



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



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

RINELLY PAZINATO DUTRA

RIO GRANDE
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



RINELLY PAZINATO DUTRA

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

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à banca de defesa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob orientação do Prof. Dr. Alan Goularte Knuth.

RIO GRANDE
2020

“A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço”.

(Jorge Larrosa, 2002)

Aspectos introdutórios: O princípio da história

Para dar início a esse ensaio, gostaria de começar pelo fim, pelo desfecho da história. Embora isso pareça um tanto contraditório, adianto que, como em um filme, as peças se encaixam ao longo do enredo. Confesso que para iniciar a escrita precisei consultar inúmeras vezes os rascunhos deste ensaio, e em meio a esse exercício me deparei com um trecho incitante lá nas últimas linhas do esboço. A passagem que me refiro, menciona três importantíssimos pilares aos quais minha escrita estará pautada ao longo de todo esse texto, que são o *saber*, o *fazer* e o *sentir*. Cabe salientar que estes pilares estão intimamente conectados com a experiência, e é a partir dela, da sua singularidade, que estas palavras são construídas, estruturadas e produtoras de sentido.

Quando evoco o questionamento “*que lugar é esse?*”¹ logo no título dessa história, inspiro-me em uma música de Vitor Ramil, que representa as inquietações que me levaram a escrever sobre a inserção da Educação Física (EF) no contexto da saúde, mais especificamente no 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 minhas reflexões sobre esse *lugar* têm início.

É necessário explicar, contudo, que não o considero como um lugar dado, já existente e demarcado a priori, mas sim, um local que é, e está sendo produzido a partir das relações estabelecidas e das experiências vivenciadas, nesse caso, por mim, uma profissional residente que está imersa nesse contexto, que observa, que atua, que tem dúvidas e angústias, que tem ideias e propostas, e, nessa mistura de sensações e percepções, se coloca enquanto pesquisadora com o intuito de problematizar determinadas questões inerentes a esses processos. Em se tratando da experiência propriamente dita, Larrosa (2002) a define 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. Em suma, o autor elucida que “a experiência é o que **nos** passa, o que **nos** acontece, o que **nos** toca e não o que acontece, passa ou toca” (p.21, grifo meu).

Nesse sentido, é importante salientar e valorizar as particularidades e

¹ Extraído de: Vitor Ramil. **A resposta**. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/vitor-ramil/541591/>>. Acesso em 13 jun. 2019.

singularidades dessa experiência que compartilho nessas palavras, e que este *lugar* que coloco em discussão, é de certa forma único pelo contexto (físico, espacial e temporal) em que ele se constitui. No entanto, é preciso reforçar que embora eu traga narrativas de uma experiência específica (a partir dos processos e produções constituídas no contexto da residência) o *lugar* da EF no SUS não é unidirecional, ou seja, ele apresenta múltiplas possibilidades em outros diversos cenários e com outros tantos atores, para além do que será explorado nessas linhas a partir das minhas perspectivas.

Ao propor esse questionamento sobre a inserção e a atuação da EF na saúde, quero provocá-los e incentivá-los a pensar, aliás, convido-os a refletir comigo sobre as potencialidades que a EF possui dentro do SUS e as limitações que muitas vezes encontramos ao longo do caminho. É possível observar que a EF e o campo da saúde já se entrecruzaram inúmeras vezes na história², entretanto, as relações estabelecidas com as políticas públicas de um sistema de saúde universal, são recentes e se apresentam de uma forma bem distinta, o que torna essa discussão ainda mais pertinente.

Nesse sentido, retomo a pergunta *que lugar é esse?* Ou ainda, como a EF se estabelece dentro da Atenção Básica (AB)? Existe realmente um espaço destinado à nossa profissão? Somos reconhecidos e respeitados como profissionais da saúde? Posso lhes afirmar que compartilho dessas inquietações diariamente enquanto residente, e eu preciso ressaltar que a cada novo ingresso de profissionais de EF no

² A EF inicia sob os preceitos de saúde no Brasil (por volta do período de 1850 - 1930), influenciada pelas instituições médicas e militares, pautada no discurso higienista, moral e disciplinador dos corpos, sendo o exercício físico, o canal facilitador de uma “medicalização” da sociedade (SOARES, 2004). A década de 1980 trouxe movimentos importantes para a EF, pois a partir dessa época começa-se a contrapor o antigo discurso hegemonicamente biológico, incorporando assim, análises sociais até então escassas (DAOLIO, 1997). Ao longo do tempo a EF se reaproxima da área da saúde, dessa vez, associada às políticas públicas que foram sendo constituídas. Contudo, esse movimento não ocorre de uma hora para a outra, mas sim, através de processos fragmentados, caracterizados por longos hiatos sem ações significativas para o núcleo da EF. Alguns acontecimentos demarcaram essa aproximação da EF com a saúde pública, como por exemplo, a inserção/regulamentação dos profissionais EF na área da saúde em 1997 (BRASIL, 1997) e a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, que traz pela primeira vez o eixo das Práticas Corporais/Atividades Física (PC/AF) para ações na rede básica de saúde e comunidade (BRASIL, 2006); Já em 2008 temos a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui-se como uma oportunidade real e significativa, de trabalho regulamentado da EF dentro do SUS (BRASIL, 2008). Com a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o então NASF sofre algumas modificações e passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Em 2013 há a criação do Programa Academia da Saúde (PAS), articulado aos preceitos da PNPS e consolidado como o maior programa voltado à promoção da saúde no Brasil. Nessa perspectiva, O PAS contribui para a saúde das pessoas, através da prática de atividades físicas no lazer, além disso, dialoga com as demandas locais e os usuários do programa, sendo apoiado pela população e pela gestão local (MIELKE, MALTA, 2020).

programa da RMSF, o questionamento de “*que lugar é esse?*” se repete e se multiplica. Além disso, o orientador deste trabalho, na condição de quem permanece no programa e observa o processo de formação dos residentes, também percebe a pergunta se renovar a cada nova turma ingressante o que reforça a necessidade de discorrer sobre a referida temática e lançar mais um questionamento: O que pode a Educação Física na Residência Multiprofissional em Saúde da Família?

Muitas vezes observo o discurso nos serviços de saúde, acerca dos benefícios da prática de atividade física³ (AF) orientada para a melhoria da qualidade de vida, diminuição de riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e recuperação destas, pois há evidências científicas que as DCNT estão entre as principais causas de internação hospitalar (MALTA, MORAIS NETO, SILVA JÚNIOR, 2011). Além disso, a inatividade física⁴ por estar associada a maior incidência de doenças crônicas, conseqüentemente se relaciona com a mortalidade precoce, sendo então considerada como o quarto maior fator de risco de mortes no mundo (LEE *et al.*, 2012; OMS, 2018). A partir dessas constatações parece que, atualmente, a EF possui um *lugar* estratégico quando se fala em saúde, e este lugar está atrelado aos riscos quase que estritamente biológicos, 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 que ainda se apresenta como uma visão essencialmente biológica do indivíduo. O propósito dessa reflexão é desconfiar, ou seja, buscar desvendar o nosso lugar enquanto profissionais de EF no SUS, principalmente na atenção básica, através da RMSF, de modo a conhecer o que a EF pode oferecer em todas as suas potencialidades e limitações, afinal o lugar está lá, temos ocupado este lugar, na RMSF, desde 2010. A partir disso, quero atentar o olhar para a

³ De uma maneira clássica e mais voltada ao modelo biomecânico, entende-se por atividade física o movimento corpóreo produzido pela musculatura esquelética que resulte em um gasto energético superior aos níveis de repouso (CASPERSEN, POWELL, CHRISTENSON, 1985). Entretanto, recentemente surgiu uma nova definição de atividade física, trazendo um olhar mais abrangente, inclusivo, holístico e em construção. Em uma nova perspectiva, Piggitt (2020) compreende a atividade física como um fenômeno complexo, que envolve pessoas se movimentando, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente definidos, ou seja, levam-se em conta questões sociais, políticas, individuais e culturais, para além de aspectos anatômicos e fisiológicos.

⁴ Considera-se inativo fisicamente, aquele indivíduo que não atinge a recomendação mínima da Organização Mundial da Saúde de dispensar pelo menos 150 minutos por semana de atividades físicas com intensidade moderada ou 75 minutos por semana de atividades físicas com intensidade vigorosa (DEL DUCA, *et.al*, 2015; GUTHOLD, *et.al*, 2018).

dimensão humana e social da nossa atuação juntamente com as demais profissões, a fim de 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.

Nessa perspectiva, os objetivos deste trabalho foram caracterizar minha atuação enquanto professora de EF, residente em saúde da família a partir da trajetória nos dois anos de formação, apontando o que considere desafios, possibilidades e potencialidades que a EF tem a oferecer nesse contexto. Além disso, durante o período de escrita, busquei analisar a conjuntura política do país e os desdobramentos em relação a EF no SUS. Estes elementos têm o intuito de falar sobre – e porque não modificar – os *lugares* da EF na saúde pública, de modo a influenciar diretamente os processos formativos e de trabalho dos profissionais residentes e das equipes de saúde como um todo.

Cabe salientar que este texto se apresenta de uma forma argumentativa e sem produção de dados, ou seja, quero lhes ensaiar uma história, a partir das minhas inquietações e análises que surgiram do meu olhar enquanto Residente. Espero que as narrativas que seguem, possam suscitar reflexões e possibilitem pensar sobre a EF de outra forma, com uma perspectiva crítica e olhando por meio de outro contexto.

Situando o local de fala – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Logo no início deste ensaio menciono que o meu local de fala é enquanto Professora de Educação Física e Residente, mas acredito que esse lugar precisa ser devidamente descrito e situado. Cabe salientar que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) possuem uma longa trajetória⁵ de consolidação, e apesar de existirem desde a década de 1970, através do movimento pela Reforma Sanitária, sua regulamentação só ocorreu efetivamente no ano de 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, para além das questões

⁵ Os percursos e os processos de consolidação das RMS podem ser melhor compreendidos mediante a leitura do livro “Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde”, construído através dos olhares e perspectivas de docentes, residentes e preceptores dos programas de RMS da FURG (KNUTH, AREJANO, MARTINS, 2016).

apenas biológicas do processo saúde-doença (ABIB, KUHN, 2016).

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, uma especialização *lato sensu* da FURG em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande/RS, com o intuito de expandir e qualificar a saúde no município. 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 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) (FURG, 2014).

É justamente nesse contexto que a cada ano ocorre o ingresso de novos profissionais da saúde residentes, e este cenário é o palco das experiências vivenciadas e todo o processo de imersão e adaptação que acontece no início desse ciclo de formação. Nessa chegada ao serviço de saúde, surgem inúmeros questionamentos relacionados à atuação profissional, com eles somam-se as expectativas, as inseguranças, os medos e o sentimento de deslocamento, por se tratar de um local distinto do que já se havia conhecido e experienciado.

Em minhas observações pude constatar que essas inquietações ocorrem principalmente com profissionais da Educação Física e Psicologia, que por seus núcleos profissionais não comporem a equipe mínima⁶ de uma UBSF, precisam estabelecer seu *lugar* naquele espaço, criando estratégias e exercendo variadas reflexões sobre o seu papel e seu pertencimento no contexto da atenção básica. Já a enfermagem parece ter seu *lugar* mais delineado na UBSF e não requer tanto esforço para se encaixar e sentir-se pertencente a este espaço. Contudo, esse núcleo profissional sofre com a demanda excessiva que chega diariamente, os processos de trabalho muitas vezes vão lhes “engolindo” e tudo isso interfere diretamente no cuidado prestado aos pacientes e em todo o processo de ensino em serviço.

Diante dessas questões é possível perceber que independente do núcleo, a

⁶ A saber, as profissões que compõem uma equipe mínima de saúde da família são: médico (a), enfermeiro (a), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário (a) de saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe o (a) agente de combate às endemias (ACE) e os (as) profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico (a) em saúde bucal. (BRASIL, 2017).

residência traz inúmeros desafios para os profissionais ingressantes, que buscam estratégias diversas para criarem os seus espaços, serem respeitados como profissionais e prestarem um atendimento de excelência para seus usuários. Nesse sentido, para começarmos a entender um pouco mais sobre o que é ser residente, irei caracterizar tais experiências e atravessamentos em relação ao *lugar* que ocupo enquanto professora de EF e descrever como o saber-fazer multiprofissional se estabelece neste cenário.

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

A partir do *lugar* em que falo, enquanto residente multiprofissional em saúde da família, descrever a inserção da EF no contexto da AB se torna um exercício de reflexão sobre a atuação profissional, e de resgate das percepções sobre o que visualizo diariamente nos ambientes em que circulo e nos referenciais que estudo. Nessa perspectiva, cabe reafirmar que a escrita está recheada de pessoalidades e subjetividades por se tratar das minhas experiências, do meu local de fala, onde o *lugar* da EF está sendo produzido diariamente, e nesse contexto são vivenciadas as potencialidades e as limitações das quais pretendo discorrer.

Ao vivenciar esse processo de escrita, percebo que este é um exercício contínuo de aprendizado e criticidade na escolha das palavras e na construção dos meus argumentos, pois como afirma Larrosa (2003):

O ensaísta problematiza a escrita cada vez que escreve, e problematiza a leitura cada vez que lê, ou melhor, é alguém para quem a leitura e a escrita são, entre outras coisas, lugares de experiência, ou melhor ainda, é alguém que está aprendendo a escrever cada vez que escreve, e aprendendo a ler cada vez que lê: alguém que ensaia a própria escrita cada vez que escreve e que ensaia as próprias modalidades de leitura cada vez que lê (p.108).

Além disso, cabe salientar a relevância da experiência para esta pesquisa, pois como afirma Scott (1998), o conhecimento é adquirido por meio da visão e, desta forma, o visível se torna privilegiável. Nessa conceitualização a historiadora trata do olhar (da experiência visual e visceral) como sendo a origem do saber, e este é reproduzido e transmitido através da escrita, ou seja, a experiência é documentada e torna-se produtora de identidades e sentidos, não somente uma evidência comprobatória de um fato, mas sim, o que procuramos explicar e como o conhecimento é apresentado. Ao longo deste ensaio, a experiência vivenciada é

compartilhada através de narrativas, não em um sentido de simplesmente descrever uma informação ou um relatório, mas trazendo consigo trejeitos, perspectivas e subjetividades de quem vos escreve, ou seja, a narrativa mergulha na vida do narrador e nela estão impressas as marcas de quem viveu e relatou tais momentos (BENJAMIN, 1994).

Diante dessas questões, para falar sobre esse *lugar* ao qual me proponho, precisei primeiro conhecer, sentir e experimentar o que esta prática pôde me permitir e o que esse processo deixou registrado em mim. Nesse sentido, ser o sujeito dessas experiências, é ser, como diz Larrosa (2002): “um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos” (p.24).

Pois bem, essa história começa no primeiro semestre de 2019, quando ingressei no programa da RMSF juntamente com duas profissionais da enfermagem e uma profissional da psicologia. Nós quatro formávamos a equipe de residentes multiprofissionais de 1º ano (usualmente utilizamos o termo R1, para denominar os (as) residentes ingressantes) e fomos alocadas em uma UBSF para iniciar as atividades.

Gosto de relacionar a produção de sentidos que uma história faz, com produção de sentidos do sistema sensorial que esta experiência de chegada à unidade me permitiu. Lembro-me que o primeiro sentido despertado foi a visão, pois antes mesmo de adentrar ao local, pude observar inúmeras características, cenas, pessoas, objetos e toda a sua estrutura. Logo ao chegar, pude ver a expressão dos indivíduos que tentavam compreender quem eram aquelas pessoas novas que estavam chegando, com isso também fora despertada a audição, pois naquele cenário muitos eram os diálogos paralelos a tudo o que estava acontecendo. Ao percorrer os corredores fora estimulado o sentido do olfato, pois conseguia sentir aquele cheiro que é característico dos serviços de saúde (pelo menos pra mim), e que se eu pudesse descrevê-lo, diria que é um cheiro de limpeza único, algo que sempre me remetia à hospitais (até então), me fazia lembrar de atendimentos ambulatoriais, procedimentos, consultas, enfim, de certa forma isso me fazia pensar em saúde, e ao relacionar essa experiência com essas lembranças, a torna um tanto especial, pois foi a primeira vez, o primeiro contato com um local que até então não havia tido grandes oportunidades de conhecer.

Eu estava em êxtase, cheia de curiosidades e expectativas, atenta a tudo o que acontecia ao meu redor, mas também havia aquele resquício de medo e de insegurança, afinal, eram inúmeras novidades que estavam chegando a todo o momento e qualquer informação precisa de um certo tempo para ser processada. E em meio aquele turbilhão de novidades eu buscava entender a maneira como os processos de trabalho se organizavam e a forma como eu poderia me inserir e me encaixar naquele contexto.

As semanas iniciais foram de pura adaptação e reconhecimento da UBSF, do território e da comunidade a que atendíamos, dos profissionais que ali compartilhavam o trabalho e a forma como o sistema de saúde do município funcionava como um todo. Ao passo em que eu compreendia a maneira como o serviço funcionava, começava a refletir sobre as maneiras de desenvolver meu trabalho naquele contexto, e esse processo de reflexão de certa forma retrata a busca por identificar o meu *lugar* enquanto professora de EF neste cenário.

Nos primeiros passos enquanto residente, e diante dessa busca constante por um *lugar*, deparei-me com mais incertezas e anseios do que as respostas aos quais acreditava encontrar. Esse desconforto reflete um sentimento de deslocamento, por não compreender a atuação da EF naquele cenário, especialmente o meu papel enquanto profissional, além de não conseguir visualizar o saber-fazer multiprofissional em saúde naquele momento... acredito que essas questões também possam estar relacionadas com os processos formativos da graduação, que não trouxeram subsídios suficientes para a atuação em um local como este.

A partir dessas inquietações surgiram inúmeros questionamentos: *‘e agora, o que eu faço aqui?’*, *‘de que maneira a EF pode se encaixar em uma UBSF?’*, *‘mas aqui tem lugar para a EF realmente?’*, *‘como articular o trabalho multiprofissional nesse meio?’*. Em torno dessas perguntas, um sentimento de insegurança tomava conta, bem como a necessidade de buscar formas de desvendar esses mistérios e encontrar o meu *lugar* enquanto profissional da saúde.

Dallegre e Kruse (2006) ao falar sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde 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. Contudo, neste entremeio, muitas vezes o nosso lugar se apresenta deslocado e requer adaptações:

Toda e qualquer invenção pressupõe que ainda não há um lugar definido

para aquela coisa, é preciso desestabilizar uma ordem já reconhecida socialmente para que a invenção possa ter o seu espaço. Algumas coisas ficam por um tempo nos lugares possíveis, são acomodadas, algumas vezes consideradas inadequadas no seu local (p.215).

Ao longo desse percurso, através das atividades teórico-práticas⁷ do programa de Residência, da vivência no contexto da UBSF e das experiências adquiridas, 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. No mesmo sentido dessas constatações, Rolnik (1993) trabalha com a expressão de “marcas” para exemplificar os encontros e as conexões que temos ao longo da vida e a maneira como, de alguma forma, eles nos desassossegam e produzem novas formas de existência, novos modos de sentir, pensar e agir. Nessa perspectiva também relembro as palavras de Vinícius de Moraes de que “a vida é arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida⁸”, pois através dos encontros podem emergir variadas possibilidades de conhecimento e construção coletivas, mas os desencontros e os desafios também podem suscitar transformações significativas nas relações e nos contextos.

Confesso que todo esse processo se deu de forma lenta e gradual, e muitas foram as reflexões para que chegasse nessa compreensão de um *lugar* em constante construção. Durante essas fases, tantos foram os desafios, as inseguranças e os medos, pela razão de desacreditar em mim enquanto profissional e na maneira como a EF é desenvolvida e vista na AB.

Muitos desses receios se deram por parte da desvalorização que a área sofre nesse contexto, e em minhas observações cotidianas, pude constatar que isso ocorre tanto por parte dos demais profissionais, quanto da comunidade. Embora a área já tenha avançado muito em termos de reconhecimento no cenário da AB, ainda assim demonstra dificuldades quando equiparada à demais profissões. Como exemplo desses desafios encontrados, o estudo de Falci e Belisário (2013) aponta que há uma fragilização no trabalho da EF por não haver um reconhecimento em

⁷ O Programa da RMSF conta com uma formação teórica que corresponde a 20% da carga horária, distribuída em atividades de preceptoria, tutoria, orientação, formação teórica integrada, reflexão do núcleo profissional e rodas de discussão. Já as atividades práticas de formação em serviço (80% da carga horária), correspondem, no primeiro ano da residência, a imersão na UBSF aos quais os (as) profissionais residentes foram alocados (as) (FURG, 2014a).

⁸ Trecho retirado da música Samba da Bênção de Vinícius de Moraes e Baden Powel, disponível em <<http://www.viniciusdemoraes.com.br/pt-br/musica/cancoes/samba-da-bencao>>. Acesso em 24 set. 20.

relação ao seu papel e a sua importância no serviço, seja pelos usuários ou pelos demais trabalhadores.

Frente a essa desvalorização, por tantas vezes senti-me impotente e sem forças para lutar contra esse sistema, pois não encontrava saídas e nem estratégias para demonstrar o valor da EF na AB, principalmente através da residência. Este é um ponto importante de se ressaltar, pois o papel do residente na UBSF é muitas vezes confundido com o de um estagiário, pois alguns profissionais não compreendem que estamos em uma formação de Pós Graduação, na busca por uma especialização, uma vez que já somos profissionais graduados e com capacidade para responder por nossas ações.

Inúmeras vezes nessa equiparação com a figura do estagiário, esses profissionais não nos permitiam espaço, nem autonomia para desenvolvermos nossas potencialidades enquanto equipe e enquanto profissionais de cada núcleo específico. Com a EF a situação era ainda mais acentuada, pois sentia-me subestimada e deslocada ao passo em que muitos dos profissionais não compreendiam o porquê de eu estar ali e quais ações eu poderia desenvolver naquele contexto. Confesso que deparei-me com esses questionamentos em meu interior, pois ao estar imersa neste cenário, também não compreendia o meu papel e não visualizava potenciais na minha atuação.

Por vivenciar diariamente tais situações passei a conversar constantemente com meu tutor e meu preceptor, de modo que pudesse produzir estratégias para construir o meu *lugar* enquanto professora de EF residente. Esses diálogos promoveram reflexões importantes e que me fizeram escrever este ensaio, por entender que outros profissionais da EF já estiveram nessa posição e tantos outros ainda passarão por tais circunstâncias e talvez tenham os mesmos questionamentos e inseguranças quando se trata da nossa atuação neste contexto de UBSF e RMSF.

Nesse sentido, através desse processo reflexivo foi possível delinear uma estratégia de organização do trabalho, que foi a criação de cronogramas mensais das atividades a serem desenvolvidas na UBSF. Cabe salientar que o delineamento desses cronogramas se deu multidisciplinarmente, ao passo em que nós, equipe de residentes, nos reunimos diversas vezes para discutir sobre nossas atuações em diferentes espaços e momentos, criando possibilidades e averiguando condições de espaço e tempo disponível. Desse modo, passamos a alinhar nossas ações em cada atendimento e consolidar o nosso espaço enquanto profissionais residentes na

UBSF.

Para que fosse possível desenvolver os cronogramas, foi necessário debruçar-me nos estudos e desafiar-me em possibilidades de atuação que eu nem ao menos imaginava que pudesse fazer parte. Nesse sentido fui surpreendida por potencialidades da EF na AB que até então desconhecia, e essas descobertas serviram como o incentivo e a motivação que eu precisava para me sentir mais segura e pertencente àquele espaço. Diante disso, quero descrever e caracterizar as ações que pude desenvolver ao longo do primeiro ano da residência e que fizeram parte dessa produção do *lugar* da EF ao qual me refiro.

Consultas de pré-natal e puericultura: Os atendimentos de pré-natal normalmente são compartilhados com a enfermagem, mas em alguns casos realizamos interconsultas com a psicologia, no intuito de fornecer um espaço de escuta qualificada e uma atenção integral à saúde da gestante. Ao compartilhar o atendimento com outras profissões, nós sempre buscamos estudar as recomendações e protocolos existentes, de modo a alinhar nossas ações e construir formas de desenvolver a consulta da maneira mais humanizada possível, proporcionando um espaço de confiança, de cuidado e de educação em saúde.

A atuação da EF nas consultas de pré-natal se apresenta de uma maneira muito diversificada, pois não trata apenas das questões referentes ao núcleo profissional, mas sim às necessidades de cada gestante. Dessa forma, sempre procuro realizar uma avaliação geral, questionar sobre hábitos alimentares, realização de atividades físicas (antes e durante a gestação), condições de saúde que podem limitar ou não essas práticas, como essa gestante está se sentindo nos últimos dias, se possui alguma queixa específica, verifico peso, altura e sinais vitais, etc. Após essa avaliação, busco indicar algumas medidas de conforto para o dia a dia, prescrevo alguns exercícios e alongamentos de acordo com cada caso, oriento quanto aos cuidados gerais com a alimentação, ingesta hídrica e sigo acompanhando periodicamente ao longo da gestação.

Cabe salientar que a gravidez é um período em que ocorrem diversas modificações corporais, ou seja, alterações fisiológicas, metabólicas e também psicossomáticas, e existem evidências científicas que comprovam a segurança e os benefícios das atividades físicas e dos exercícios físicos (devidamente orientados) para auxiliar na manutenção da saúde e promoção de qualidade de vida da gestante (ACOG, 2020; SURITA, NASCIMENTO, SILVA, 2014; CARVALHAES *et al.*, 2013;

GIACOPINI, DE OLIVEIRA, DE ARAÚJO, 2016). Além disso, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) para os pré-natais de baixo risco, os exercícios físicos fazem parte das recomendações enquanto medidas preventivas (BRASIL, 2013). Diante dessas questões, me parece sensato afirmar a relevância da participação da EF nas consultas de pré-natal, pois os saberes e as práticas do núcleo profissional podem contribuir, e muito, para a atenção prestada às gestantes.

Assim como as consultas de pré-natal, a puericultura também é realizada multiprofissionalmente com a enfermagem, e nesse contexto a atuação da EF consiste tanto na avaliação integral da criança, como também nas orientações prestadas à família. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 33 (BRASIL, 2012), existem recomendações de avaliação nas consultas em cada fase do desenvolvimento da criança (0 a 10 anos) e cabe aos profissionais realizarem a anamnese, a avaliação física completa da criança e também identificar possíveis sinais de risco e de vulnerabilidade.

Como mencionado anteriormente, a EF participa da consulta em vários aspectos, e através dessa experiência foi possível construir, junto à enfermagem, um roteiro baseado nas recomendações do MS. Durante o atendimento, sempre buscamos contribuir com nossas especificidades, mas ao desenvolver esse trabalho multiprofissional nós compartilhamos saberes e possibilitamos um espaço em que nossas ações se complementam, com o intuito de promover uma atenção humanizada e integral à saúde e ao desenvolvimento da criança.

Atendimentos individuais: Nesse quesito os atendimentos são realizados exclusivamente pela EF, e são casos que, na maioria das vezes, passam por outros profissionais da UBSF que avaliam e indicam a necessidade de um acompanhamento e referenciam para a especialidade. Entretanto, alguns casos chegam por demanda espontânea, ou seja, os próprios pacientes buscam o serviço da EF na unidade e, além dessas possibilidades, existem casos que são identificados por mim nos acolhimentos, ou em outras atividades em que visualizo a importância/necessidade de realizar o atendimento individual.

Essas consultas servem principalmente para prestar uma escuta inicial e avaliar as condições do indivíduo, saber o porquê de ele estar buscando esse atendimento ou o motivo de ter sido encaminhado, entender o contexto em que está inserido para que seja possível compreender cada situação e ajudá-lo de acordo com as suas necessidades. Após a avaliação realizada, a conduta adotada varia

caso a caso, sempre respeitando a individualidade de cada pessoa e 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 (SCABAR, PELICIONI, PELICIONI, 2012).

Nesse sentido, existem casos em que são realizadas prescrições de exercícios (avaliados ao longo do tempo através de consultas de retorno), outros em que a pessoa é convidada a participar de algum grupo/atividade realizada na UBSF, também há casos em que a pessoa necessita apenas de orientações gerais, e aqueles casos em que a pessoa necessita de uma escuta terapêutica, ou seja, naquele momento nós profissionais somos os ouvintes. Ressalto que quaisquer que sejam as abordagens adotadas, temos muito a contribuir com a saúde e a qualidade de vida das pessoas as quais prestamos nosso atendimento.

Diante dessas questões, cabe salientar que recentemente a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho incluiu o código 2241-40 para classificar o Profissional de Educação Física na Saúde⁹. Essa inclusão se apresenta como um avanço da nossa profissão, uma vez que consolida o profissional como integrante de uma equipe de saúde, favorece e fortalece a sua participação no SUS, bem como auxilia na definição das suas atribuições e competências no setor da saúde. Em vista disso, uma das competências descritas na tabela de atividades do CBO é justamente a realização dos atendimentos individuais, descrita como uma atividade relacionada à promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e lazer.

Em meus atendimentos, ao realizar orientações e prescrições específicas, sempre busco respeitar a individualidade biológica e o contexto cultural, político, econômico e social em que cada indivíduo está inserido. Além disso, procuro sempre explicar o porquê de cada elemento que estou orientando, em uma linguagem acessível, muitas vezes realizando demonstrações práticas para facilitar a compreensão do que está sendo dito. Nessa proposta dinâmica, procuro manter uma boa relação com todas as pessoas que atendo, utilizando do bom humor e de

⁹ Cabe salientar que o termo profissional de Educação Física na saúde já havia sido especificado na Tabela da CBO com a publicação da portaria Nº 256, de 11 de março de 2013, porém com a classificação provisória sob o código 2241-E1. A nova descrição, alterada em 2020, traz uma maior definição das competências dos profissionais da EF na saúde. Para consultar a classificação do CBO e conferir a tabela de atividades é necessário realizar a busca pelo código no sistema do Ministério do Trabalho através do link: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf>>. Acesso em 25 jun. 20.

uma aproximação maior com a realidade de cada um, pois acredito que essas ações fortalecem o vínculo, promovem um diálogo mais compreensível e facilitam a adesão ao que está sendo aconselhado.

Ao tratar das reflexões acerca do fazer da EF no SUS, Bueno (2016) afirma que se faz necessário considerar o contexto social e os elementos produtores de sentido para a vida das pessoas. Aliás, nossa atuação não pode estar pautada somente no conhecimento técnico, pois é preciso valorizar o encontro e as relações com os indivíduos como um ato de cuidado, uma vez que a saúde está diretamente relacionada às condições sociais, econômicas e políticas (LUZ, 2007a). Ao encontro da lógica do cuidado integral e centrado no indivíduo, Damico e Bilibio (2019) apostam na potência do encontro intercessor¹⁰, através da experimentação e sensibilidade do trabalhador da saúde. A qualidade das relações desse encontro, implica na reorganização/alteração dos modos de se pensar-propor-fazer, bem como contribui para diminuir a fragmentação do cuidado em saúde. Os autores reforçam a importância de 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.

Frente a essas considerações, percebo que nos atendimentos individuais passo a enxergar com mais precisão a minha atuação enquanto professora de EF, mas também consigo ampliar o olhar profissional para além do meu núcleo, o que por muitas vezes atribuo como '*sair da caixinha*'. Acredito que este seja o ponto que eu mais aprendi e amadureci desde o ingresso na RMSF, e este crescimento pessoal e profissional é o motor para o exercício de reflexão sobre a inserção da EF no SUS e a descoberta de seus potenciais nesse contexto.

Atendimentos multiprofissionais: Eis aqui o cerne e a riqueza da RMSF, pois o multiprofissional vai muito além de um atendimento em que os profissionais de diversas áreas se reúnem no consultório para atender ao paciente. O multiprofissional (que carinhosamente chamamos de multi) 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

¹⁰ Merhy (2002) traz a noção de trabalho vivo em ato na saúde, que é expresso por meio dos encontros e das relações intercessoras. Estes têm o encontro usuário/trabalhador de saúde, como o centro do território de disputa da reestruturação produtiva em saúde, ou seja, um espaço aberto para explorar as potências e as transformações que despertam novas subjetivações e reinvenções do agir em saúde.

prestada a cada indivíduo e na continuidade do cuidado.

Cabe salientar que existem diferenças entre as definições de trabalho em equipe e do trabalho multiprofissional, sendo que o multi garante a integração de diversos conhecimentos técnicos específicos de cada área para a produção de soluções e intervenções que provavelmente não seriam desenvolvidas por um profissional isoladamente. De fato, a possibilidade de criar algo novo se dá pela interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FEUERWERKER, SENA-CHOMPRÉ, 1999).

Frente a essas questões, acredito ser necessário valorizar as potencialidades da RMSF como um espaço formativo privilegiado para a construção de novos saberes e práticas. Ao articular diferentes núcleos profissionais, a residência propicia uma formação crítica aos profissionais residentes, que passam a compreender melhor o contexto da AB, vivenciam novas tecnologias do cuidado e tornam-se comprometidos com a luta em defesa do SUS. Nessa lógica, Corrêa, Valerio, Teixeira et al. (2014) associam as residências multiprofissionais em um cenário de mudança dos cuidados em saúde, onde valorizam a promoção e o trabalho multiprofissional e descentralizam o cuidado médico, com o intuito de contribuir para a atenção integral aos indivíduos.

É justamente nessa perspectiva colaborativa que buscamos alinhar nossas ações e articular nossos conhecimentos ao prestar um atendimento aos usuários da UBSF, e o mecanismo que facilita esse processo é o diálogo, uma vez que ele realiza uma espécie de mediação entre os saberes. 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), pois somente assim estamos assegurando a integralidade do cuidado.

No cotidiano de trabalho da residência, buscamos articular os saberes dos nossos núcleos profissionais em variados momentos, como por exemplo: Durante os atendimentos individuais, muitas vezes temos a percepção de que o olhar de outra profissão, pode contribuir, e muito com a saúde daquele indivíduo, podemos então, discutir o caso com o outro profissional, chamar o profissional para aquela consulta, ou ainda, compartilhar o caso para um atendimento futuro. Muitas vezes, pós atendimentos, costumamos nos reunir para compartilhar experiências e casos que passaram por nós, 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 (2019) 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 (p.63).

Visitas domiciliares: Parto do princípio que as visitas domiciliares (VDs) são uma potente estratégia para fortalecer o vínculo com a comunidade e encontrar novas formas de se produzir o cuidado em saúde. Nesse sentido, são uma importante ferramenta da ESF para prestar a assistência necessária aos indivíduos no domicílio, na qual o (a) Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a peça chave para que ocorra a comunicação e a integração entre a equipe de saúde e a comunidade (SAKATA, *et al.*, 2007).

Ao ingressar na Residência não possuía muito conhecimento acerca dos serviços ofertados na ESF de fato, e as VDs estavam incluídas nessa minha incipiência. Na primeira oportunidade de acompanhar uma visita, fomos de equipe completa (Educação Física, Psicologia e Enfermagem) junto à ACS, que logo nos apresentou para a família e explicou que éramos residentes e estávamos ali para conhecer e para contribuir com os cuidados em saúde.

Confesso que meus olhos brilharam naquela visita, naquele trajeto sob as ruas de terra, naquela observação sobre o bairro, naquele encontro no domicílio e com aquelas pessoas. Até então, eu não tinha a menor noção da riqueza e das particularidades que somente uma VD proporciona. Requer uma sensibilidade do profissional, um diálogo acessível, respeito pelo contexto em que o indivíduo está inserido, empatia e capacidade de uma escuta atenta, afinal, nós somos os visitantes, nós estamos acessando o íntimo daquela família, no seu lar, no seu ambiente particular, e nesse momento é onde nossa abordagem precisa preconizar a integralidade do cuidado, e prestar uma assistência humana e centrada no indivíduo e na sua família.

Abrahão e Lagrange (2007), ao tratar das VDs, indicam a relevância dessa estratégia para o cuidado e enfatizam que é uma ação complexa, mas de suma importância para o planejamento de ações em saúde. As autoras destacam que é necessário uma cooperação entre os atores envolvidos na produção do cuidado,

uma vez que os planos terapêuticos devem ser elaborados coletivamente , ou seja, “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” (p.164).

E a pergunta que não quer calar é “qual o papel da EF em uma VD?”, e eu posso afirmar que temos um papel muito importante enquanto profissionais e produtores de cuidado. Assim como eu descrevo minha atuação em atendimentos individuais e multiprofissionais, nas VDs os processos são muito semelhantes, contudo, acrescenta-se a condição dessa assistência ser prestada no domicílio, por inúmeras questões, como por exemplo, um indivíduo que encontra-se acamado (restrito ao leito) ou domiciliado (que possui dificuldades para sair de casa), ou uma puérpera, que em seus primeiros dias após o parto, recebe a visita para um cuidado que compreenda o seu contexto, sua rotina, numa lógica ampliada, para além das questões unicamente biológicas.

Diante dessas questões, procurava realizar VDs uniprofissionais (somente com a companhia do ACS), mas também multiprofissionais, com o intuito de avaliar cada caso e poder contribuir de acordo com a necessidade e as demandas que surgiam. Inúmeras vezes após as visitas realizávamos um diálogo entre equipe, valorizando o conhecimento do ACS sobre a família, para que pudéssemos delinear um plano de cuidado considerando todas as questões observadas no momento da visita.

Além disso, em algumas oportunidades pude realizar intervenções com exercícios e atividades físicas, na maioria das vezes com o objetivo da reabilitação de pacientes. Dessa forma, costumava preparar alguns materiais que tinha disponível e levar nas visitas, começava o atendimento realizando uma avaliação/anamnese, procurava conversar com a pessoa para saber se tinha interesse em realizar as práticas, explicava sobre o propósito de cada atividade, os benefícios daquilo que estava sendo proposto, com o intuito de fornecer o máximo de informações possíveis, para que a pessoa pudesse ter autonomia em suas escolhas e compreender o que estava sendo feito.

Nesses momentos de atuação prática no domicílio, senti-me realizada, encantada pela riqueza dos encontros, e pelo potencial que as VDs têm no sentido da promoção da saúde. Às vezes parece que reincido nas palavras e me torno repetitiva, mas preciso frisar nessa escrita, através dessa experiência única do ser

residente, o quanto 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. Cabe a nós profissionais escutar, compreender, aconselhar e principalmente respeitar as vontades, as opiniões e as necessidades de cada indivíduo, em uma atenção centrada na pessoa e não na doença em específico, e isso independe do núcleo profissional.

Acompanhamento de grupos: Na UBSF ao qual encontrava-me alocada, haviam alguns grupos em funcionamento, tais como o “Grupo de Crônicos” (desenvolvido para trazer informações e destinar um atendimento especializado àquelas pessoas que possuíam alguma condição crônica), “Grupo de Artesanato” (desenvolvido por uma ACS para realizar trabalhos manuais, fortalecer vínculo e estimular a convivência) e o “Grupo Vida Ativa” (grupo de atividade física conduzido por uma professora de EF). Além disso, ao ingressarmos na UBSF, nos foi passado o “Grupo de Gestantes”, organizado pela equipe de residentes anterior, para que pudéssemos dar continuidade às ações com esse público.

Os grupos normalmente eram gerenciados pelas ACS da unidade, que se dividiam de acordo com seus interesses e disponibilidade. Já o grupo de gestantes tornou-se uma responsabilidade da minha turma de residentes, no sentido de pensar e organizar as temáticas, promover os encontros, chamar convidados, etc. Nossa atuação era esporádica nos demais grupos, pois fazíamos algumas falas em alguns encontros específicos, de acordo com a temática que era trabalhada.

Para contribuir com o “Grupo de Crônicos” e para meus atendimentos individuais, construí um material de apoio com dicas de atividades físicas para as pessoas hipertensas e diabéticas, que usualmente eram o foco do grupo. Nesses folders, constavam informações importantes para cada tipo de condição, bem como orientações sobre PC/AF, alimentação e cuidados com a saúde de uma maneira geral. Ao desenvolver esse material, busquei trazer conhecimentos técnicos e científicos, porém com uma linguagem mais próxima da comunidade, com o objetivo de tornar a leitura mais dinâmica e facilitar a compreensão do que estava sendo explicado. Os folders foram distribuídos em vários encontros com a comunidade e serviram como tema para a discussão em grupo, promovendo um diálogo com os participantes, possibilitando reflexões e tornando um espaço de compartilhamento de saberes e experiências.

Ao longo do ano de 2019, através da construção de um diagnóstico

comunitário¹¹ do território de abrangência da UBSF, foi possível identificar algumas demandas em saúde do público adolescente, aos quais não estávamos prestando a devida assistência. Nesse sentido após constantes diálogos entre a equipe da residência, propomos a construção de um grupo específico para esse público, ao qual denominamos “Te Joga”, com uma proposta de se trabalhar com educação em saúde por meio de ações vinculadas à cultura, ao esporte, à arte, etc.

Em um primeiro momento, nossa intenção foi a de trabalhar com o voleibol, uma vez que era um interesse mútuo da equipe e nós possuíamos a maior parte dos materiais, o restante nós adquirimos por meio da realização de brechós solidários. A ideia foi a de realizar o grupo na praça do bairro, local este que se apresentou como único espaço de lazer para os moradores (informação obtida através do diagnóstico realizado), e o nosso propósito era o de trabalhar com a noção de que aquele local pertencia àquela comunidade, aqueles jovens, e que as ações ali desenvolvidas eram, de fato, voltadas à 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. Além disso, visualizávamos um potencial imenso para trabalhar com esse público através do grupo, pois talvez outras ações pontuais não tivessem o mesmo efeito dessa proposta.

Pelas ações abrangerem as PC/AF percebi um protagonismo em minha atuação no grupo, pois era possível compartilhar experiências e saberes relacionados à EF. Ao final das atividades práticas, sempre promovíamos uma roda de conversa para trabalharmos alguma temática relacionada à saúde, e nesses momentos todas as profissões se articulavam para conduzir as discussões.

É preciso ressaltar que, em geral, a proposta dos grupos desenvolvidos na

¹¹ O diagnóstico comunitário consiste em um instrumento para conhecer a situação de saúde da comunidade daquele território, sua dinâmica e organização no que se refere a serviços locais de saúde, educação, segurança, saneamento e entidades sociais (TOMASI, SOUZA, MADUREIRA, 2018). Nesse sentido, uma das propostas da RMSF aos residentes ingressantes, é a elaboração de um diagnóstico comunitário do território adstrito no qual estão inseridos, com vistas a desenvolver ações direcionadas às demandas e necessidades da comunidade (FURG, 2014).

UBSF era trabalhar com educação em saúde através de uma linguagem acessível, valorizando os saberes populares e o protagonismo social. Dessa forma tornava-se possível fortalecer o vínculo com a comunidade, compartilhar saberes e promover saúde, deslocando-se de um atendimento clínico tradicional, descentralizando o cuidado médico e focando em ações multiprofissionais que visam um olhar integral a saúde das pessoas.

Programa Saúde na Escola: O Programa Saúde na Escola (PSE), é uma política intersetorial instituída em 2007¹² com o objetivo de articular propostas relacionadas à saúde e a educação para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública. Nós enquanto equipe de residentes, fomos responsáveis por desenvolver o Programa na UBSF e atender às escolas pertencentes ao território adstrito, planejando ações e formando parcerias com demais profissionais da saúde e da educação para possibilitar intervenções de educação popular e com isso incentivar a promoção da saúde nesses contextos.

Nossas intervenções ocorreram em três escolas pertencentes ao território adstrito à UBSF, atendendo desde a educação infantil até os anos finais do ensino fundamental. Para o ciclo 2019/2020 o PSE trouxe a proposta de 12 ações¹³ para serem desenvolvidas pelas escolas e pelas equipes de saúde, sendo que o foco principal era o combate ao mosquito *Aedes Aegypti*. Além desse tema, nossa equipe trabalhou com assuntos relacionados à alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, higiene, pediculose, cidadania, direitos humanos e meio ambiente, ampliando as ações para atender às demandas daquela comunidade.

Cabe destacar que o nosso trabalho foi direcionado tanto para os alunos quanto para as famílias, buscando atividades que compreendessem a especificidade de cada público e a faixa etária das turmas. Para os familiares realizamos algumas palestras e rodas de conversa e para os alunos trouxemos um leque de atividades educativas como *quiz*, vídeos, músicas, danças, jogos de adivinhação, diálogos sobre os temas, ações de avaliação física e antropometria, etc.

Percebemos a potência das ações do PSE para a educação em saúde no

¹² 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.

¹³ As ações em saúde do PSE preconizadas para o ciclo 2019/2020, bem como a estrutura e funcionamento do programa, podem ser melhor visualizadas no manual de orientações disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190747/09084757-10-manualorientacoes-pse-ciclo-2019-2020.pdf>>. Acesso em 08 set. 2020.

território, contudo não conseguimos desenvolver mais ações como gostaríamos pela falta de tempo hábil para atender todas as crianças e jovens. Não obstante, destaco que desenvolver essas atividades foram alguns dos momentos mais efetivos e prazerosos da residência, pois conseguimos planejar e executar todas as intervenções de maneira multiprofissional, além disso, recebemos um retorno muito positivo das escolas, o que contribuiu para a construção de vínculos com os alunos e uma parceria com as instituições para futuros encontros.

Salas de espera: Outra possibilidade de atuação vivenciada no contexto da UBSF, foram as salas de espera, que se traduzem em uma estratégia para promover saúde através de intervenções rápidas no saguão da unidade, onde os usuários aguardam seu atendimento. De acordo com Teixeira e Veloso (2006), elas são consideradas como um espaço dinâmico, que possibilitam o desenvolvimento de questões psíquicas, culturais, singulares e coletivas. Além disso, os autores descrevem que nesses momentos são suscitadas interações entre o saber científico e o popular e essa articulação, quando bem sucedida, promove inúmeros benefícios para as ações em saúde.

As atividades desenvolvidas nas salas de espera sempre tratavam de temáticas diversas, muitas vezes relacionadas com questões alusivas à meses específicos (março lilás e prevenção do câncer do colo do útero, por exemplo). Nossas intervenções com educação em saúde, em sua maioria, ocorriam de maneira multiprofissional, de modo que cada residente pudesse contribuir com seus saberes e experiências. Além disso, em vários momentos também pude contribuir com ações práticas, vinculadas à realização de PC/AF, com o intuito de promover um momento de interação, de relaxamento e de cuidado, mas também com vistas a possibilitar a experimentação de novas práticas por parte daquelas pessoas, e assim estimular uma aproximação maior com a área da EF.

Após a descrição das ações desenvolvidas enquanto R1, cabe, nesse espaço de discussão, levantar uma reflexão importante sobre a área da EF na saúde e os campos de atuação, visto que em minhas observações e experiências neste cenário, percebi que o nosso fazer está geralmente associado à promoção de saúde por meio da realização de PC/AF em grupos, em maioria, de pessoas com condições crônicas. Na literatura encontram-se constatações semelhantes a esta, relacionando essas questões à produtividade profissional e a cobrança da gestão por dados quantificados, na qual os números exemplificam com maior “clareza” o cumprimento,

ou não das metas estabelecidas, o que exemplifica Bueno (2016):

O papel da Educação Física no SUS não é algo definido ou delimitado, exceto, e é claro, quando se assume equivocadamente que o profissional de Educação Física está nos serviços de saúde apenas para dar conta de atividades (físicas) para pessoas em condição de doenças crônicas (p.146).

Nessa perspectiva, em minha atuação enquanto professora de EF e residente, busquei aproximar-me de outras possibilidades de intervenção, para além das ações estritamente prescritivas, em uma tentativa de produzir o meu *lugar* nesse contexto. Entendo que este *lugar* enquanto residente, é de fato um espaço para questionar, problematizar e desbravar novos horizontes, e nesse movimento é que são suscitados os encontros, o compartilhamento de saberes e a possibilidade de transformações no campo da saúde. Encontro-me nas palavras de Bueno (2016), quando afirma a necessidade de rompermos com a lógica do atendimento “professoraluno” para que possamos compreender o cuidado em saúde a partir da complexidade da AB e assim ressignificar o saber fazer da área da EF.

Nesse sentido, ao ofertar tanto atendimentos individuais e coletivos, como também interconsultas com demais núcleos profissionais e demais ações na UBSF e no território, se torna possível ampliar o olhar para possibilidades de atuação e a importância EF na AB, seja em relação à prevenção, como à recuperação e à promoção da saúde. Pois como afirma Luz (2007b) “O profissional da educação física, quando voltado para a saúde, pode ser um membro da equipe tal como é o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o nutricionista etc” (p.14).

As atividades acima descritas de certa forma exemplificam e caracterizam o cotidiano de atuação no primeiro ano de residência, período em que ocorre a imersão na UBSF. Como mencionado anteriormente, foi necessário um processo de adaptação, organização e sistematização do trabalho, uma vez que foram encontradas diversas limitações ao longo do caminho, principalmente em relação a desvalorização profissional e a não compreensão do papel da residência e em específico da EF naquele contexto.

Ao final do primeiro ano de residência, minha turma foi realocada¹⁴ para outra UBSF por questões referentes aos processos de trabalho, e essa mudança gerou tanto expectativas quanto anseios por nossa parte. Esses sentimentos surgiram pelo

¹⁴ Para uma melhor compreensão dessas modificações ocasionais no campo de prática e que impactam diretamente na formação da residência, recomendam-se estudos sobre a viabilidade das equipes de RMS e os atravessamentos que podem ocorrer com as equipes da UBSF (trocas de equipe, realocação de turmas de residentes, etc.).

fato de já termos construído vínculos com a comunidade, desenvolvido projetos que estavam em andamento e também por toda a trajetória de resistência e ressignificação sobre a nossa atuação enquanto residentes multiprofissionais.

De certa forma, em meus pensamentos, estava ansiosa para conhecer o novo local e as possibilidades que nos aguardavam, mas também estava com certos receios sobre passar por todo o processo de adaptação novamente. Sentia-me preocupada com o fato de ter que reafirmar meu propósito enquanto professora de EF residente, e novamente encontrar forças para valorizar minha atuação individual e a importância do trabalho multiprofissional, entre tantos outros aspectos e características que foram construídos ao longo do primeiro ano da residência.

No entanto, ao chegar na nova UBSF os anseios foram dissolvendo-se em uma acolhida afetuosa, com expectativas e olhares diferentes daquela equipe para a RMSF, visto que já haviam recebido uma turma anteriormente e esta permanecia atuando no local e finalizando o seu segundo ano de residência naquele momento. Ter a figura dos R2 nessa chegada ao novo ambiente de trabalho auxiliou no processo de adaptação, pois nos permitiu conhecer certos aspectos do território e da unidade sob o olhar de uma turma de residentes que ali imergiram, interagiram e construíram o seu espaço. Além disso, a equipe da UBSF estava aberta a nos receber, nos conhecer melhor e nos permitir trilhar nossos caminhos com autonomia, incentivo e respaldo. E mesmo com a experiência de uma turma anterior, estavam cientes de que a nossa chegada reservava sentidos diferentes à prática e aos processos de trabalho como um todo, considerando as singularidades e subjetividades de cada uma de nós.

De fato essa chegada a este novo local, também suscitou novos encontros, e destes emergiram possibilidades de conhecimento, compartilhamento de experiências e sentidos, que propiciaram marcas (ROLNIK, 1993) e novas formas de nos constituirmos naquele espaço. Como afirma Silva (2010) “somos todos experiência, é a partir de nosso estar no mundo que vamos nos constituindo” (p.90), e estes encontros são portas para oportunidades plurais, repletas de diferentes apostas e desejos singulares a cada sujeito, e é por essa razão que são potenciais de um devir¹⁵ com o mundo, de transformações significativas em que nada está

¹⁵ Deleuze traz a noção complexa do devir, em um sentido de composição e mudança, uma transformação de sentidos e afetos produzidos e vivenciados. Contudo, o devir também implica no encontro, pois deste é possível delinear conexões e relações que se traduzem em um elemento de

finalizado, mas sim em desfecho e em abertura ao novo.

Percebo que estar aberta e disponível para novas experiências, foi a forma mais sutil e sensata para se adaptar ao novo local e ressignificar as formas de atuação. Diante de um cenário distinto, com outros colegas de trabalho e com uma comunidade singular, a forma como o trabalho era conduzido requeria adaptações para atender às demandas desse território ao qual estava sendo inserida, e também contemplar as necessidades e expectativas desse novo ciclo.

Assim como em todo processo de imersão, também foi preciso passar por uma fase diagnóstica, de modo a entender o funcionamento da UBSF, conhecer a realidade local e as características da comunidade. Dessa forma foi possível visualizar quais serviços eram ofertados na unidade, quais os grupos estavam em funcionamento, como se dava a sistematização do trabalho e como a população era atendida. Nesse levantamento consegui compreender ainda que brevemente a distribuição do território atendido pela UBSF, como as áreas se dividem (para atendimentos da enfermagem e medicina) e como os ACS assistiam às famílias de suas respectivas microáreas.

No que se referem aos serviços ofertados pela UBSF, além dos atendimentos de rotina (acolhimentos, consultas médicas e de enfermagem, procedimentos, VDs, pré-natais, puericulturas, atendimentos odontológicos, etc), também são 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, há o Conselho Local de Saúde na UBSF que realiza 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, busquei organizar novamente um cronograma semanal para poder dividir meu tempo na UBSF em diversas atividades de acordo com minha experiência, mas também 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

variação, de evolução. Para o autor “devir não é atingir uma forma (identificação, imitação, Mimese), mas encontrar a zona de vizinhança, de indiscernibilidade ou indiferenciação tal qual já não seja possível distinguir-se de uma mulher, um animal ou uma molécula, não imprecisos nem gerais, mas imprevisíveis, não preexistentes. Os devires são geografias, são orientações, direções, entradas e saídas” (DELEUZE, 1997, p. 10-11).

atendimentos individuais e multiprofissionais por entender que esse fazer é inerente da minha profissão, ou seja, faz parte dessa construção do *lugar* da EF no SUS e na RMSF.

Nesse sentido, retomo algumas reflexões suscitadas ao longo desta escrita, sobre a forma que executamos nosso trabalho nas unidades de saúde, pois muitas vezes nos deixamos levar pela ideia de que somente os nossos saberes são o suficiente para direcionar a nossa maneira de atuar, ou seja, aquilo que foi aprendido durante a graduação é o subsídio necessário para se desenvolver o trabalho em saúde. Bueno (2016) ao tratar dessas questões, é incisiva quando fala que na verdade o processo é o inverso e que

[...] devemos acolher o que o SUS nos demandar enquanto profissionais que tem uma certa especificidade de conhecimento, para que essa demanda, somada às nossas experiências (sejam elas acadêmicas ou de vida) componham novas possibilidades de intervenção em conjunto com a equipe (p.164).

Por essas razões reforço a importância de conhecer a realidade local, as características do território e o trabalho desenvolvido pela UBSF. Além disso, é importante manter o vínculo com a equipe para que seja possível a construção de um trabalho coletivo e voltado às necessidades da população.

Nessa perspectiva, para além das atividades assistenciais, busquei acompanhar alguns grupos ofertados na UBSF¹⁶, com o intuito de contribuir com minha especificidade profissional e também com o trabalho multiprofissional. No grupo de Bem Estar o principal objetivo é a promoção da saúde, com enfoque em aspectos relacionados à saúde mental. Os encontros costumam ocorrer quinzenalmente com uma proposta de atividades diversas e desenvolvidas multiprofissionalmente, o público é majoritariamente de mulheres, pois foram as principais interessadas e disponíveis a participar das atividades. No grupo de Desenvolvimento Infantil são atendidas crianças de três a oito anos de idade, nos encontros (também quinzenais) são propostas atividades lúdicas que possam contribuir para o desenvolvimento físico e cognitivo desse público. Já no grupo de Crônicos os encontros são semanais e sistematizados com uma alternância das áreas da UBSF (divisão do território), as ações são direcionadas para a educação

¹⁶ Em virtude do período de recesso dos grupos, férias individuais e suspensão de todas as atividades grupais por conta da Pandemia da COVID-19 (que será discutida posteriormente), foram poucos os encontros em que pude participar, o que de certa forma limitou a experiência nessas ações e conhecimento desses grupos, e isso impacta diretamente nas informações obtidas e aqui relatadas.

em saúde e também para a renovação de receitas de medicamentos controlados.

Além disso, tratando especificamente da atuação da EF existe o Grupo Vida Ativa, que é um espaço para ampliar as ações de promoção da saúde através da prática de atividades físicas. Os encontros costumam ocorrer de segunda a sexta com duração de uma hora, onde são ofertadas atividades diversas como alongamentos, danças, dinâmicas e brincadeiras, caminhadas, exercícios resistidos, exercícios aeróbicos, etc., bem como ações de educação em saúde. O grupo é conduzido por uma equipe multiprofissional com os (as) ACSs que coordenam o seu funcionamento e os professores de EF que conduzem as aulas. Minha atuação no grupo costuma ocorrer três vezes na semana, e nesses encontros eu procuro mesclar as atividades propostas, trazendo tanto exercícios diversos como também atividades que tragam outros sentidos para a prática, como brincadeiras e jogos que trabalhem com aspectos da memória, autoestima, saúde mental e promovam a integração do coletivo. Nessa perspectiva de cuidado, inspiro-me nas palavras de Mendes, Carvalho e Brandão (2016) quando falam que

Precisamos propor e sustentar práticas que sejam produtoras de relações boas, alegres e que instiguem encontros que valorizem o indivíduo e o coletivo, suas questões e necessidades, e ainda com aquilo que é do outro (p.42).

Aqui gostaria de fazer uma breve pausa desses aspectos mais descritivos da atuação, pois gostaria de compartilhar algumas reflexões internalizadas sobre ser residente, ser professora de EF e, neste momento ser pesquisadora. Para tanto, gostaria de retomar o significado dessas experiências, que tantas vezes já mencionei neste ensaio, sejam relacionadas à pesquisa ou a vivência cotidiana. Preciso dizer o quanto elas permitiram um devir com o mundo, e quantos foram os sentidos produzidos ao longo desse caminho, pois ao me permitir experienciar essa aventura e refletir sobre ela para aqui escrever, pude compreender tantas coisas e me questionar sobre tantas outras. Quando incorporo meu discurso em defesa do SUS, em defesa de um atendimento humanizado e integral, em defesa da EF no campo da saúde, na AB e na RMSF, percebo o quanto a experiência contribuiu para que eu pudesse me expressar com tais palavras. Percebo também, que estar aqui, ter passado por todo esse percurso compartilhando saberes e sentidos com tantas pessoas, fez com que eu ampliasse meu olhar para questões que eu até então não visualizava a magnitude. Acredito que essas narrativas, de certa forma mediam as relações entre a experiência e o devir, pois elas se apresentam não somente como

um desfecho das reflexões, mas também produzem outras inquietações. É justamente o que Galindo, Martins, Rodrigues (2014) tratam, reforçando o potencial criativo e transformador das narrativas, e afirmando que elas modificam aquilo que trazem consigo, mas também são modificadas nesse processo.

Dito isto, gostaria de seguir tecendo algumas reflexões sobre alguns aspectos observados na prática na UBSF. Início pela constatação em relação ao trabalho da EF realizado por mim, enquanto residente, e pelos profissionais do NASF, pois pude visualizar¹⁷ algumas diferenças significativas na atuação que me fizeram pensar sobre as aproximações e os distanciamentos das práticas desenvolvidas. As principais distinções estão atreladas ao fato de que a RMSF propicia ao residente uma imersão no contexto de uma UBSF e a equipe do NASF atende várias equipes em várias UBSF, dessa forma a demanda que chega ao profissional é diferente, pois são vários territórios com características distintas e as relações estabelecidas, sejam com a comunidade ou com os profissionais das equipes, exigem adaptações na forma como as ações em saúde são conduzidas.

Com essa imersão diária na UBSF, através da residência, foi possível participar de variados tipos de atendimentos, sejam eles individuais ou coletivos, uniprofissionais e multiprofissionais (assim como mencionado da descrição anterior das atividades). Além disso, percebo que o vínculo com os usuários se torna mais forte, pela frequência dos encontros na UBSF ou nos domicílios. Já em relação à atuação do NASF, pela amplitude de territórios acompanhados, percebe-se um espaçamento das ações em cada unidade, pois precisam dividir seu tempo para atender a todas as demandas que são compartilhadas nas reuniões de matriciamento¹⁸ com cada equipe.

Frente a essas questões é possível afirmar que o trabalho da EF na residência e no NASF possui diferenças também no que se refere à continuidade do cuidado dos indivíduos, uma vez que este acompanhamento mais próximo e regular que costumo desenvolver, muitas vezes não é possível para os profissionais do

¹⁷ Durante o segundo ano de residência, a partir da troca de UBSF, fomos alocadas na unidade que é a sede da equipe do NASF do nosso território. Dessa forma, houve uma maior aproximação com a equipe e foi possível acompanhar algumas reuniões, organização do trabalho, atendimentos, etc., que suscitaram uma melhor compreensão da atuação destes profissionais.

¹⁸ A terminologia de matriciamento (popularmente difundida nos serviços de saúde) segue a lógica do apoio matricial, que é um recurso organizacional para gerir o trabalho em saúde a partir da discussão e compartilhamento de casos interdisciplinarmente, de modo a ampliar as possibilidades de se efetivar as noções de clínica ampliada, limitando a fragmentação da atenção ao integrar as distintas especialidades e profissões (CUNHA, CAMPOS, 2011).

NASF, que distribuem sua carga horária em algumas diárias de atendimento nas UBSF, para prestar um suporte para as equipes. Por outro lado, alguns aspectos positivos ocorrem dessa diversificação de territórios atendidos, pois ampliam o olhar para outros determinantes sociais que se relacionam com a saúde dos usuários, uma vez que cada comunidade apresenta características singulares e isso se relaciona com as ações em saúde prestadas, pois como afirmam Monken e Barcellos (2007):

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece (p.181).

Cabe, contudo, abrir um parêntese em relação ao NASF pelas modificações que ocorreram ao longo dos anos de 2019/2020 a partir da publicação da Nota Técnica nº 3/2020¹⁹, na qual revoga os serviços do NASF e cria um novo modelo de financiamento de custeio da AB, instituído pelo programa “Previne Brasil”²⁰ e eis aqui o segundo aspecto a ser discutido: O novo financiamento de custeio da atenção básica. Esse novo modelo surge com o propósito de equilibrar os valores financeiros per capita referentes à população cadastrada nas equipes, pois altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Bom, e efetivamente o que isso muda nos serviços de saúde? Em minha experiência no contexto da UBSF durante o trabalho, reuniões de equipe e conversas com os colegas da unidade, de residência e do NASF, diria que TUDO! E por que eu afirmo isso? Primeiramente porque após a revogação do NASF, não houve mais credenciamento de novas equipes pelo MS, pois 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 muito nítidas com a renomeação para “Equipe Multiprofissional” e reestruturação do serviço como um todo, pois agora a abrangência dessas equipes se tornou maior (mais unidades são

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília/DF, 2020.

²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2019.

atendidas, sejam elas tradicionais, 24h, ou vinculadas à ESF) e os profissionais podem ser realocados de acordo com a demanda dos territórios em relação às especialidades. A EF sofreu muito com essa reformulação e os profissionais ficaram receosos de serem realocados para outros setores ou outras secretarias, e para tanto, houve uma pressão por produtividade para que a área pudesse ser vista como importante e necessária, assim como as demais.

O apoio matricial, em um primeiro momento, também foi substituído (diria que retrocedido) para uma lógica de encaminhamentos por boletins de referência enviados por malote às equipes, e somente os casos considerados mais “delicados” eram compartilhados em reunião entre a equipe multiprofissional e unidade de saúde. 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*” (percebe-se então uma lógica aproximada com a perspectiva hospitalar, de seguir protocolos, verificar pacientes e repassar informações, ainda muito voltada e centrada na figura do médico). Entretanto, as equipes das unidades de saúde e as multiprofissionais ainda utilizam esse espaço, ainda que minimamente (em virtude da demanda expressiva), para que os planos terapêuticos possam ser constituídos coletivamente, por entender a riqueza desses encontros para se promover saúde.

Retornando à questão da reformulação do custeio da AB, 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, e ambos os aspectos influenciam diretamente na assistência prestada aos indivíduos. Por mais que esse novo financiamento tenha como discurso a ampliação do acesso ao SUS, o que visualizamos na prática é um desequilíbrio ainda maior do setor da saúde, com sobrecarga das equipes e dos profissionais e cobrança por desempenho em relação aos indicadores, ou seja, o que importa são os números, e a produtividade precisa ser cada vez mais efetiva.

Além disso, através dessa relação entre recursos repassados para AB e a captação de pessoas, o que se observa é um retrocesso e distanciamento do princípio da universalidade do SUS, que nesse molde não parece ser mais um “SUS para todos” e está alavancando ainda mais a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Ao propor essa nova forma de financiamento também nos afastamos da

lógica da integralidade do cuidado, pois ao preconizar indicadores (que vão gerar recursos, se alcançados), nos limitamos ao atendimento dessas demandas e dificultamos o fortalecimento de outras práticas assistenciais, multiprofissionais, de ações comunitárias e planejamento territorial, em suma, o trabalho vai ser voltado para “bater metas”, pois caso o contrário, o serviço ficará suscetível a redução de recursos e precarização.

A temática do novo financiamento foi um tema muito discutido nas reuniões de equipe da UBSF, de modo que pudéssemos estudar, discutir coletivamente e compreender a maneira como essas mudanças iriam afetar o nosso cotidiano de trabalho. Propus que discutíssemos amplamente os indicadores de saúde dispostos para o primeiro quadrimestre, e para tanto, criei um painel descrevendo as ações que deveriam ser desenvolvidas, qual o percentual da população que precisaria ser atendida e qual o peso que cada indicador teria na referência para o repasse de recursos. De porte desse material visual, somado às portarias e demais documentos encaminhados para a equipe, pudemos discutir os impactos desse novo sistema e criar estratégias para permanecer prestando uma assistência humana e de qualidade, atender às exigências dos indicadores, mas sem deixar de lado os aspectos tão importantes para a universalidade do acesso ao serviço e integralidade do cuidado em saúde.

Frente a exposição desses fatos, cabe contudo, atentar o nosso olhar de que essas modificações no financiamento da AB fazem parte de um projeto ainda maior, e que parecem contrapor à lógica colocada pelo SUS. 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 (MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020). Nessa lógica, as autoras ainda as chamam de um contexto de “desfinanciamento”, produzidos a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 95²¹. O novo regime fiscal instituído pela EC 95, estabeleceu (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 foram

²¹ BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 16 dez.

igualmente congeladas, corrigidas a um valor fixo de uma receita móvel por 20 anos, sem alteração do repasse em razão da arrecadação fiscal, o que acarreta em uma perda cumulativa a cada ano corrente.

Acredito que o as medidas de austeridade fiscal, o novo financiamento da AB, a revogação do NASF, a reestruturação de Equipes Multiprofissionais, os indicadores de saúde e a constante pressão aos profissionais por produtividade, são assuntos de extrema importância e que gerariam páginas e mais páginas de análise e discussão de seus impactos no setor da saúde. Contudo, minhas intenções nessa escrita são de apresentá-los, ainda que minimamente, como potenciais que influenciam no trabalho cotidiano (seja da EF, como das demais profissões) e na atenção prestada aos indivíduos. Embora visualize a relevância dessas questões, por estarem vinculadas ao atual cenário político em que vivemos, entendo que estas merecem uma atenção específica em outros estudos mais direcionados, uma vez que a ênfase deste ensaio é a discussão sobre o *lugar* da EF e os aspectos que permeiam esta construção.

Dessa forma, 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 Residência Multiprofissional em Saúde da Família frente à Pandemia da COVID-19

Durante o processo formativo do segundo ano da residência fomos interpelados por uma situação atípica e inédita que desconstruiu e está ressignificando modos de vida, de estudo, de trabalho, etc. de toda a população mundial, que é a Pandemia da COVID-19²². Essa experiência, dada a sua relevância e as suas marcas deixadas em nós, profissionais residentes, precisa estar devidamente registrada e compartilhada com quem está lendo este ensaio, para conhecer, ainda que parcialmente, a realidade enfrentada por quem está na linha de

²² O Novo Coronavírus nomeado como SARS-CoV-2, é um agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan na China. A COVID-19 é a doença produzida por esse vírus, que possui uma alta taxa de transmissibilidade, provocando uma síndrome respiratória aguda (SRA) que pode variar de casos leves a casos muito graves com insuficiência respiratória, sendo mais letal em pessoas com mais idade (a taxa de mortalidade em pessoas acima dos 80 anos chega a 14,8%) (BRASIL, 2020a).

frente dos serviços de saúde.

Embora logo no início do ano nós já estivéssemos cientes da disseminação da COVID-19 ao redor do mundo, a situação ficou ainda mais preocupante e alarmante após o dia 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou a declaração de Pandemia. Esse pronunciamento realizado pelo Diretor-Geral da OMS, ocorreu após constantes avaliações do contexto mundial sobre a distribuição do número de casos da COVID-19, número de óbitos e considerando as evidências científicas que comprovam a severidade dos riscos da doença (OMS, 2020). No Brasil, dada a inexistência de profilaxia e um tratamento específico, além da alta taxa de transmissão do vírus, fora decretada a Emergência de Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN)²³, tendo como principal medida de prevenção e controle da disseminação da doença, o isolamento social (BRASIL, 2020b).

Nesse cenário de incertezas, medos e inseguranças é que seguimos dando continuidade ao nosso trabalho cotidiano na UBSF, sempre acompanhando as notícias, 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 (RIO GRANDE, 2020), e a partir disso a SMS passou a modificar os protocolos de atendimento na atenção básica visando a necessidade de incentivar o distanciamento social, conforme recomendação da 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 consultas/atendimentos eletivos e visitas domiciliares (exceto em casos de urgência e/ou procedimentos essenciais). Além disso, em um momento inicial também houve a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, sendo o enfoque nos atendimentos para sintomáticos respiratórios, sem a distinção de território de abrangência.

Diante dessas modificações percebi uma certa descaracterização do modelo de ESF ao qual estava acostumada a trabalhar, pois muitas vezes, nesse momento enxergava a UBSF como se fosse uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um serviço de urgência e emergência, longe daquela ideia de territorialização e que

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União 2020; 4 fev.

valoriza o vínculo com as famílias. Nesse molde, senti um distanciamento das ações de promoção da saúde, e a assistência prestada também se afastava do princípio de integralidade do cuidado e da interdisciplinaridade, que é um dos alicerces desse modelo de atenção à saúde segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁴.

Em termos da atuação da EF propriamente, nesse momento inicial, senti-me impotente e sem saber o que fazer, pois ao meu ver as possibilidades de atuação sejam de forma uniprofissional ou multiprofissional, estavam fora daquela realidade e daquele modelo de assistência. Ao me afastar das atividades assistenciais como os atendimentos individuais, grupos (descritos anteriormente), consultas multiprofissionais, PSE, educação em saúde, VDs, salas de espera, etc., tive a impressão de estar apenas ocupando espaço na unidade, promovendo mais aglomeração e me expondo desnecessariamente aos riscos iminentes.

Nas primeiras semanas foi necessário desacelerar, ou seja, parar por alguns momentos, 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. Para tanto, senti a necessidade de estudar mais e me capacitar acerca da COVID-19, suas manifestações clínicas, fatores de risco, formas de propagação do vírus, medidas de prevenção e controle, fluxo de atendimento na UBSF, recomendações para a comunidade e demais questões pertinentes ao assunto.

Após leitura atenta do Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 (BRASIL, 2020a) e realização da capacitação ofertada pelo MS, organizei todo o material estudado e identifiquei alguns aspectos que poderiam ser melhorados em nossos processos de trabalho. Nesse sentido, elaborei algumas propostas que foram discutidas com a Coordenadora/Responsável Técnica da UBSF e posteriormente em reunião com a equipe, de modo que pudéssemos nos adequar ao que estava descrito no protocolo, para ofertarmos um atendimento de qualidade e com a segurança necessária tanto para os pacientes quando para nós, profissionais da saúde.

A partir desse movimento, conseguimos elaborar coletivamente algumas

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p.

medidas de enfrentamento à COVID-19, de modo a possibilitar um atendimento ágil aos pacientes que apresentavam algum sintoma respiratório em um fluxo diferenciado das demais pessoas que procuravam à UBSF. Além disso, passamos a estreitar a comunicação com a comunidade, criamos canais digitais para divulgar informações, produzir materiais didáticos, fornecer teleatendimentos e facilitar o acesso aos serviços oferecidos.

Essas estratégias me auxiliaram a reencontrar um *lugar* para a EF nesse contexto de pandemia, pois através desses mecanismos pude promover espaços de discussão e reflexão, educação em saúde, compartilhamento de informações e exemplos de PC/AF para serem realizadas em casa durante o período de distanciamento social. Já enquanto equipe de residentes multiprofissionais, conseguimos estruturar séries de vídeos em formato de bate-papo, na qual discutimos assuntos diversos sobre saúde com falas pautadas em evidências científicas, porém em uma linguagem acessível à população.

Inicialmente procurei realizar vídeos que trouxessem 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, eu estava seguindo um pensamento e um discurso simplista muito disseminado nesse período, relacionado à inatividade física, ao comportamento sedentário 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 muito antes da pandemia da COVID-19, pois em 2015 os percentuais de adultos que não praticavam nenhum tipo de AF chegava a 31% da população mundial (OMS, 2015). Em um estudo realizado para estimar as tendências globais de atividade física ao longo do tempo, foi constatado que mais de um quarto da população adulta era insuficiente ativa no ano de 2016, e em comparação ao ano de 2001 os níveis de inatividade física pouco se alteraram (GUTHOLD, *et.al*, 2018). Já no Brasil, dados recentes do Vigitel apontam que 44,8% da população estudada (homens e mulheres adultos com idade

≥18 anos) não alcançou os níveis mínimos de AF recomendadas no ano de 2019 (BRASIL, 2020c).

Pensando nessas questões, me parece insensato afirmar que somente essa associação entre a prática de AF e exercícios físicos nesse momento de pandemia, pudesse sanar questões de saúde muito anteriores a esse período. Cabe salientar que enquanto Professora de EF não posso negar as evidências científicas sobre tais benefícios, contudo, é necessário provocar reflexões sobre afirmações descontextualizadas e com interesses econômicos e políticos por trás do discurso de que *‘quem se exercita está a salvo’*²⁵.

Contudo, percebe-se que o conceito de saúde muitas vezes é compreendido através da perspectiva biológica e associado a fatores de risco, por meio de análises reducionistas que viabilizam o processo de culpabilização do indivíduo frente ao aparecimento de doenças (PALMA, ESTEVÃO, BAGRICHEVSKY, 2003). As questões comportamentais e a lógica do estilo de vida (saudável), constantemente são vinculadas a uma *“naturalização”* do processo de adoecimento, que arbitrariamente colocam o indivíduo em posição de único responsável pela sua saúde, e detentor do *“poder”* de evitar possíveis agravos.

Quando são suscitadas reflexões sobre os conceitos de saúde e suas relações com a AF, essas constatações não se mostram diferentes. Corriqueiramente se desconsideram os contextos socioculturais em que os indivíduos estão inseridos, e nesse movimento, o fenômeno saúde é compreendido de maneira simplista, como podemos observar no que tratam Palma, Estevão, Bagrichevsky (2003):

O indivíduo é sempre visto como aquele que não se dispõe a movimentar-se, a acabar com a preguiça. Há, ainda, a fé de que a atividade física pode acabar com o efeito danoso das doenças, muitas vezes representado ideologicamente pelas desordens cardiovasculares. Não raro se escuta, por exemplo, alguém comentando sobre um paciente cardíaco: “como pode! Ele não fumava, fazia exercícios, era calmo...” (p. 20).

Nesse sentido, é preciso reforçar que a prática de AF, assim como descrevem Crochemore-Silva *et al.* (2020) “não é um gesto banal e desprovido de relação com a subjetividade das pessoas” (n.p), e portanto, se faz de suma

²⁵ No entanto, esse é um assunto ao qual não pretendo dar continuidade à discussão neste ensaio, uma vez que esta é uma temática que possui inúmeros desdobramentos e questões a serem trabalhadas, e me parece não caber nessa escrita um debate tão aprofundado.

importância que a promoção da AF ocorra mediante a consideração dos contextos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos. Diante dessas questões, as colocações de Luz (2007b) são extremamente pertinentes quando 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” (p.15).

As PC/AF em suas variadas manifestações propiciam um lócus de atuação para o profissional de EF no campo da saúde, indo ao encontro das perspectivas do SUS, para tanto, é necessário compreendê-las como práticas sociais, que se moldam e assumem variados sentidos de acordo com o contexto em que são inseridas (GONZÁLES, 2015). Por esse motivo, e através de diálogos com meu preceptor e o meu tutor da residência, passei a levar em consideração um conceito mais ampliado de saúde ao produzir os materiais visuais, trazendo outras possibilidades da EF contribuir nesse período, para além de aspectos estritamente biológicos e prescritivos.

Em um primeiro momento houve um maior engajamento da comunidade com os materiais compartilhados no que se refere à visualização e interação com os vídeos e publicações produzidas nas redes sociais da UBSF. Contudo, ao longo do tempo foi possível observar um esvaziamento dessa prática, com uma redução significativa do público atendido e um retorno cada vez mais ocasional da comunidade.

Também durante esse período, acompanhamos de perto o agravamento da Pandemia no País e, mais específico, em nosso município. O crescimento exponencial no número de casos e o aumento significativo no número de óbitos tornou a situação cada vez mais crítica. Diante desse cenário alarmante, 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, a sensação de impotência e insegurança tomou força, o que suscitou reflexões importantes por parte de nós residentes sobre o nosso papel naquele contexto e as formas como poderíamos permanecer contribuindo, porém com maiores garantias de segurança.

Passamos então, a discutir com o coletivo da RMSF (gestores, professores, tutores, preceptores e demais residentes) possibilidades de atuação remota, ou seja, mecanismos para permanecer desenvolvendo ações em saúde, contribuindo com o serviço e com nossa formação na residência, porém sem estarmos, necessariamente, presentes na UBSF.

Dessa forma, para efetivar o trabalho em *home office* passei a realizar algumas atividades administrativas para a UBSF (desenvolvimento de planilhas e levantamento de dados), e também passei a compor a equipe de triagem do serviço de teleatendimento do município, o TeleCovid19 (um canal 0800 oferecido para tirar dúvidas, triar e orientar as pessoas em relação ao coronavírus). Além disso, na maior parte do tempo em atividades remotas, passei a realizar o telemonitoramento²⁶ dos casos suspeitos/confirmados para COVID-19 da comunidade do território de abrangência da UBSF.

Cabe salientar que estas atividades, embora apresentassem desafios e limitações, se mostraram como uma excelente estratégia para ressignificar e efetivar minha atuação enquanto residente. Esta modalidade de trabalho remoto durou cerca de dois meses (final de julho à final de setembro de 2020), período este de criticidade da pandemia no cenário municipal.

Em um caráter avaliativo, percebo que ao longo desse período em *home office*, me afastei de ações mais específicas do meu núcleo profissional, como grupos, atendimentos, orientações voltadas à AF, etc. Contudo, 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. Pensando nesses aspectos, posso afirmar que a educação em saúde, o atendimento integral, humanizado e centrado no indivíduo, foram os pilares para a realização desse trabalho, que mesmo de forma remota, foi a maneira que encontrei para permanecer na linha de frente dos cuidados em saúde em meio à pandemia.

²⁶ O telemonitoramento consiste em um acompanhamento dos casos sintomáticos respiratórios, sejam eles confirmados ou não para COVID-19. O contato ocorre por meio de ligação telefônica onde questionamos o (a) paciente em relação à sua idade, presença ou não de comorbidades, sintomatologia no momento, início dos sintomas, se é contato com caso confirmado para COVID-19, se permanece em isolamento domiciliar, quantas pessoas moram no domicílio, histórico de viagem nesse período, último atendimento em serviço de saúde, etc.

Nesse sentido, é imprescindível destacar que jamais se imaginou vivenciar um período e uma situação devastadora como esta. Fica aqui o registro de que a pandemia gerou consequências inimagináveis para todo nós. Nossa formação na residência foi fortemente abalada por esse período, e exigiu significativas readaptações seja no campo de prática ou nos aspectos teóricos. Além disso, e diria que ainda mais importante, a pandemia atingiu violentamente a vida de todas as pessoas, principalmente aquelas que preocuparam-se, ainda que minimamente, consigo e com o coletivo.

Ao final do mês de setembro de 2020, após nova avaliação do contexto da pandemia no município e as condições de trabalho e segurança, retornei às atividades presenciais na UBSF. O retorno após esse período de afastamento trouxe consigo alguns receios e inseguranças quanto à possibilidade de adoecer e também de permanecer sem oportunidades de desenvolver o meu trabalho, dada às limitações do serviço frente à pandemia. Entretanto, parte de mim estava sentindo falta daquela rotina, da sensação de estar naquele ambiente, trabalhar com meus colegas e retomar os meus atendimentos, bem como dar continuidade às demais ações em saúde passíveis naquele momento.

Percebi com esse retorno, que a adaptação mais uma vez tornou-se indispensável para poder dar continuidade ao trabalho desenvolvido em meio a pandemia, pois não bastava apenas recomeçar de onde se tinha parado, a situação já não estava mais como antes, tínhamos outros protocolos vigentes e os fluxos e o funcionamento dos atendimentos também haviam sido repensados ao longo desse tempo. Para tanto, foi necessário novamente um processo de (re)conhecimento do campo de atuação, pois só assim seria possível me (re)encaixar naquele contexto e permanecer produzindo o cuidado em saúde naquele território, até os dias finais enquanto residente.

Ao longo do presente texto, é perceptível a miscelânea de informações e percepções que surgem através dessa experiência ao qual me proponho compartilhar. Nestes inscritos são apresentados, discutidos e refletidos diversos aspectos relacionados à atuação da EF na RMSF, bem como questões sociais, econômicas, políticas e culturais que estão relacionadas com a construção desse *lugar*. Por tratar de registros demarcados por uma temporalidade determinada, neste caso, os dois anos de residência, reafirmo uma das características ensaísticas, na qual a escrita está ancorada no tempo, assumindo um caráter temporário e a sua

finitude, e uma vez que escrevo um texto como este, entendo que estas palavras estão direcionadas a um contexto cultural concreto e determinado por um momento específico (LARROSA, 2003).

Diante dessas questões, após a apresentação das narrativas e discussão junto à literatura, 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.

Considerações, devaneios e escritos finais da história

Aproveito este espaço de finalização para tecer algumas reflexões importantes, em um sentido de conectar e relacionar minhas palavras ao longo de todo este ensaio. Logo no início eu peço licença para tratar da história pelo seu desfecho, antecipando alguns sentidos que eu retomaria neste momento final, com a justificativa de que eles seriam incorporados e compreendidos ao longo da escrita. Talvez alguns tenham aparecido de maneira mais expressiva, outros ficaram subentendidos no meio das narrativas, mas creio que de uma maneira ou de outra, eles marcaram presença em meus escritos.

Essa experiência única possibilitou a compreensão de que tanto o trabalho da EF em específico, quanto a atuação multiprofissional realmente estão pautados no *saber*, no *fazer* e no *sentir* cotidianamente. Sendo que o saber está atrelado ao conhecimento prévio e adquirido ao longo do tempo, a informação e o processo de observação do local onde estamos inseridos. Já o fazer se relaciona com as estratégias construídas para se desenvolver um bom trabalho a partir das condições disponíveis. E por fim, – talvez o mais importante – o sentir, que se faz presente em cada uma das etapas experienciadas, vivenciadas e que me tocaram neste decurso. A este eu dedico mais afinco à discussão, pois o sentir tem uma potência significativa para influenciar o saber-fazer, e é o que nos propicia o amadurecimento e crescimento, bem como nos torna seres reflexivos e compreensivos. E por falar em “tornar-se”, nesse ínterim, muitas mudanças ocorrem conosco, profissionais residentes. Entramos no programa com expectativas, inquietações, receios e anseios, e com toda a certeza nós não somos mais os mesmos que entramos, e, nessa fluidez, quem somos hoje certamente não será igual nos dias futuros.

Ao longo dessas páginas eu 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 Educação Física e residente, que na busca por encontrar o seu *lugar* acabou compreendendo que na verdade não importava de fato o desfecho, mas sim 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.

Espero que este texto possa lhes tocar de alguma forma, que possa suscitar reflexões e levantar questionamentos. Trago aqui uma experiência, em alguns dos cenários que passei, com variados encontros e com distintas pessoas, cabe aqui o relato sobre o devir que emerge desses momentos. Não trago certezas incontestáveis e verdades absolutas, mas sim narrativas, observações e constatações oriundas desse processo de construção, com o intuito de compartilhar, a quem interessar, os sentidos produzidos através dessas palavras.

Percebo que 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 tropeços e entraves diários, com a falta de espaço físico que limita os atendimentos, com a desvalorização profissional que constantemente presenciei – e senti – com a falta de subsídios básicos para desenvolver um bom trabalho, com o esgotamento diário e a sobrecarga que atinge diretamente a nossa saúde mental. Diante de tudo o que vivenciei e “sofri”, afirmo que ser residente é ser resistente, pois frente aos entraves diários, ainda assim busquei me esforçar ao máximo para cuidar do outro da maneira mais humana possível.

Alicerçada nesse princípio de humanização do cuidado busquei construir a minha prática profissional, ou seja, o *meu lugar* enquanto professora de EF e

residente, por entender que embora a área trabalhe as questões de saúde em uma perspectiva do movimentar-se, ainda assim eu poderia aliar a escuta, a sensibilidade e a educação em saúde, para além de uma lógica unicamente de prescrição de exercícios. Cabe, contudo, a ressalva de que em momento algum neguei a essência da profissão, por entender que as PC/AF e os exercícios físicos tem a competência de contribuir com a saúde dos indivíduos em variados aspectos, e essas questões já foram amplamente discutidas e comprovadas por pesquisadores da área, assim como trago em vários parágrafos deste ensaio.

Retomo que ao longo da formação enquanto residente, através da vivência prática, dos estudos teóricos, discussões com professores, colegas residentes, preceptores no campo e demais profissionais da UBSF, foram possibilitadas transformações ricas em processos reflexivos e de aprendizado. A experiência que aqui está descrita, simbolizada e documentada, sinaliza os caminhos percorridos e para chegar a este *lugar* ao qual me propus falar.

Entretanto, frente a sensação de impotência e desorientação diante da pandemia, percebi o questionamento “*que lugar é esse?*” retornar com ainda mais ênfase nesse momento tão delicado, o que reforça o entendimento de que esse *lugar* é fruto de uma constante produção de sentidos, estratégias, reflexões e adaptações aos contextos e experiências vivenciadas. E nesse processo de construção, mais uma vez houve a necessidade de repensar e ressignificar a atuação da EF, buscando alternativas para dar continuidade à promoção da saúde em meio a pandemia.

Contudo, preciso compartilhar que esse percurso não foi fácil, aliás, me atrevo a dizer que foi doído e desgastante, pelo medo, pela insegurança, pela desmotivação que muitas vezes me cercou frente às dificuldades e pelas crises existenciais que se somaram a estes sentimentos, pois passei a me questionar acerca dos significados da EF no SUS, na AB e na RMSF, da minha prática profissional individual, mas também da forma como nossos serviços de saúde estão estruturados e organizados para atender à população, e de certa forma essas reflexões estão representadas nessas linhas que vos escrevo.

Eu encerro esse período de pesquisa e escrita ainda em meio à pandemia, as incertezas permanecem, mas a esperança também! Esperança de dias melhores, de uma sociedade menos desigual, mais empática e atenta às questões sociais. A luta continua, seguiremos em defesa de um sistema de saúde gratuito, universal e de

qualidade, O NOSSO SUS! Seguiremos em defesa de uma assistência à saúde pautada na humanização do cuidado, centrada no indivíduo e considerando o contexto em que está inserido. Seguiremos defendendo a EF na saúde e no SUS, valorizando e destacando as suas possibilidades e a sua relevância no campo, lutando pelo seu reconhecimento e maiores investimentos. Também seguiremos com nosso olhar atento para as limitações e fragilidades da nossa área, com o intuito de nos fortalecermos enquanto núcleo profissional e ultrapassarmos os discursos extremistas, que desconsideram os determinantes e condicionantes de saúde.

O que fica dessa experiência é a mensagem e o desejo de que possamos nos tornar profissionais cada vez mais humanos e menos voltados aos números que nos são impostos. Que saibamos olhar para o indivíduo à nossa frente e possamos enxergar para além da produtividade que tanto nos é cobrada. Que não desanimemos frente às dificuldades que nos limitam e nos entristecem ao longo do percurso, e que embora existam inúmeras adversidades no caminho, ainda tenhamos força para sermos resistência, em defesa do SUS e em defesa de melhores condições de saúde para a população.

Para finalizar este ensaio, me despeço trazendo as belas palavras de Carl Jung, para que possamos refletir sobre nossas ações e ressignificar as formas de se promover o cuidado em saúde: **“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”**.

Obrigada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, Leonardo Trápaga; KUHN, Giovanni Francioni. Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. In: KNUTH, Alan Goularte; AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibebe da Rocha (Org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**. Rio Grande, RS: Editora da FURG, 2016, p. 17 – 38.

ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria DAndrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007 p. 151-171.

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**, v. 135, n. 4, p. 178-188, 2020.

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

BRASIL (a). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília – DF, 9ª versão, 2020.

BRASIL (b). **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus res - ponsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União 2020; 7 fev.

BRASIL (c). 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.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias**. Diário Oficial da União, 1997.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. 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.

_____. **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.

_____. 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)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BUENO, Alessandra Xavier. A educação física na saúde: reflexões acerca do fazer da profissão no SUS. In: WACHS, Felipe; ALMEIDA, Ueberson Ribeiro; BRANDÃO, Fabiana F. de Freitas (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite et al. Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 958-967, 2013.

CASPERSEN C.J, POWELL K. E, CHRISTENSON G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep**. 1985 Mar/Apr, 100(2):126-31.

CORRÊA, L.Q.; VALÉRIO, M.P.; TEIXEIRA, A.O. et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, 2014, v. 27, n.3: p. 428-433.

CROCHEMORE-SILVA, I; KNUTH, A.G; WENDT, A; NUNES, B. P.; HALLAL, P.C; SANTOS, L.P; HARTEK, J; PELLEGRINI, D.C.P. Prática de atividade física em meio a pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [periódico na internet] 2020. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pratica-de-atividade-fisica-em-meio-a-pandemia-da-covid19-estudo-de-base-populacional-em-cidade-do-sul-do-brasil/17777>>.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 961-970, 2011.

DALLEGRAVE D, KRUSE M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface Comun Saúde Educ**. 2009;13(28): 213-37.

DAMICO, José Geraldo Soares; BILIBIO, Luis Fernando. Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a educação física na saúde mental. In: BAGRICHEVSKY, Marcos (Org.). **Saúde Coletiva: Dialogando Sobre Interfaces Temáticas**. 2.ed. – Blumenau – SC: Instituto Federal Catarinense, 2019, p. 59-95.

DAOLIO, J. . Educação Física Brasileira: Autores e atores da década de 80. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 18, n.03, p. 182-191, 1997.

DEL DUCA, Giovâni Firpo, et al. Inatividade física, comportamento sedentário e saúde. In: SOUZA, Edison Roberto de; NASCIMENTO, Juarez Vieira do; AZEVEDO, Edson Souza de; PEREIRA, Beatriz Oliveira. (Org.). **Educação Física, lazer e saúde: interfaces ao desenvolvimento humano**. 6ed. Florianópolis: Editora da Universidade do Estado de Santa Catarina, 2015, v. 6, p. 253-276.

DELEUZE, Gilles. **Crítica e Clínica**. São Paulo: editora 34, 1997.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 885-899, 2013.

FEUERWERKER LCM, SENA-CHOMPRÉ RR. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico**, 5(18):5-6, 1999

FURG (a). **Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Rio Grande, 2014. Disponível em: <<http://www.eenf.furg.br/index.php/cursos/residencias-multiprofissionais/rmsf/docs-rmsf> >.

GALINDO, Dolores; MARTINS, Mário; RODRIGUES, Renata Vilela. Jogos de armar: Narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In: SPINK, Mary Jane et al. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014, p 295-322.

GIACOPINI, Silvane M.; DE OLIVEIRA, Daniel Vicentini; DE ARAÚJO, Ana Paula S. Benefícios e recomendações da prática de exercícios físicos na gestação. **Revista BioSalus**, v. 1, n. 1, 2016.

GONZÁLES. Fernando Jaime. Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: Desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, Ivan Marcelo; FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de (Org.). **Práticas Corporais no campo da saúde: Uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 1ª Edição, p. 135-162, 2015.

GUTHOLD, Regina 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**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

KNUTH, Alan Goularte; AREJANO, Ceres Braga; MARTINS, Sibeles da Rocha (Org.). **Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde**. Rio Grande, RS: Editora da FURG, 218p., 2016.

LARROSA, Jorge Bondia. Notas sobre a experiência eo saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

LARROSA, Jorge Bondia. O ensaio e a escrita acadêmica. **Educação & Realidade**,

v. 28, n. 2, 2003.

LEE, I.-Min et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LUZ, M.T (a). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

LUZ, M.T (b). 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, Alex Branco; WACHS, Felipe (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1ª Edição, p. 9-16, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MENDES, V.M; CARVALHO, Y.M; BRANDÃO, F.F.F. Nós, com os outros e o SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica In: WACHS, Felipe; ALMEIDA, Ueberson Ribeiro; BRANDÃO, Fabiana F. de Freitas (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MIELKE, Grégore; MALTA, Deborah C. Avaliação e futuro do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-2, 2020.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Atividade Física**. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>>. Acesso em 16 jun. 2019.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 51**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10>. Acesso em 11 mai. 20.

PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; BAGRICHEVSKY, Marcos. Considerações

teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau (SC): Edibes, 2003, p. 15 – 32.

PIGGIN, Joe. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**. Volume 2, Artigo 72, 2020.

RIO GRANDE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 17.045 de 19 de março de 2020**. Decreta estado de emergência pública no âmbito territorial do município do Rio Grande, ante a declaração de pandemia mundial (COVID-19) pela OMS. Disponível em: <<http://www.riogrande.rs.gov.br/publicacao/decreto-17-045-estado-de-emergencia-no-municipio-do-rio-grande/>>. Acesso em 20 ago 2020.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de subjetividade**, v. 1, n. 2, p. 241-252, 1993.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p. 659-664, 2007.

SCABAR, Thaís Guerreiro; PELICIONI, Andrea Focesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família–NASF. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SCOTT, Joan. **A invisibilidade da experiência**. Trad. Lúcia Haddad. Proj. História. São Paulo, 16, 297-325, 1998.

SILVA, Quelen Tanize Alves da. **Residência multiprofissional em saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde**. 137 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2010.

SOARES, Carmen Lúcia. **Educação Física: Raízes Europeias e Brasil**. Campinas, SP: Autores Associados, 3ª Edição, 2004.

SURITA, Fernanda Garanhani; NASCIMENTO, Simony Lira do, SILVA, João Luiz Pinto. Exercício físico e gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 13084, p. 881, 2014.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

TOMASI, Y.T., SOUZA, J.B. de, MADUREIRA, V.S.F. Diagnóstico comunitário na estratégia saúde da família: potencialidades e desafios. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(6):1546-53, jun., 2018.