de estar apenas ocupando espaço na unidade, promovendo mais aglomeração e me expondo desnecessariamente aos riscos. Nas primeiras semanas foi necessário desacelerar, tentar compreender toda a situação ao qual estávamos passando, identificar as maiores fragilidades e os potenciais da equipe, para então traçar estratégias de enfrentamento com segurança e eficiência.

Uma das estratégias adotadas foi estreitar a comunicação com a comunidade, criando canais digitais para divulgar informações, produzir materiais didáticos, fornecer teleatendimentos e facilitar o acesso aos serviços oferecidos. Nós residentes, estruturamos vídeos em formato de bate-papo, onde discutimos assuntos diversos sobre saúde com falas pautadas em evidências científicas, porém em uma linguagem acessível à população.

Inicialmente realizei vídeos com exemplos práticos de exercícios que poderiam ser realizados em casa, seguindo a lógica da continuidade e acompanhamento dos grupos de atividade física que conduzia antes do período de pandemia e distanciamento social. Contudo, ao passar dos dias fui compreendendo que por mais que esta fosse uma maneira de contribuir com a saúde das pessoas, estava seguindo um pensamento e um discurso simplista muito disseminado nesse período, relacionado à inatividade física e ao incentivo de certa forma



descontextualizado acerca da regularidade da prática de exercícios e seus benefícios à saúde como um todo, mas principalmente ao sistema imunológico.

A inatividade física já era uma questão preocupante antes da pandemia da COVID-19, pois os percentuais de adultos que não praticavam nenhum tipo de AF teve um crescimento de aproximadamente 5% (de 31,6% para 36,8% da população mundial) entre os anos de 2001 a 2016, ou seja, mais de um quarto da população adulta ainda era insuficientemente ativa<sup>23</sup>. No Brasil, dados recentes do Vigitel<sup>24</sup> apontam que 44,8% da população estudada (homens e mulheres adultos com idade  $\geq 18$  anos) não alcançou os níveis mínimos de AF recomendadas no ano de 2019. Ao avaliar tais evidências científicas, me pareceu insensato afirmar que somente a associação entre a prática de AF nesse momento de pandemia, pudesse sanar questões de saúde muito anteriores a esse período.

A prática de AF, como descrevem Crochemore-Silva *et al.*<sup>25</sup> “não é um gesto banal e desprovido de relação com a subjetividade das pessoas” e, portanto, se faz de suma importância que a promoção da AF ocorra mediante a consideração dos contextos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos. Luz<sup>26</sup> afirma que os profissionais de EF ao tratarem de uma visão ampliada de saúde, precisam ter uma percepção sobre o corpo que supere o modelo biomecânico, para que suas noções de corporeidade incluam a vida e a vitalidade “como expressão de um todo que não se esgota no físico”. Por esse motivo, passei a considerar um conceito ampliado de saúde ao produzir os materiais visuais, trazendo outras possibilidades de a EF contribuir nesse período, para além de aspectos estritamente biológicos e prescritivos.

Durante esse período acompanhamos de perto o agravamento da Pandemia no número de casos e óbitos. Diante desse cenário, o risco de contaminação estava cada vez maior, nossos colegas de trabalho começaram a adoecer e os protocolos e fluxos de testagem ainda estavam sendo consolidados, o que não nos trazia segurança em permanecer atuando presencialmente na UBSF. Frente a esses tensionamentos somados ao esvaziamento da prática seja através das redes sociais da UBSF, ou da própria atuação assistencial, passamos a discutir com o coletivo da RMSF possibilidades de atuação remota. Para tanto, construímos estratégias para permanecer desenvolvendo ações em saúde, contribuindo com o serviço e com nossa



formação na residência, porém sem estarmos necessariamente presentes na UBSF.

Para efetivar o trabalho em *home office* passei a realizar algumas atividades administrativas para a UBSF e a compor a equipe de triagem do serviço de teleatendimento do município, o TeleCovid19. Além disso, na maior parte desse tempo, passei a realizar o telemonitoramento dos casos suspeitos/confirmados para COVID-19 da comunidade do território de abrangência da UBSF. Esta modalidade de trabalho remoto durou cerca de dois meses, período de criticidade da pandemia no cenário municipal.

É importante mencionar que as ações desenvolvidas nos serviços de teleatendimento, embora sejam direcionadas para a avaliação e acompanhamento de casos de COVID-19, ultrapassam a lógica da centralidade na doença, pois o trabalho desenvolvido nesses atendimentos requer uma escuta sensível e qualificada às demandas e anseios de cada pessoa ouvida. Esta modalidade de trabalho, mesmo de forma remota, foi a maneira encontrada para permanecer na linha de frente dos cuidados em saúde em meio à pandemia.

Ao final do mês de setembro de 2020, após nova avaliação do contexto da pandemia no município e as condições de trabalho e segurança, o coletivo da RMSF decidiu pelo retorno às atividades presenciais na UBSF. O retorno trouxe consigo alguns receios e inseguranças quanto à possibilidade de adoecer e de permanecer sem oportunidades de desenvolver o meu trabalho, dada às limitações do serviço frente à pandemia.

Neste retorno, a adaptação mais uma vez tornou-se indispensável para dar continuidade ao trabalho desenvolvido, pois tínhamos outros protocolos vigentes e os fluxos e o funcionamento dos atendimentos também haviam sido repensados ao longo desse tempo em que estávamos afastadas dos atendimentos presenciais. Cabe o destaque de que as atividades grupais não tiveram seu retorno autorizado pelos órgãos de saúde do município. Em vista disso, o retorno do trabalho da EF se deu principalmente nos atendimentos multiprofissionais à atenção materno-infantil e em casos de saúde mental, e também em VDs para reabilitação física de pacientes. Ademais, mantive meu apoio nas ações de educação em saúde que a equipe desenvolvia, bem como em atividades de cunho burocrático ou recepção dos usuários na UBSF.





As narrativas de tais experiências encerram-se ainda em meio à pandemia, devido à conclusão da formação na residência em março de 2021. Após levantar questionamentos, possibilidades e reflexões junto à literatura abordada, cabe neste momento corporificar as considerações finais deste trabalho, de modo a realizar um fechamento com os aspectos mais relevantes que foram apontados, bem como com os sentidos produzidos através desta escrita.

## **CONCLUSÃO**

Ao longo dessas páginas trago a experiência em suas múltiplas faces, como a de quem se coloca enquanto pesquisadora e escritora, mas também de quem vivencia esses momentos, encontros, pensamentos e reflexões. Eis aqui as angústias e os afetos, as ideias e os ideais de uma professora de EF e residente, que na busca por encontrar o seu lugar acabou compreendendo que o que importava de fato era o caminho trilhado e as descobertas ao longo do processo. Aquilo que era algo a ser desvendado, passou a ser construído através de todas as marcas e transformações que esses dois anos de residência proporcionaram.

Ao escrever estes parágrafos, muitas foram as possibilidades de atuação apresentadas, mas também foram relatadas as limitações presentes em todo esse processo vivenciado. Ser Professora de EF e Residente Multiprofissional em Saúde exigiu inúmeras competências logo ao ingressar no programa e demandou muito estudo para agregar conhecimento às práticas desenvolvidas e propiciar maior segurança na atuação. Contudo, compreendi que ser residente também requer sensibilidade, um olhar atento ao entorno, uma capacidade de adaptação e de se estar aberto a novas possibilidades.

Ser residente é ser um ator político, que defende o SUS, que defende o indivíduo e que está ali para fortalecer a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. Ser residente é ser resiliente, e aprender com todos os entraves diários, com a falta de espaço físico que limita os atendimentos, com a desvalorização profissional, a falta de subsídios básicos para desenvolver um bom trabalho, o esgotamento diário e a sobrecarga que afeta a nossa saúde mental. Diante de tudo o que foi vivenciado, afirmo que ser residente é ser resistente, pois frente às



dificuldades vivenciadas, ainda assim houve uma busca incessante para cuidar do outro da maneira mais humana possível.

Embora as relações que a EF estabelece com a saúde sejam recentes, observa-se que obtivemos avanços importantes em termos de políticas públicas que propiciaram uma ampliação da oferta de PCAF nos serviços de saúde, bem como qualificação dos profissionais de EF através dos programas de residência. Ressalta-se, contudo, que nos últimos anos devido às medidas de austeridade fiscal, novo financiamento da atenção básica, revogação dos NASF e demais desdobramentos políticos, caminhamos para um retrocesso em um movimento que parece contrapor a lógica do SUS.

O cenário pandêmico também trouxe inúmeros desafios para os serviços de saúde como um todo, a formação no programa de residência foi afetada severamente e a atuação da EF sofreu inúmeras restrições com a suspensão de atendimentos e grupos. A adaptação ao novo contexto, através de estratégias diversas para manter as ações em saúde direcionadas à comunidade, contribuíram para a manutenção do vínculo e para a continuidade do cuidado.

A escrita encerra-se ainda em meio à pandemia ao concluir o ciclo de formação na RMSF, vivência esta que possibilitou experienciar cada detalhe que aqui é apresentado e cada reflexão que foi construída. As mensagens que gostaria que ficassem após a leitura do presente manuscrito estão relacionadas ao saber-fazer da EF, por compreender que a área possui uma multiplicidade de ações possíveis e necessárias dentro da APS.

Assim como menciono no início deste texto, o lugar da EF não é algo dado e não se apresenta de maneira unidirecional. Considero-o como um espaço a ser produzido na relação consigo e com o outro, nos espaços que percorremos e considerando as possibilidades e limitações que são encontradas. É necessário desbravar estes caminhos, conhecer os contextos que embasam as relações da EF com o campo da saúde e investigar novas perspectivas, pois através de diferentes experiências, outros lugares possíveis surgirão, e com eles novas reflexões serão suscitadas.



## REFERENCES

1. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de educação. 2018;19: 20-28.
2. Ramil V. A resposta. In: Letras [internet]. Acesso em: 13 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/vitor-ramil/541591/>
3. Soares CL. Educação Física: Raízes Europeias e Brasil. Campinas, SP: Autores Associados, 3ª Edição, 2004, 143p.
4. Daolio J. Educação Física Brasileira: Autores e atores da década de 80. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, São Paulo. 1997;18(3):182-191.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, 2008.
7. Brasil. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
8. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2011; 20(4):425-438.
9. OMS, Organização Mundial da Saúde. Atividade Física. 2018. [internet] Acesso em 16 jun. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
10. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985; 100(2):126-31.
11. Lee I, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The lancet, 2012; 380(9838): 219-229.
12. Knuth AG, Arejano CB, Martins, SR (Org.). Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde. Rio Grande, RS: Editora da FURG; 2016, 218p.
13. Abib LT, Kuhn GF. Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. Knuth AG, Arejano CB, Martins, SR (Org.).



Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde. Rio Grande, RS: Editora da FURG; 2016, p. 17 – 38.

14. FURG. Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família [internet]. Rio Grande, 2014. Acesso em 14 mai de 2019. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf>

15. Benjamin W. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin, W. Obras Escolhidas: Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura história e cultura. São Paulo: Brasiliense; 1994, p. 197-221.

16. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cadernos de subjetividade. 1993; 1(2): 241-252.

17. Dallegrave D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(28): 213-37.

18. Damico JGS, Bilibio, LF. Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental. In: Bagrichevsky M (Org.). Saúde Coletiva: Dialogando Sobre Interfaces Temáticas. Blumenau – SC: Instituto Federal Catarinense; 2.ed. 2019, p. 59-95.

19. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

20. ACOG, American College Of Obstetricians And Gynecologists et al. Committee opinion no. 804 (Replaces Committee Opinion Number 650): Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2020; 135(4):178-188.

21. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini, MVGC; Corbo AD (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007 p. 151-171.

22. Brasil. Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2007.

23. Guthold R, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1· 9 million participants. The Lancet Global Health, 2018; 6(10):1077-1086.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito



telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2019. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

25. Crochemore-Silva I, Knuth, AG, Wendt A, Nunes BP, Hallal, PC, et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25:4249-4258.

26. Luz MT. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: Fraga AB; Wachs, F (Org.). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1ª Edição, 2007, p. 9-16.

27. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(9):e00040220