

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA-FESF
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/BA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCAS GUIMARÃES MATOS DE SANTANA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NOS
ATENDIMENTOS COLETIVOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA USF
DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

SALVADOR

2017

LUCAS GUIMARÃES MATOS DE SANTANA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NOS
ATENDIMENTOS COLETIVOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA USF
DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS/Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-BA para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Eliane Maria de Souza

SALVADOR

2017

LUCAS GUIMARÃES MATOS DE SANTANA

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF NOS ATENDIMENTOS COLETIVOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA USF DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS/Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-BA para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora. Esp. Eliane Maria de Souza

Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS

Parecerista

Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS

Parecerista

Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do professor de Educação Física do NASF1 nos atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos, evidenciando a importância de outras intervenções terapêuticas para além da medicamentosa no cuidado à saúde dos usuários portadores de hipertensão e diabetes em uma USF na cidade de Camaçari/BA. **Métodos:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, com base na vivência do profissional de Educação Física do NASF1, durante os atendimentos coletivos de uma unidade de saúde da família no município de Camaçari-BA, realizada no período de Julho a Agosto de 2016. **Resultados:** Qualificação da avaliação antropométrica e conseqüentemente, dos atendimentos coletivos, pela utilização do indicador antropométrico Razão Cintura Quadril e IMC como mais uma ferramenta de prevenção e controle da hipertensão e diabetes. O NASF1 a partir do conhecimento dos equipamentos sociais presentes no território como: escolas, creches, quadras, associação de moradores entre outros, promoveu ações ligadas à prática de atividade física e alimentação saudável, além de encaminhar para os atendimentos coletivos de Educação Física e Nutrição, com o objetivo de ampliar a oferta de cuidado a esses usuários e, ao mesmo tempo, possibilitar outras alternativas terapêuticas com o intento de melhorar o controle doença e conseqüentemente a qualidade de vida dessas pessoas. **Conclusão:** Sugere-se que as EqSF com o apoio do NASF continuem com os atendimentos coletivos e que incorporem esses indicadores antropométricos (IMC e RCQ) durante as consultas de rotina para identificação/avaliação dos riscos à saúde e o estímulo a adesão às outras terapêuticas além da medicamentosa.

Palavras-chave: NASF, atendimentos coletivos, profissional de Educação Física.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of the physical education teacher of NASF1 in the collective care of hypertensive and diabetic patients, evidencing the importance of other therapeutic interventions besides medication in the health care of patients with hypertension and diabetes in a USF in the city of Camaçari / BA. **Methods:** Descriptive study of a qualitative nature, based on the experience of the physical education professional of the NASF1, during the collective care of a family health unit in the city of Camaçari, Bahia, from July to August Of 2016. **Results:** Qualification of the anthropometric evaluation and, consequently, of the collective consultations, using the anthropometric indicator Hip Waist Ratio and BMI as another tool for prevention and control of hypertension and diabetes. The NASF1, based on the knowledge of the social facilities present in the territory, such as schools, kindergartens, blocks, residents' association among others, promoted actions related to physical activity and healthy eating, as well as forwarding to the collective Physical Education and Nutrition , With the objective of increasing the offer of care to these users and, at the same time, making possible other therapeutic alternatives with the intention of improving the disease control and consequently the quality of life of these people. **Conclusion:** It is suggested that NASF-supported EqSF should continue with the collective appointments and incorporate these anthropometric indicators (BMI and WHR) during routine consultations to identify / assess health risks and encourage adherence to other therapies Besides the drug.

Keywords: NASF, Collective Care, Physical Education Professional.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	6
II. OBJETIVO GERAL.....	8
II. I OBJETIVO ESPECÍFICO.....	8
III. METODOLOGIA.....	9
IV. DISCUSSÕES	10
V. CONCLUSÃO.....	17
VI. REFERÊNCIAS.....	18

I. INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do movimento pela Reforma Sanitária (PAIM *et al*, 2011).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde. Esse modelo é formado por uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (ESCOREL *et al*, 2007).

Criado pela Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visa aumentar a resolutividade das Equipes de Saúde da Família (EqSF), ampliando as respostas às necessidades da população abrangida pelo território delimitado para cada equipe. O NASF é composto por profissionais de diversas áreas—fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, professores de

educação física, psicólogos e outros —, admitidos conforme a necessidade de cada região abrangida pelas EqSF (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

O NASF desenvolve trabalhos compartilhados em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira refere-se à ação clínica direta com os usuários e a segunda trata do apoio educativo com e para as equipes. Entre as ações do NASF destacam-se as atividades coletivas, tanto as de caráter preventivo e terapêutico, quanto às de promoção da saúde, que devem priorizar, mediante a educação em saúde, o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos em seu autocuidado, sempre apoiado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Este relato de experiência foi feito com base na minha vivência como professor de Educação Física do NASF1 nos atendimentos coletivos em uma Unidade de Saúde da família do município de Camaçari-BA. Faço parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) desenvolvido e executado pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz – Bahia. No desenho dessa residência, os NASFs são denominados em NASF1, NASF2 e NASF3 compostos por profissionais de Educação Física, Nutrição e Fisioterapia. O município de Camaçari está dividido em regiões de saúde e essa residência tem como local de atuação a região quatro.

A partir da reflexão do cuidado integral aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes identificou-se a necessidade de outros cuidados para além do tratamento medicamentoso. A atuação do profissional de Educação Física do NASF1 pode contribuir para ampliação de oferta de cuidado aos usuários do território. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência do professor de Educação Física nos atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Camaçari/BA.

II. OBJETIVOS

II.1. GERAL

- Relatar a experiência do professor de Educação Física do NASF1 nos atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Camaçari/BA.

II.2. ESPECÍFICOS

- Evidenciar a importância de outras intervenções terapêuticas para além da medicamentosa no cuidado da saúde dos usuários portadores de hipertensão e diabetes em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Camaçari/BA.

III. METODOLOGIA

Esse estudo possui um caráter descritivo de natureza qualitativa. Trata-se de um relato de experiência com base na vivência do profissional de Educação Física do NASF1, durante os atendimentos coletivos de uma unidade de saúde da família no município de Camaçari-BA, realizada no período de Julho a Agosto de 2016.

Para Cervo (2002), o estudo de natureza descritiva visa à busca do conhecimento de inúmeras situações e relações que ocorrem na vida sociopolítica-econômica e nos demais aspectos do comportamento humano, como de grupos e comunidades, descrevendo suas características, propriedades e relações existentes.

As atividades ocorreram todas as quartas-feiras, durante quatro semanas, no turno matutino, com duração de aproximadamente duas horas, contando em média, com a presença de 20 usuários por atendimento. As atividades foram realizadas no espaço anexo da USF.

A unidade era composta por quatro equipes de saúde da família, com profissionais residentes médicos, enfermeiros e dentistas; técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde (servidores do município) e uma equipe de NASF (denominada NASF1 – composta por profissionais de Educação física, nutricionista e fisioterapeuta) além do apoio pedagógico dos preceptores e tutores.

A cada semana uma equipe era responsável pela condução dos atendimentos coletivos, contando com o apoio de alguma categoria profissional do NASF. No entanto, eu, como professor de Educação Física, relator dessa experiência, atuei como profissional de referência do NASF1 para esta atividade, estando presente em todos os encontros.

IV. DISCUSSÃO

O NASF desempenha no contexto do SUS e no fortalecimento da ESF o apoio à Gestão e à assistência em Saúde como uma estratégia de organização das práticas de cuidado, utilizando para isso, diversas ferramentas tecnológicas como: projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território, atendimentos coletivos, implantação da clínica ampliada e outras (BRASIL, 2009).

Observando-se a assistência em saúde prestada no âmbito da atenção básica, constata-se que as atividades coletivas e ações de saúde, geralmente organizadas de acordo com demandas programáticas, são cada vez mais atuais e frequentes. Assim, as modalidades se diversificam para atender usuários hipertensos, diabéticos, mulheres, gestantes, idosos, entre outros, no sentido de atuar na complementaridade terapêutica (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011).

A USF, a qual o NASF1 estava vinculado para realizar o apoio, encontrava-se inserida em um contexto de greve dos servidores municipais de saúde, o que levou a uma redução do quadro de profissionais e, conseqüentemente, dos serviços ofertados pela USF, gerando assim, uma desassistência aos usuários do território, sobretudo aos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, os quais necessitam de um cuidado longitudinal. Como forma de enfrentamento a esse desafio, surgiu a proposta de atendimentos coletivos para ampliar a oferta de cuidado aos hipertensos e diabéticos, usuários adscritos no território de atuação do NASF1.

Os atendimentos coletivos foram pensados inicialmente como uma ferramenta para reduzir a demanda dos usuários que buscavam minimamente uma orientação de como lidar com os problemas de saúde que os afligiam. No entanto, esses atendimentos foram tomando proporções maiores, para além do objetivo inicial proposto pela EqSF. A participação do NASF1 nesses atendimentos foi na perspectiva de qualificar esses espaços.

Os atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos foram divididos em quatro momentos: o primeiro momento foi de educação em saúde, onde ocorreu troca de saberes e/ou experiências entre os usuários do serviço e profissionais de

saúde sobre os temas relacionados a hipertensão e o diabetes: diagnóstico, sinais e sintomas, tratamento e prevenção, valorizando cada indivíduo como sujeito que carrega consigo um saber. Esta prática visa a prevenção e o não agravamento de doenças, a promoção da saúde e a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sociedade (NOVAIS; BRITO, 2011).

O segundo momento foi conduzido pelos profissionais do NASF1 onde os usuários passavam pela triagem - mensuração da pressão arterial e da glicemia. Uma vez identificado alguma alteração nos níveis pressóricos ou glicêmicos os usuários eram orientados a retornar a unidade de saúde para o acompanhamento semanal.

No terceiro momento, foi feita a avaliação antropométrica com a aferição das medidas: peso, altura e cálculo do índice de massa corporal (IMC). Esse indicador é utilizado para a aferição do peso em relação à altura e é calculado pela divisão do peso corporal em quilogramas pela altura em metros quadrados (kg / m^2). A classificação de peso com base no IMC é: Baixo peso $<18,5$; Peso normal $18,5-24,9$; Sobrepeso 25 a $29,9$; Obeso grau I 30 a $34,9$; Obeso II 35 a $39,9$; Obeso III ≥ 40 (PESCATELLO *et al*, 2009).

Contudo, observei que esse indicador não estava tendo um valor real de uso, devido a sua utilização inadequada, uma vez que esse índice possui potencial para sinalizar o aumento de riscos para desfechos negativos associados à hipertensão e ao diabetes como, por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Embora limitada em capacidade de fornecer estimativas precisas, no que diz respeito à composição corporal, o IMC oferece valiosas informações de saúde e ajuda na estratificação de riscos.

Pensando em qualificar a avaliação antropométrica e, conseqüentemente, os atendimentos coletivos, sugeri aos colegas do NASF1 e às equipes de saúde da família da USF apoiada, que acrescentássemos o indicador antropométrico Razão Cintura Quadril como uma ferramenta para complementar a avaliação, com vistas à prevenção e controle da hipertensão e diabetes.

Segundo o estudo realizado por Neves (2008) a relação cintura/quadril (RCQ) deve ser estabelecida por meio de uma divisão da circunferência da cintura (CC) - realizada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca - e pela medida da circunferência do quadril (CQ) - realizada ao nível do trocânter maior do fêmur. O risco à saúde aumenta conforme a RCQ aumenta, e os padrões para o risco variam conforme a idade e o gênero. Usamos como referência do RCQ a classificação proposta por Lohman (1988): RCQ acima do recomendado para em mulheres ($RCQ \geq 0,85$) e para homens ($RCQ \geq 1,00$).

Observei que muitos usuários que acessavam aquele serviço estavam apresentando alterações nos índices pressóricos, glicêmicos e nos indicadores IMC e RCQ. Diante disso, surgiu a necessidade de inserir no cuidado da hipertensão e diabetes alternativas terapêuticas que pudessem complementar o tratamento medicamentoso e que, ao mesmo tempo, ampliasse a oferta de cuidado da USF a exemplo: criação dos atendimentos coletivos de Educação Física.

Apesar de muito citada a questão da hereditariedade, outros fatores são considerados como possíveis condicionantes para a hipertensão e o diabetes, como a alimentação, o sedentarismo, o estresse e preocupações - são os chamados fatores externos. Sabe-se que esses fatores de risco, quando não controlados, podem interferir diretamente no tratamento dessas doenças (BEZERRA; SILVA; GOMES, 2011)

Após a coleta das medidas, eu enquanto profissional de Educação Física do NASF1, pude neste encontro com o usuário, estabelecer um diálogo acerca dos resultados dos indicadores referidos e a relação destes com a sua saúde. Orientei também, sobre a importância da adequação da circunferência da cintura (CC), segundo os critérios de riscos à saúde, a saber: circunferência da cintura de até 88 cm para mulheres e 102 cm para homens. O excesso de gordura corporal, particularmente a que está localizada na região do abdômen, está associado à hipertensão, síndrome metabólica, diabetes melito tipo 2, derrame, doença cardiovascular(DCV) e dislipidemias (PESCATELLO *et al*, 2014).

Notei que os usuários ficaram surpresos quando mostrei a relação desses indicadores com os possíveis riscos à saúde. Percebi também, que, minha intervenção enquanto profissional de Educação Física, na perspectiva da promoção

da saúde e da prevenção de agravos, despertava o interesse dos usuários em conhecer outras possibilidades de cuidado e de refletir sobre o estilo de vida que estavam levando.

No quarto e último momento, era feita uma escuta mais voltada para renovação de receita e ajuste de medicações, por um profissional da equipe de saúde da família. Além disso, foram realizados agendamentos para atendimentos individuais, visitas domiciliares e encaminhamento para outros serviços de saúde quando necessário.

Estilo de vida, Fatores de riscos e promoção da saúde.

O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes e valores das pessoas. Esses hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas (NAHAS; BARROS; FRACALACCI, 2000).

Durante a escuta aos usuários que participavam dos atendimentos coletivos de hipertensão e diabetes, observei, a partir dos relatos dos participantes, a frequente queixa de que, apesar do uso correto das medicações, estavam apresentando alterações na pressão arterial e na glicemia. Quando questionados sobre o seu de estilo de vida – hábitos alimentares e prática de atividade física – muitos desconheciam a importância dessas terapias no controle da doença, por isso faziam apenas o tratamento medicamentoso.

A atitude terapêutica do cuidado procura encorajar o cliente a rever seu estilo de vida, sua percepção e maneiras de se relacionar em seu contexto social, de modo a encontrar recursos e novas maneiras de viver com satisfação. No entanto, é necessário entender que não se trata de um processo fácil e linear, pois requer desejo e motivação para mudança (TEIXEIRA *et al*, 2006).

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações

e, especialmente, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da pressão arterial e do diabetes, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS; SILVA, 2003).

Sabe-se atualmente que, os fatores externos como: sedentarismo, alimentação inadequada, dependência química, estresse, dentre outros, são as principais causas das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acometem a população como um todo, e que, se tivéssemos mais ações de promoção da saúde e prevenção de agravos esses problemas de saúde seriam reduzidos consideravelmente (TOSCANO, 2004).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (OMS, 1986).

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao constituir equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da ESF, ampliou a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, compartilhando as práticas em saúde, considerando a legislação federal e as políticas públicas relativas à saúde, dentre as quais a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com a portaria nº 154/2008 são ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASFs, a serem desenvolvidas em conjunto com as EqSF, dentre outras: identificar, em conjunto com as EqSF e a comunidade, as atividades, ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade – ações que propiciam a melhoria de vida da população; redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis; ações que favoreçam a redução do consumo de medicamentos; a formação de redes de suporte social e que

possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

Nessa perspectiva o NASF1 buscou conhecer os equipamentos sociais presentes no território como: escolas, creches, quadras, associação de moradores entre outros, de forma a promover ações ligadas à prática de atividade física e alimentação saudável. Além de encaminhar para os atendimentos coletivos de Educação Física, com o objetivo de ampliar a oferta de cuidado a esses usuários e, ao mesmo tempo, possibilitar outras alternativas terapêuticas com o intento de melhorar o controle da doença e conseqüentemente a qualidade de vida dessas pessoas.

A inserção de outras terapias, além da medicamentosa, no cuidado à hipertensão e o diabetes, foi uma das intervenções positivas do NASF1 nessa USF, pois possibilitou o aumento da oferta de cuidado, a exemplo da criação dos atendimentos coletivos de Educação física e do grupo de práticas corporais. Este grupo trouxe à tona, através do cardápio de ofertas das práticas corporais do território, o quanto o território pode ser um forte aliado no cuidado em saúde, desde que saibamos utilizar os equipamentos sociais a nosso favor. – praças, quadras, academias, associações de moradores etc. Os usuários participavam ativamente da construção do próprio cuidado, com isso as atividades iam ganhando sentido para eles e se tornando mais sustentáveis.

A formação de grupos de práticas corporais/atividade física contribui como meio para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, na tessitura da rede social, na otimização e preservação de espaços públicos e comunitários, no fomento a participação social e política quanto aos direitos a saúde, bem como, o trabalho em equipe (SILVA *et al* 2009).

A proposta de atuação do profissional de educação física no SUS por meio do NASF foi elaborada a partir dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com base no eixo de práticas corporais e atividade física (PCAF) da PNPS que possui a Atenção Básica como principal foco de atuação, buscando a consolidação e qualificação da ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (SCABAR, 2012).

As práticas corporais no sistema público de saúde, ampliam a relação existente entre atividade física e saúde para além do simples “fazer” em busca de melhoras funcionais e fisiológicas, possibilitando novos modos de pensar, viver e se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o meio em que se vive (WARSCHAUER *et al*,2007).

O profissional de Educação Física do NASF exerce função relevante no cumprimento dos princípios do SUS, em relação à política de saúde e de promoção da atividade física no Brasil, além de ser o único da equipe do NASF com formação voltada para prescrever/orientar a prática de atividades físicas (RODRIGUES *et al*, 2013).

Durante os atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos, percebi o quanto pude ser um facilitador da relação profissional/usuário por meio da escuta atenta às falas deles, partindo do sujeito e sua subjetividade, para depois a queixa/conduta. Esse tipo de abordagem me ajudou a entender não apenas a doença em si, mas, o que ela significa para pessoa, o que causou a doença, a fim de tratarmos a causa, efeito (a doença) e a sua repercussão, para posteriormente estabelecer a conduta a ser adotada.

O lugar que o profissional de Educação Física ocupa, não só nos atendimentos coletivos, mas em todo o processo de trabalho das USF, tem trazido importantes contribuições para práticas de cuidado em saúde na atenção básica. O processo pedagógico da residência, do qual pude participar, possibilitou realizar escutas mais qualificadas e uma visão mais ampliada para além do meu núcleo de saber, possibilitando maior diálogo e articulação com as EqSF para acolher o usuário de forma mais humanizada.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha atuação, enquanto profissional de Educação Física, nos atendimentos coletivos de hipertensos e diabéticos em uma USF do município de Camaçari/BA, no que diz respeito a todo processo saúde/doença dos usuários que acessam esse serviço, foi na perspectiva de ampliar e qualificar o modo como às equipes conduzem/orientam o tratamento dessas doenças crônicas não transmissíveis. Sempre em busca de ampliar a oferta de cuidado da USF de modo que os usuários possam usufruir de outras terapias, para além da medicamentosa, sempre na perspectiva da atenção integral à saúde.

A utilização das medidas antropométricas (IMC e RCQ) na identificação do risco e controle para hipertensão arterial e o diabetes pode ser uma ferramenta mais utilizada na prática clínica dos profissionais na Atenção Básica, tendo em vista que essas variáveis antropométricas oferecem valiosas informações sobre a saúde geral e a estratificação de risco. Além de ajudar a identificar a necessidade de outras intervenções terapêuticas, de forma simples, barata e eficaz.

Com isso, concluo este relato sugerindo que as EqSF com o apoio do NASF continuem com os atendimentos coletivos e que incorporem esses indicadores antropométricos (IMC e RCQ) durante as consultas de rotina para identificação/avaliação dos risco á saúde e o estímulo a adesão às outras terapêuticas além da medicamentosa.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEZERRA,M,P; SILVA,J,C; GOMES,S,C. **Mudanças nos aspectos sociais de hipertensos por meio da atividade física: desvelando a importância do profissional de educação física.** Sau. & transf. soc., issn 2178-7085, Florianópolis, v.2, n.1, p.56-64, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília(DF): MS;2008 .
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção básica: diretrizes do nasf.** n.27. Brasília(DF): MS, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
5. CERVO, A. I.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall: 2002.
6. ESCOREL, S; GIOVANELLA,L; MENDONÇA,M,H,M; SENNA,M,C,M: **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev panam salud publica/pan am j public health 21(2), 2007.
7. LOHMAN TG, ROCHE AE, MARTORELL R. **Anthropometric standardization reference manual.** Illinois: Human kinetics books; 1988.
8. MAFFACCIOLLI, R; LOPES, M,J,M. **Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):973-982, 2011
9. NEVES, E,B. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exército brasileiro: associação com a hipertensão arterial.** Ciência & saúde coletiva, 13(5):1661-1668, 200.
10. NAHAS, V, M; BARROS,M,V,G; FRACALACCI,V.**O pentágono do bem-estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos.** Atividade física e Saúde, 2000.
11. NOVAIS BKLO, Brito GEG. **Percepções sobre o Trabalho do Fisioterapeuta na Atenção Primária.** Revista de APS. 2011; 14(4): 424-34.

12. OLIVEIRA, I,C; ROCHA,R,M; CUTOLO,L,R,A. **Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica.** Revista brasileira de educação médica 36 (4) ; 2012.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. In: Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde (MS)/IEC; 1986
14. PAIM,J; TRAVASSOS,C; ALMEIDA,C; BAHIA,L; MACINKO,J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Revista saúde no Brasil 2011.
15. PESCATELLO,L,S; ARENA,R; RIEBE,B; THOMPSON,P,D. **Diretrizes do american college of sports medicine (ACMS) para o teste de esforço e sua prescrição.** 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.
16. RODRIGUES,J; FERREIRA,D; SILVA,P; CAMINHA,I; JUNIOR,J. **Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática-** Revista brasileira de atividade física & saúde- • pelotas/rs • 18(1):5-15 • jan/2013.
17. SANTOS ZMSA, SILVA RM. **Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano.** Fortaleza (CE): Brasil Tropical; 2003.
18. SCABAR, T, G; PELICIONI,A,F; PELICIONI,M,C,F. **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. 2012; 30(4):411-8
19. SILVA,A,L,F; SOUSA,A,M,M; LOPES,C,E,T; PONTES,F,C; OLIVEIRA,F,C,F; TEIXEIRA M,N; PAI PAIXÃO,J,E; BARBOSA,M,I,S; ALVES, J,P,A. **Educação física na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará: desenhando saberes e fazeres integralizados.** s a n a r e, Sobral,v.8,n.2,p.63-72,jul./dez.2009
20. TEIXEIRA, E, R; LAMAS,A,R; SILVA,J,C ; MATOS,R,M. **O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde.** Esc Anna Nery R Enfermagem 2006 dez; 10 (3): 378 - 84.
21. TOSCANO,C. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.**(Ciência & Saúde Coletiva,9 (4):885-895,2)PAG 3 2004.
22. WARSCHAUER, M; CARVALHO Y,M; MARTINS,C,L; FREITAS,F,F. **As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito butantã-SP.** Congresso Brasileiro de Ciências e Esporte, 2007.