

## **Relatório de Experiência Profissional**

### **TÍTULO: O papel do Profissional de Educação Física no novo contexto de trabalho durante a pandemia da COVID-19**

Diego Camilo Pinto<sup>1</sup>, Melyne Serralha Rocha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Uberlândia, especialização em exercício físico e treinamento esportivo para grupos especiais, fisiologia do esporte treinamento e performance, gestão em serviço de saúde, Profissional de educação física pela Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG, Brasil

<sup>2</sup>Graduação em Enfermagem, especialização em Gestão em Saúde Pública, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, Docência no Ensino Superior, Administração Hospitalar, Diretora da Atenção Primária, Missão Sal da Terra, Uberlândia/MG, Brasil.

#### **RESUMO:**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo. Desta forma, uma APS como estratégia de cuidado só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Desde março de 2020 o Brasil vem enfrentando a pandemia da COVID-19 e foi necessária uma recomposição dos processos de trabalho e o profissional de educação física também se reinventou nesse contexto. O objetivo é ofertar um novo modelo de cuidado que possibilite a continuidade das ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde no campo da educação física, lançando mão de recursos remotos como a teleconsulta, telemonitoramento, cartilhas de orientação e outros e que ao mesmo tempo garanta a segurança dos pacientes. As novas estratégias trouxeram resultados exitosos, com isso podemos concluir que é nítida a relevância do profissional de educação física neste contexto de pandemia, somado a equipe multiprofissional, com ações interdisciplinares, o escopo de ações e resultados positivos aumentam e a população certamente é atendida com mais qualidade e com melhores resultados.

## **DESCRITORES:**

Atenção Primária à Saúde, Infecções por Coronavírus; Pessoal de Saúde; Terapia por exercício; Exercícios

## **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. No Brasil, a Atenção Primária ou Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas<sup>(1)</sup>.

Desta forma, uma APS como estratégia de cuidados só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população<sup>(2)</sup>.

A APS não é simples, um dos problemas mais prevalentes na análise da APS é uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Na realidade, os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, mas isso não significa que essas condições são, necessariamente mais simples. Há condições simples que se apresentam na APS, mas, também, há outras condições que são de manejo muito complexo.

A APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde. Mas não basta essa preocupação quantitativa por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor para as pessoas

usuárias. Além disso, cabe à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação das RAS.

Os princípios, as diretrizes, as normas e o funcionamento da Atenção Primária estão descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e editada pela última vez em 2017 <sup>(3)</sup>.

Pautados na PNAB, as equipes de atuação são compostas no mínimo por médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde (ACS); cirurgião dentista; auxiliar em saúde Bucal (ASB) ou técnico em saúde Bucal (TSB) <sup>(3)</sup>.

Visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de referência <sup>(3)</sup>.

Os processos de trabalho constituem-se a partir de ações compartilhadas entre ambas as equipes: discussões de casos de sujeitos ou de demandas do território, atendimento individual e grupos. Para tanto, o NASF utiliza como estratégia de trabalho o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST). Destaca-se o apoio matricial como a principal estratégia utilizada pelo NASF para organizar o desenvolvimento do trabalho. A assistência especializada deve ser oferecida ao usuário nas situações clínicas de maior complexidade, após acordo entre as duas equipes <sup>(3)</sup>.

A inserção do profissional de educação física na APS se deu com a criação dos NASF e desde então sua atuação vem sendo potencializada e ampliada com ações em diversas áreas estratégicas envolvendo vários grupos de usuários.

Dentre as ações desenvolvidas podemos citar o atendimento voltado à saúde das crianças e adolescentes. O profissional se atenta ao crescimento e desenvolvimento pondero estatural da criança ajudando na motricidade e desenvolvimento psicomotor. Atua na prevenção e combate a obesidade que representa um fator de risco para doenças crônicas como hipertensão, diabetes e outros problemas cardiovasculares. Além disso, promove a saúde incentivando a prática de atividade física, lazer, recreação, convívio e interação social.

Atua na saúde da mulher onde os enfoques são práticas corporais. Para as gestantes elas se beneficiarão dos exercícios diminuindo o inchaço; amenizando as dores nas costas; fortalecendo a musculatura para o trabalho de parto; reduzindo o risco de pré-eclâmpsia (pressão alta na gravidez); proporcionando sensação de bem-estar e diminuição do estresse; permitindo uma recuperação pós-parto mais rápida; melhorando o funcionamento do

intestino; controlando o índice glicêmico em gestantes diabéticas; diminuindo o risco de depressão pós-parto; evitando a obesidade gestacional<sup>(4)</sup>.

Para as mulheres em menopausa a prática regular do exercício físico tem importante papel na manutenção da qualidade de vida, visto que, nessa fase, elas apresentam modificações antropométricas como diminuição da massa livre de gordura, conseqüentemente aumento da gordura corporal e redução da estatura, acarretando elevação no índice de massa corpórea (IMC). E alterações bioquímicas, entre elas alterações no perfil lipídico e deficiência de estrogênio que comprometem a saúde dessa população, gerando muitas vezes a incidência de doenças cardiovasculares e endócrino-metabólicas<sup>(5)</sup>.

Não podemos deixar de mencionar a educação física inclusiva que é também um ponto de atuação dentro da APS, visando o acolhimento de todas as pessoas, independente de sua condição e situação, de maneira afetiva e efetiva, diminuindo as barreiras e as diferenças vivenciadas na sociedade.

Para os grupos de maior densidade como os idosos e os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o profissional de educação física, assim como os demais profissionais da Atenção Básica se reorganizaram depois da implantação da Planificação da Atenção à Saúde(PAS), projeto este, original do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que nada mais é do que um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>(6)</sup>. Portanto, o profissional de educação física passou a atuar com tecnologias leves, como a Atenção Contínua e o Autocuidado Apoiado para gestantes de alto risco, idosos frágeis, diabéticos e hipertensos de alto e muito alto risco.

Atenção Contínua é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio adotada pela equipe multiprofissional de saúde com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança das pessoas usuárias para gerenciar suas condições de saúde. Já o Autocuidado Apoiado prevê o empoderamento das pessoas para que autogerenciem sua condição, por meio da avaliação do estado de saúde, pactuação de metas, elaboração de planos de cuidado individualizado e monitoramento contínuo, utilizando-se dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para fornecer esse apoio<sup>(6)</sup>.

Sendo assim, para os portadores de doenças crônicas, a atividade física é primordial para prevenção dos agravos e devem ser incentivadas constantemente. Uma das ações pensadas foi à inserção do profissional de educação física na atenção contínua, estimulando o autocuidado e incentivando a adesão aos hábitos de vida saudáveis.

No caso dos idosos o profissional de educação física atua com enfoque na promoção da saúde objetivando manter a autonomia, diminuindo o risco de fragilização, pensando ações que garantam o equilíbrio, força muscular, a diminuição da sarcopenia e o risco de queda. As práticas corporais visam à manutenção da realização das atividades de vida diária e o bom controle das condições crônicas.

Porém, em Março de 2020 o Brasil foi surpreendido pela pandemia da COVID-19 e esse novo cenário fez com que o mundo se reorganizasse visando à proteção da saúde. Os desafios enfrentados devido a pandemia do COVID-19 trouxeram para as equipes de saúde da atenção primária a necessidade de transformação de muitas de suas práticas, tendo em vista a necessidade de garantir a continuidade do acompanhamento das pessoas usuários ainda que respeitando as orientações de segurança.

Foientão, necessária uma recomposição dos processos de trabalho, com novas estratégias de atuação pela Atenção Primária a Saúde (APS) e o profissional de educação física também se reinventou nesse contexto.

## **OBJETIVOS**

Ofertar um novo modelo de cuidado que possibilite a continuidade das ações de reabilitação e prevenção no campo da educação física, lançando mão também de recursos remotos (teleconsulta, telemonitoramento, cartilhas de orientação, etc) além de visitas domiciliares, consultas compartilhadas que ofereça a segurança dos pacientes no período de pandemia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Monitorar os casos suspeitos e confirmados de COVID-19;
- Monitorar os contatos dos casos positivos;
- Monitorar os casos de pós alta hospitalar de COVID-19;
- Manter as ações de educação em saúde;
- Garantir o atendimento as gestantes, puérperas e idosos frágeis.

## **MÉTODO**

O presente trabalho foi desenvolvido no setor sanitário sul do município de Uberlândia- MG, cuja administração é feita pela organização social Missão Sal da Terra desde 2007. O setor sul conta com uma população estimada de 153.000 habitantes, composto por

26 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 03 equipes de Atenção Primária (eAPs), 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 20 Equipes de Saúde Bucal, 02 Unidades de Pronto Atendimento, 01 Ambulatório de Especialidade, 01 Campus Municipal de Atendimento a Pessoa com Deficiência e 01 Centro Municipal de Atenção ao Diabético.

Para esse relato, apresentam-se as ações desenvolvidas nas 26 equipes de saúde família do setor sul, no período de Março de 2020 à Março de 2021. **A escolha por essas unidades se deu por se tratar do modelo prioritário de Atenção Primária onde as equipes possuem um processo de territorialização, permitindo uma proximidade com a comunidade e estabelecendo vínculos mais fortalecidos.**

As ações descritas são comuns a todos os profissionais de nível superior e o profissional de educação física participa desses processos que envolvem tanto os “saberes núcleo” (específicos da formação profissional) como os “saberes campo” (campo comum de atuação dos profissionais de saúde) fortalecendo as equipes e as estratégias adotadas.

A equipe de educação física era composta por dois profissionais, dividindo entre eles as demandas das unidades de atenção primária. Porém em novembro de 2020, viu-se a necessidade de contratação, portanto, para atender toda a atenção primária do setor sul, a equipe atualmente é formada por sete profissionais de educação física.

Para atender os objetivos citados acima e manter a segurança do paciente e dos colaboradores de saúde, algumas ações foram pensadas pelos gestores locais visando garantir o acesso da população aos serviços de saúde mesmo em tempos de pandemia.

Alguns atendimentos presenciais foram mantidos e outros passaram a ser realizados de forma remota respeitando as atribuições de cada categoria profissional.

O profissional de educação física teve seus atendimentos presenciais suspensos por se tratar na maioria deles de atividades coletivas.

Sendo assim, uma estratégia adotada pelos profissionais de educação física, foi à utilização de aplicativos de mensagem visando à aproximação, à integração e a socialização com os usuários. Foram desenvolvidos, vídeos educativos com orientações sobre a doença COVID-19 e as suas formas de prevenção, hábitos de vida saudáveis, qualidade de vida e exercícios conforme condição de saúde.

Para as gestantes, os profissionais de educação física desenvolveram uma cartilha informativa e ilustrativa com os exercícios apropriados à sua condição. As orientações e as propostas de atividade física descritas nas cartilhas foram baseadas em evidências científicas e referenciadas no final da mesma. A cartilha contém imagens ilustrativas disponibilizadas pelo

Google imagens, a linguagem é clara, suscita e apropriada para entendimento geral da população.

A cartilha é entregue nas consultas de pré-natal visto que esta se manteve agendada. As dúvidas são esclarecidas no momento do recebimento da cartilha, em atendimento compartilhado de uma forma humanizada, afetiva e individualizada pensando o bem estar das gestantes.

No caso dos idosos foi priorizado visita domiciliar e o telemonitoramento. Além disso, a estratificação de risco realizada através do IVCF-20 (**Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional**) foi adaptado para versão remota possibilitando um reconhecimento maior dos idosos em risco de fragilização e frágeis.

Esse questionário permite uma avaliação multidimensional e ampla do idoso. Ele é composto por vinte questões de fácil e rápida aplicação. O referido questionário pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe não havendo limitações de profissionais<sup>(7)</sup>.

Os pacientes hipertensos e diabéticos de médio e baixo risco passaram a ser acompanhados por teleatendimento e telemonitoramento com devido registro em prontuário, pretendendo a não agudização das condições crônicas os de condição alto e muito alto risco foi estabelecido suas consultas através das visitas domiciliares que fazem parte da agenda de trabalho semanal prioritária objetivando o cuidado de forma coesa e articulada com toda equipe multidisciplinar.

Os pacientes positivos para coronavírus e seus contatos também são telemonitorados pela equipe, tanto os que estão em tratamento domiciliar quanto os pacientes que recebem alta hospitalar.

O contato é feito através de ligações telefônicas em até 05 dias após a alta hospitalar e devem ser mantidas por um período de até 14 dias, seguindo protocolos pré definidos com planilhas atualizadas e organizada pela equipe de enfermagem que faz as buscas ativas dos pacientes que deram entrada nas unidades de pronto atendimento com sintomas gripais e também os de pós internação, assim orientando e esclarecendo dúvidas gerais não só em relação ao COVID-19, abrangendo todos os núcleos de cuidados, objetivando a integração entre os serviços de saúde, oferecendo a continuidade e restabelecendo vínculo com a APS.

Para os profissionais das equipes, foram realizadas ações no âmbito das práticas integrativas, como massoterapia e auriculoterapia com a finalidade de minimizar os transtornos emocionais como a ansiedade, estresse entre outros. A prática de auriculoterapia também foi aplicada para pacientes com indicação e avaliada pelo médico ou enfermeira das

unidades. Estes eram agendados na unidade de saúde com hora marcada para evitar a aglomeração.

## RESULTADOS

No município de Uberlândia - MG utilizamos o prontuário eletrônico Fastmedic, uma ferramenta adquirida pela secretária municipal de saúde com intuito de uniformizar as informações e garantir a referencia e contrarreferência, além da integralidade do cuidado nos principais pontos de atenção.

Nesse sistema, todos os profissionais registram suas ações, atendimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares, respeitando os princípios éticos e legais. Assim, por meio de relatórios gerenciais **permite-se** analisar os dados de indicadores de saúde e quantificar os procedimentos realizados, tanto individuais quanto coletivos.

Os dados apresentados abaixo foram retirados desse sistema o que permitiu elaborar os resultados e subsidiar as discussões. Para atender aos 02 primeiros objetivos, **pode-se verificar na tabela 1** os dados de teleconsulta, telemonitoramento. No último ano foram realizadas 955 teleconsultas o que equivale 8,8% das consultas oferecidas pelas equipes de saúde e 7.074 telemonitoramentos o que equivale a 65,4% das ações desenvolvidas no período de intensa pandemia.

**Verificou-se que o número de atendimento compartilhado realizado entre a equipe de referência e a equipe multiprofissional totalizou 57, representando 0,5% dos atendimentos, assim como o número de idosos estratificados através do IVCF-20 totalizando 491 idosos (4,5% dos atendimentos).**

**Em relação as visitas domiciliares, foram realizadas 528 o que representa 4,9% dos atendimentos.**

**A auriculoterapia é um dado expressivo, porém não foi possível separar quantos desses atendimentos foram oferecidos aos pacientes ou aos profissionais de saúde. Ao todo, 1.221 pessoas se beneficiaram dessa prática o que representou 11,3% dos atendimentos.**

**Para atender as ações de educação em saúde neste cenário, foi confeccionado e distribuído 500 cartilhas para gestantes, assim mantido a comunicação, a consulta de pré-natal e a educação em saúde com foco na promoção.**

**Esses dados podem observados na tabela 1 de maneira sistematizada.**



**Tabela1:** Ações realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família do setor sul do município de Uberlândia. Período: Março de 2020 à Março de 2021.

|  | <i>N</i> | <i>%</i> |
|--|----------|----------|
| <i>Atendimento Compartilhado</i>                         | 57       | 0,5%     |
| <i>Estratificação de Risco do Idoso IVCF-20</i>          | 491      | 4,5%     |
| <i>Teleconsulta</i>                                      | 955      | 8,8%     |
| <i>Telemonitoramento COVID-19</i>                        | 7.074    | 65,4%    |
| <i>Visita Domiciliar</i>                                 | 528      | 4,9%     |
| <i>Auriculoterapia</i>                                   | 1.221    | 11,3%    |
| <i>Cartilhas de gestantes confeccionadas e entregues</i> | 500      | 4,6%     |

Fonte: Relatório administrativo sistema Fastmedic, Secretária Municipal de Saúde Uberlândia.

## DISCUSSÃO

Dentro do âmbito da educação em saúde, um campo que possibilita a compreensão do processo saúde-doença está à visita domiciliar que permite uma proximidade com o indivíduo e com as famílias para se desenvolver ações destinadas à promoção e recuperação da saúde.

Especificamente no que se refere à visita domiciliar, deve-se considerar ainda a complexidade das situações com as quais os profissionais têm de lidar no território, cujos problemas se manifestam em todas as suas dimensões – não apenas biológicas, mas sociais, familiares, humanas etc. – fugindo à governabilidade do setor saúde. Assim, se, por um lado, a realização da visita domiciliar seria, em tese, uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional mais integrado, um espaço para ampliar as possibilidades deste trabalho coletivo, bem como do desenvolvimento de uma relação mais horizontal e cooperativa entre trabalhadores de categorias profissionais diversas, por outro lado, observamos uma dificuldade de inserção dos profissionais da equipe nesta atividade, que parece ainda estar concentrada nos Agentes Comunitários de Saúde <sup>(8)</sup>. Com a pandemia da COVID-19, com as restrições já descritas e a necessidade de se manter os atendimentos aos

grupos prioritários, a visita domiciliar foi resignificada e os profissionais estão mais propensos a sua realização como mostra os resultados.

Outra ferramenta básica importante está às cartilhas educativas. O material educativo impresso tem sido utilizado para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes. Recomenda-se o uso do material educativo escrito por profissionais de saúde como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de pacientes e ser capaz de ajudá-los a responder às perguntas que possam ocorrer quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde <sup>(9)</sup>

A educação em saúde ainda é uma prática desafiadora por diversos motivos, mas é possível desenvolver um trabalho, com recursos acessíveis que apresente resultados positivos na prática.

Embora a cartilha não tenha sido construída com o rigor metodológico que necessita a finalidade da mesma foi atingida e sua distribuição foi aprovada pelos gestores locais e vem trazendo benefícios como a manutenção do vínculo e olhar ampliado sobre as condições de saúde.

Essas duas ações citadas acima fazem parte da rotina da Atenção Primária, porém durante a pandemia foi possível aprimorá-las.

Outro ponto a ser discutido diz respeito à necessidade de distanciamento físico que a pandemia da COVID-19 demandou, abrindo uma janela de oportunidade para uma busca de soluções de telessaúde mais amplas. No Brasil, ela vem sendo discutida há anos. Contudo, por se tratar de um recurso inovador e ainda desconhecido, é natural que haja questões quanto à sua implementação, eficácia e limites éticos e legais.

Desde os momentos iniciais da COVID-19, diversas iniciativas ligadas à telessaúde estiveram presentes no Brasil, fazendo parte de alguns planos estaduais de contingência da epidemia no que se refere à assistência, comunicação e capacitação dos profissionais de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou em março de 2020, por intermédio da *Nota Técnica* (NT) nº 3, o uso da telessaúde <sup>(10)</sup>.

Antes da pandemia não havia dados expressivos na literatura a cerca da sua utilização, mas após a regularização alguns dados começam a surgir como o apresentado acima.

Esse método de atendimento é um dos principais exemplos de como a tecnologia evoluiu a favor da saúde nos últimos anos, porém toda nova tecnologia, ainda tem muito

que melhorar e é preciso discutir sua viabilidade em todos os pontos e cenários sociais, visto que o objetivo da ferramenta é ampliar o acesso e não restringi-lo.

O sofrimento emocional também tem sido algo de preocupação, principalmente em decorrência da comoção pública gerada pela realidade adversa, marcada por prognósticos incertos, escassez de recursos humanos e de insumos para testagem e tratamento das pessoas que desenvolvem a forma grave da doença, imposição de medidas inéditas de saúde pública que restringem a liberdade de circulação e violam as liberdades individuais, perdas financeiras e mensagens conflitantes das autoridades <sup>(11)</sup>.

Durante qualquer surto de uma doença infecciosa, as reações psicológicas da população desempenham um papel crítico em relação à doença, determinando a ocorrência de sofrimento emocional e desordem social <sup>(12)</sup>. Uma das circunstâncias mais estressantes é a manutenção da imprevisibilidade da situação por tempo indeterminado, com a incerteza de quando, como e se vamos controlar a disseminação da doença e reduzir a gravidade do risco <sup>(13)</sup>.

Diante desse cenário propôs-se a utilização da auriculoterapia, na expectativa de propor um tratamento preventivo para a redução dos níveis de ansiedade e dor tanto nos profissionais quanto população.

Essa prática é considerada um tratamento seguro, de rápida aplicação, realizado em diversas condições locais e ambientais, por profissional capacitado, na expectativa de melhorar a qualidade de vida da população, uma vez que pode contribuir para reduzir, entre outras condições, a frequência cardíaca, a dor e a ansiedade <sup>(14)</sup>, porém a realização de pesquisas experimentais, com amostragens representativas, é necessária para confirmar os benefícios dessa técnica.

## **CONCLUSÃO**

O trabalho na saúde pública nunca é sozinho e não tem fim. Cada profissional exerce um papel primordial e na atenção primária não é diferente.

É nítida a relevância do profissional de educação física neste contexto, somado a equipe multiprofissional, com ações interdisciplinares, o escopo de ações e resultados positivos aumentam e a população certamente é atendida com mais qualidade e com melhores resultados.

Aos poucos os atendimentos presenciais estão sendo retomados, conforme diretrizes do comitê de enfrentamento ao COVID-19 e o cenário da pandemia no Brasil, mas sabemos

que o velho normal não voltará e que as novas ferramentas e tecnologias adquiridas vieram para ficar e deverão ser aprimoradas conforme as necessidades apresentadas.

## **REFERÊNCIA**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
4. Coutinho SS. Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011. Tese de doutorado.
5. ZANESCO, A.; ZAROS, P. R. Exercício físico e menopausa. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 31, p. 254-261, 2009.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Caderno de apresentação: Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: CONASS, 2009.
7. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia).
8. Cunha Marcela Silva da, Sá Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 Mar [cited 2021 May 06] ; 17( 44 ): 61-73. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
9. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. Disabil Rehabil. 2004;26(9):1166-73

10. Silva AB. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações.  
<https://books.google.com.br/books?id=0nfgDQAAQBAJ> (acessado em 006/maio/2021).  
» <https://books.google.com.br/books?id=0nfgDQAAQBAJ>
11. Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312.  
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
12. Zandifar, A., & Badrfam, R. (2020). Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>
13. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMp2008017
14. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46(5)1200-06.