



FIOCRUZ



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**O ATENDIMENTO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA PARA A OFERTA DE
CUIDADO A USUÁRIOS COM ARTROSE DE JOELHO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE NASF**

MAÍRA MOTA FERREIRA

Camaçari

2017

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

**O ATENDIMENTO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA PARA A OFERTA DE
CUIDADO A USUÁRIOS COM ARTROSE DE JOELHO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE NASF**

MAÍRA MOTA FERREIRA

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Estatal de Saúde da Família, como um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Antonio Maurício R. Brasil

Camaçari

2017

MAÍRA MOTA FERREIRA

**O ATENDIMENTO COLETIVO COMO ESTRATÉGIA PARA A OFERTA DE
CUIDADO A USUÁRIOS COM ARTROSE DE JOELHO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE NASF**

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Estatal de Saúde da Família, como um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em _____ de 2017

Antônio Mauricio R. Brasil

Orientador

RESUMO

A osteoartrose de joelho é uma importante patologia inflamatória crônica que acomete grande parte da população de indivíduos idosos, causando dor intensa e limitação de movimentos. No entanto, nem sempre pacientes acometidos são acompanhados por equipes multidisciplinares, muitas vezes recebendo apenas tratamento sintomático. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde para dar suporte a Atenção Básica no Brasil, trazendo equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes de Saúde da Família visando um atendimento mais completo aos pacientes. Este relato baseia-se na experiência de uma profissional de Educação Física do NASF responsável pelo atendimento coletivo a usuários com artrose de joelho como proposta terapêutica norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma unidade de saúde da família no município de Camaçari-BA. Foram utilizadas técnicas de alongamento, fortalecimento muscular e cinesioterapia, além de rodas de conversa pautadas na educação popular em saúde. Ao final do período de acompanhamento houve visível melhora do quadro algico dos pacientes, refletindo na sua independência e autonomia. Também foi possível contribuir com a mudança do estilo de vida destas pessoas a partir das discussões e orientações ofertadas em grupo. Com isso, observou-se a importância da inserção do profissional de Educação Física no âmbito da saúde pública oferecendo, desta forma, um acompanhamento multidisciplinar e integral a pacientes com osteoartrose de joelho.

Palavras-chave: Osteoartrose; Joelho; Educação Física; Atendimento Coletivo; Nasf.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. METODOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
6. ANEXO.....	20

1. INTRODUÇÃO

Os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio de cooperação técnica e a partir das necessidades e realidades locais / regionais observadas, criaram os programas de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, através da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005). Tais programas são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e englobam as seguintes áreas de atuação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998). Nesse contexto, a Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde possui como objetivo principal qualificar profissionais da Saúde no SUS com uma educação voltada para a transformação da realidade e que utiliza a Educação Permanente como eixo transversal. Dessa forma, se encontram os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, enquanto cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como espaço privilegiado (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica visa estabelecer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de maior frequência e relevância do território. Trata-se do contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Na atualidade, a principal estratégia de configuração da Atenção Básica em Saúde no Brasil é a Saúde da Família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da atenção. A saúde da família é, portanto, um modelo que aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde (MATTA E MAROSINI, 2007). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando sua abrangência e resolubilidade. São equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes de Saúde da Família apoiando-as e compartilhando saberes, onde a lógica do trabalho deve ser o apoio matricial (BRASIL, 2008). A inserção do profissional de educação física na atenção básica se

concretizou após a criação do NASF, fortalecendo a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e contribuindo para potencializar o desenvolvimento de ações coletivas e o incentivo às práticas corporais (BRASIL, 2010).

Percebendo as necessidades de saúde no âmbito do SUS no município de Camaçari-BA, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) implantou, em parceria com a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com início em Março de 2015, especificamente na região 4 deste município, englobando categorias profissionais como enfermagem, odontologia, sanitária, fisioterapia, nutrição e educação física. Foram adotadas metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

O município de Camaçari está situado a 41 quilômetros de Salvador, capital do Estado da Bahia. A economia é baseada no pólo industrial, constituindo-se na quarta cidade mais populosa do estado e segunda mais populosa cidade da Região Metropolitana de Salvador. Para nortear as ações de saúde do município no período de 2014-2017 foi construído o Plano Municipal de Saúde (PMS), explicitando as intenções e os resultados a serem alcançados nesse período (CAMAÇARI, 2014). Segundo estimativas realizadas pela Coordenação de Informação e Comunicação em Saúde (CICS/DEPLAN) em 2014 a população estimada era de 281.448, com perspectiva de chegar a 297.024 pessoas em 2017. Tal crescimento pode representar possível impacto nos serviços de saúde do município, o que precisa ser levado em consideração no planejamento da oferta e organização dos mesmos (CAMAÇARI, 2014).

Respalhada no PMS, a rede básica de saúde do município de Camaçari é composta por 30 Unidades de Saúde da Família que abrigam 41 Equipes de Saúde da Família, além de 08 Unidades Básicas, com uma proporção da cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de 55,42%. (CAMAÇARI, 2014). Uma dessas unidades de saúde da família se constituiu no locus onde foram desenvolvidas as ações que resultaram neste relato de experiência. A referida unidade possui duas equipes de saúde da família, tendo em sua composição médico, dentista, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS) e corpo técnico, possuindo no território sob sua responsabilidade sanitária uma população adscrita em torno de 6.246 habitantes. Esta unidade também conta com o suporte do NASF composto por nutricionista, fisioterapeuta e professor de educação física. Vale ressaltar que essa mesma equipe de NASF apóia, também, uma segunda Unidade de Saúde na mesma região. No território adscrito existe ainda a presença de Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (CAPSad), escolas pública e

particular, igrejas, comércio, lideranças comunitárias e religiosas.

Com a imersão de profissionais de saúde no território adscrito durante o período da residência multiprofissional, os ACS, a equipe de referência e o NASF observaram relatos freqüentes de quadros álgicos nos joelhos por parte dos usuários. Entretanto, tais usuários diagnosticados com quadro de osteoartrose de joelho (gonartrose) não costumam frequentar a unidade de saúde, o que despertou a necessidade de atenção e motivou a equipe a pensar em estratégias de cuidado, além da realização de busca ativa dos casos, a fim de ofertar acompanhamento e/ou tratamento adequado.

A osteoartrose (OA) é uma patologia de caráter degenerativo e inflamatório que causa a destruição da cartilagem provocada pelo processo natural do envelhecimento ou doenças inflamatório-infecciosas causando desgaste que pode acarretar deformidade da articulação. Alguns estudos demonstram que esta doença se manifesta em cerca de 50% dos idosos com mais de 65 anos e em 80% daqueles com mais de 75 anos. Outros fatores também são responsáveis pela predisposição de um indivíduo a desenvolver osteoartrose como: obesidade, lesões ou cirurgias prévias, esforço ocupacional ou recreacional cumulativo, mau alinhamento articular e fraqueza muscular (MOHAMMADI et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a osteoartrose é a quarta afecção mais importante em termos de incapacidade entre mulheres e a oitava entre os homens. Sua incidência aumenta a partir dos 40 anos, sendo mais prevalente em joelhos nos casos de mulheres acometidas e no quadril para os homens. Além disso, a cor branca apresenta maior acometimento quando comparada à negra (MARX et al, 2006, SATO, 2010).

Estudos relatam a importância de exercícios físicos para melhorar a força muscular, fadiga, diminuição da dor e da rigidez articular como também a capacidade aeróbia, diminuição da depressão e ansiedade (FRANSEN et al., 2003). A alta prevalência da OA de joelho e seu impacto na função e na qualidade de vida mostram a importância de pesquisa sobre estratégias de prevenção e de tratamento para essa condição clínica (CORRÊA, 2005).

Vislumbrando a possibilidade de acompanhar e ofertar cuidado aos usuários com OA de joelhos e levando em conta critérios pré-estabelecidos, os núcleos de Educação Física e Fisioterapia do NASF iniciaram o desenho de uma proposta a ser desenvolvida na perspectiva de um atendimento coletivo junto aos usuários da Unidade em questão. Tal proposta seria pautada nos pressupostos da educação em saúde com foco na integralidade do cuidado, na autonomia e no incentivo ao empoderamento do sujeito, além de oportunizar a troca de saberes entre todos os participantes e os profissionais de saúde. A educação em saúde como forma específica de intervenção configurou-se ao longo do tempo como uma dimensão da

política de saúde do Estado, no sentido de contribuir para que as ações de controle e prevenções de patologias e/ou agravos à saúde fossem mais confiáveis e tivessem a adesão da população - aproximando a forma de vida das pessoas, tornando as relações mais solidárias e efetivas entre comunidade e área técnica, e abrindo espaços de comunicação (ASSIS, 1998). Pretende-se, portanto, que este relato possa contribuir efetivamente com informações relevantes quanto à utilização do atendimento coletivo como possibilidade estratégica e proposta terapêutica não-convencional, valorizando os possíveis ganhos que podem advir desta prática para todos os envolvidos no processo. Desta forma, o trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma profissional do NASF com a orientação do atendimento coletivo a usuários com quadro de osteoartrose de joelho pertencentes à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, no município de Camaçari-BA.

2. METODOLOGIA

Esse estudo foi construído dentro de uma abordagem qualitativa na qual a análise dos dados observados e a vivência do processo foram as fontes diretas. Trata-se de um relato de experiência referente ao atendimento coletivo ofertado a usuários com osteoartrose de joelho, desenvolvido pelos núcleos de Educação Física e Fisioterapia em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no município de Camaçari-BA, no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no período compreendido entre os meses de janeiro e abril de 2016.

O atendimento coletivo teve duração de 12 sessões/encontros de aproximadamente uma hora com frequência de duas vezes por semana, totalizando um período de um mês e duas semanas. A metodologia do tratamento utilizada nos atendimentos baseou-se em fortalecimento muscular por meio de exercícios isométricos resistidos e alongamentos passivos e ativos, além de roda de conversa desenvolvida com temas sugeridos pelos participantes.

Os critérios de inclusão foram:

- Exame radiológico e laudo médico com diagnóstico de osteoartrose;
- Usuários que pertenciam à "Equipe 2" da USF;
- Usuários com autonomia reduzida para atividades que exijam movimentos de sentar e levantar;
- IMC (índice de massa corpórea) abaixo de 35 (obesidade grau II).

Após a divulgação e seleção prévia feita pelos ACS compareceram 6 usuários, porém apenas 4 se encaixaram nos critérios de inclusão.

No primeiro encontro foi realizada uma anamnese individual por meio de um instrumento elaborado pela equipe para este fim (Anexo 1) contendo: identificação dos dados pessoais, avaliação clínica, histórico de queixas e práticas corporais, outras patologias, uso de medicação, índice de massa corporal (IMC), testes realizados e observações finais. O mesmo instrumento foi utilizado para o momento de reavaliação no momento da realização do último encontro do grupo no atendimento coletivo.

No atendimento inicial, assim como na reavaliação final, foram realizados os seguintes testes específicos:

- **Grau de força muscular utilizando a escala MRC** (Medical Research

Council) dos músculos extensores de joelho, flexores de joelho, adutores, abdutores, flexores plantares e extensores do pé.

- **Teste de "sentar e alcançar"** proposto por Wells (modificado), fornecendo um indicativo da flexibilidade da articulação coxofemoral em centímetros.

- **Escala visual analógica (EVA):** usado para auxiliar na aferição da intensidade da dor em cada usuário.

Outra forma de registro utilizado para a construção deste relato de experiência foi o livro pessoal de registros produzido pela autora, contendo as impressões observadas e as evoluções verificadas a cada encontro.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atendimento coletivo é uma importante ferramenta para romper com o paradigma do modelo assistencial biomédico, fortalecendo uma assistência humanizada em espaço socializador, acolhedor, no qual o sujeito com suas experiências é o protagonista do cuidado. Além disso, o trabalho em grupo torna-se o ambiente mais rico para participação e produção coletiva do conhecimento dos profissionais envolvidos, reforçando a relevância de vivências coletivas entre os núcleos de conhecimento da Educação Física e da Fisioterapia.

A Estratégia de Saúde da Família possui equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente. Desta forma, o espaço físico deixa de ser somente um espaço político-operativo do sistema de saúde e torna-se um campo no qual existe uma interação da população com os serviços oferecidos no âmbito local, sendo esta uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, constituindo, portanto, um perfil geométrico, epidemiológico, administrativo, demográfico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território desafiador em permanente construção (MONKEN, 2005; BARBOSA, 2008). Assim, as atribuições dos profissionais envolvidos vão desde ações de promoção da saúde, assistência à reabilitação, prevenção de doenças, até tratamentos específicos, realizando ações coletivas e/ou individuais na unidade ou em domicílio - sendo a população idosa uma de suas prioridades (BRASIL, 2008).

A atuação do profissional de educação física tem como diretrizes: prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo. Deve, portanto, estar capacitado para o trabalho em equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além das práticas de diagnóstico, planejamento e intervenção específicas do campo das práticas corporais e atividades físicas (BILIBIO, 2007).

Desta forma, a partir da existência de uma agente comunitária de saúde (ACS) com Osteoartrose e pela percepção da frequente queixa de dores no joelho nos usuários do território a educadora física (responsável pelo relato) e a fisioterapeuta da Unidade de Saúde realizaram o planejamento do atendimento coletivo. Embora a osteoartrose seja comumente observada em indivíduos idosos, os usuários da localidade não possuíam acompanhamento específico ou tratamento multidisciplinar para a patologia, faziam uso apenas de medicamentos para crises de dor, além de não possuírem conhecimento acerca de atividades físicas que poderiam ser realizadas como preventivas ou complementares aos medicamentos.

O relato de experiência demonstra, portanto, a importância do profissional de Educação Física no cuidado dos pacientes da referida USF, assim como a evolução de cada participante. A fase do planejamento das ações ocorreu durante, aproximadamente, dois meses antes do início das atividades, e somou-se aos encontros que tiveram duração total de um mês e meio, detalhados a seguir na Tabela 1:

Tabela 1. Metodologia detalhada do atendimento coletivo

	Tema roda de conversa	Atividade prática desenvolvida	Potencialidade para o tratamento	Fragilidade para o tratamento
1° Encontro	Avaliação inicial	Teste de força em membros inferiores; Teste de sentar e alcançar (modificado); EVA	Disponibilidade para dois dias de atendimento coletivo por semana	5 usuários avaliados; 4 se encaixaram no perfil; 1 não conseguiu realizar o teste de sentar e alcançar; todas apresentaram mais de uma patologia.
2° Encontro	Sintomas e fisiopatologia	Alongamento geral passivo em posição sentada; exercícios em ortostase para panturrilha e músculo posterior da coxa.	Avaliação positiva do encontro; atividades desenvolvidas no auditório	Desistência de uma usuária
3° Encontro	Orientações quanto a postura nas atividades domésticas	Mobilização unilateral de joelho em posição sentada e bilateral com isometria; alongamentos; FNP	Início da integração entre usuários participantes	Uma usuária precisou usar a maca para fazer os exercícios por dificuldade de sentar ao chão
4° Encontro	Uso de calçados apropriados	Alongamento inicial e final passivo em ortostase; fortalecimento MMII e decúbito dorsal; uso de bola e mini band	Melhoras de dores e disposição para as atividades domésticas	Ausência justificada de uma participante
5° Encontro	Uso de compressa de água quente e gelo	Exercícios para MMII específicos para cada usuário; alongamento passivo com técnica de manipulação da patela e massagem atrás do joelho	Relato de melhora nas atividades diárias	Ausência justificada de uma participante

6º Encontro	Como carregar peso e compras de mercado de forma mais segura	Fortalecimento de quadríceps e isquiotibiais; exercícios isométricos; alongamento passivo da cadeia posterior com a utilização de acessórios	Diminuição de dores e aumento da agilidade	Pacientes relataram que os exercícios estavam mais intensos
7º Encontro	Reforço da importância de fortalecimento e alongamento da musculatura	Exercícios de fortalecimento de MMII com acréscimo de sobrecarga (caneleira) e disco de instabilidade; alongamento ativo	Diminuição do uso de medicação	Ausência de uma participante
8º Encontro	A osteoartrose não tem cura; conscientização da não medicalização	Alongamento passivo; exercícios resistidos; inserção dos agachamentos e maior amplitude no disco de instabilidade	Diminuição de câimbras	Exercícios mais cansativos
9º Encontro	-	Exercícios em decúbito dorsal e lateral para MMII com incremento de exercício para abdômen; alongamento passivo	Maior tempo no alongamento	Realização do encontro em um consultório com espaço reduzido, portanto não houve roda de conversa
10º Encontro	-	Alongamento inicial e final passivo; exercícios de força para MMII	Melhora da funcionalidade	Ainda em consultório com espaço reduzido e sem roda de conversa
11º Encontro	Importância do autocuidado	Alongamento ativo e circuito dividido em 4 estações para MMII	Exercícios mais dinâmicos	Insegurança ao realizar exercícios de equilíbrio
12º Encontro	Reavaliação final; automassagem	Repetição dos testes de força, de sentar e alcançar e EVA	Relatos de melhora da dor, inchaço e funcionalidade; diminuição do uso de medicação para dor	Duas usuárias terão atendimento individual para outras patologias

As rodas de conversa realizadas ao longo dos encontros foram de extrema importância para conhecer cada usuário, suas demandas e expectativas, bem como para acompanhar a evolução e o envolvimento destes no processo de tratamento e na busca pela melhoria dos próprios sintomas. Como trazido por diversos autores (PENNA 2008, BARBOSA 2008,

SCABAR, 2012) e observado na vivência deste atendimento coletivo, o profissional de saúde deve se interessar e conhecer o contexto das experiências de vida de cada usuário, contribuindo para um atendimento integral favorecendo a prevenção e promoção da saúde. Lopes (1999) também relata sobre a importância do investimento em ações educativas, colocando o sujeito participante como centro da atividade e tornando corresponsável pela sua saúde e qualidade de vida.

As diretrizes do NASF para a atuação do profissional de educação física condizem com o perfil profissional proposto: contemplam uma atuação voltada à capacitação da comunidade para melhorar a sua qualidade de vida, considerando as necessidades observadas assim como o contexto cultural. Ademais, favorece a mudança de atitude para a adoção de um estilo de vida saudável a partir da compreensão de seus interesses e vontades numa perspectiva educativa direcionada para a formação de sujeitos críticos, reflexivos e autônomos. Evidencia-se, portanto, a importância do profissional em favorecer no seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presente localmente, bem como as difundidas nacionalmente, evitando estar restrito apenas à teoria dos conteúdos clássicos da Educação Física, pois os resultados da adesão da comunidade corresponderão ao nível de adequação das propostas aos costumes e contexto locais (SCABAR, 2012).

Uma das maiores dificuldades relatadas nos encontros foi fraqueza muscular e diminuição do nível de força nos participantes – justificando, assim, as queixas da perda da autonomia para as atividades domésticas. No estudo de Leveille (2001) foi discutido o desenvolvimento da falta de força física na execução das tarefas diárias por produzirem dor, tão comum nesta patologia. Em pacientes com OA o controle do quadro algico é fundamental podendo significar um aumento da funcionalidade. Desta forma, foi utilizado fortalecimento muscular através de cinesioterapia e exercícios para a diminuição do quadro de fraqueza, conseqüentemente houve a diminuição da dor e aumento da funcionalidade a partir do 4º encontro (Tabela 1).

Com o envelhecimento do indivíduo verifica-se uma diminuição da força muscular do quadríceps, sendo esta uma alteração muito comum em idosos. Essa variação resulta em uma progressiva degeneração da cartilagem articular constituindo um dos grandes fatores de risco para a dor (BRANDT, 2009). Essas características foram amplamente observadas na experiência vivida, sendo relatadas desde o primeiro encontro e avaliação inicial. No estudo de O'Reilly e colaboradores (1998) foi possível perceber a importância da musculatura extensora do quadríceps para atividades como caminhada e subir escadas, e a redução da força

desses músculos afeta diretamente a funcionalidade. A partir do 4º encontro, devido a exercícios realizados direcionados para essa região, já foi possível observar relatos de melhora do quadro álgico em todos os pacientes envolvidos e diminuição do uso de medicação para dor (Tabela 1).

Uma técnica também utilizada nas 10 sessões do atendimento coletivo, por ser observada como a melhor opção para o aumento da qualidade de vida dos usuários, foi a cinesioterapia. Consiste em um conjunto de atividades físicas que pode acelerar a recuperação do indivíduo através de terapia por movimentos. Músculos, articulações, ligamentos, tendões e estruturas do sistemas nervoso central e periférico são estimulados com a finalidade de recuperar ou melhorar o movimento deixando-os livre de sintomas (KISNER & COLBY, 1998).

Gardinier (1995) considera a prescrição de exercícios isométricos (contração muscular, porém sem encurtamento ou movimento gerado) mais segura do que exercícios isotônicos (contração da musculatura juntamente com encurtamento, provocando o movimento) ou isocinéticos (contração muscular e encurtamento em velocidade constante), sendo recomendado a pacientes em fase crônica, respeitando a gravidade da osteoartrose. Tomando esses cuidados optou-se, inicialmente, por exercícios isométricos com aumento gradativo da sobrecarga e posterior inclusão de movimentos. Os alongamentos foram utilizados na fase inicial e final de cada encontro para manter os músculos mais flexíveis preparando-os para as atividades.

Não foi possível determinar qual dos exercícios realizados foi mais eficiente para a melhora do quadro álgico e recuperação da mobilidade dos indivíduos já que ao longo das semanas foram utilizadas diversas técnicas. O que pode ser observado é que o conjunto terapêutico apresentou bons resultados ao longo do tempo sendo uma excelente ferramenta complementar ao tratamento da patologia apresentada. É importante ressaltar que o número de usuários acompanhados ao longo deste trabalho foi pequeno o que reforça a necessidade de ações promovidas por educadores físicos nos territórios tanto para uma maior adesão quanto para uma maior permanência dos indivíduos nos programas de tratamento, já que doenças crônicas precisam de acompanhamento constante.

No decorrer das sessões houve um aumento da interação entre os participantes, o que potencializou as rodas de conversa com a formação do vínculo e a troca de experiências entre todos os envolvidos, caracterizando-se como um espaço privilegiado onde se desenvolvem atitudes que dialogam com princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na experiência vivenciada foram observadas e discutidas diversas possibilidades de contribuições do educador físico no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Podemos destacar a importância do tratamento contínuo e direcionado a cada usuário, das rodas de conversa como metodologia de educação e conscientização, assim como da expertise do profissional de educação física em aplicar exercícios de fortalecimento e alongamento essenciais ao tratamento de enfermidades ósseas e articulares. Desta forma, o serviço ofertado pôde contribuir para a minimização do sofrimento articular dos usuários da USF, ao tempo em que contribuiu para um incremento da qualidade de vida das pessoas.

No NASF, cada profissional deve comprometer-se com o trabalho por meio da sua especialidade e todos devem se comprometer com as propostas de promoção da saúde integral. Assim, a presença do profissional da educação física inserido no serviço de Atenção Básica do SUS é de extrema importância para complementar o quadro geral de cuidado com o indivíduo para a construção de planos terapêuticos e planos de ação voltados para a mudança de estilo de vida do indivíduo.

Essa experiência aponta para a necessidade da inserção de educadores físicos na Estratégia Saúde da Família como parte do trabalho multidisciplinar exigido na Saúde Coletiva, o que traz benefícios para o usuário, para os outros profissionais envolvidos no cuidado e para o próprio profissional da Educação Física que irá enfrentar desafios constantes em sua atuação na saúde pública, ampliando seu conhecimento, num processo constante de aprendizado.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M. **Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação.** Rio de Janeiro, 1998, pp. 3-30. (Série Estudos em Saúde Coletiva nº 169, Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social).

BARBOSA, E.G et al. Relatório de Gestão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares: [s.n.]; 2008.

BILIBIO, L. F, CECCIM, R. B. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B., WACHS, F., organizadores. **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.** Porto Alegre: UFRGS; 2007.

BRANDT, K.D., DIEPPE, P., RADIN, E. Etiopathogenesis of osteoarthritis. **Medical Clinics of North America**, v. 93, p.1-24, 2009.

BRASIL, Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Legislação Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 59 p.

CAMAÇARI. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Camaçari: SMS, 2014. p. 01 a 154.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolve Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998. Brasília, p. 164.

CORRÊA D. F. G. **Nível funcional de pacientes com osteoartrite de joelho com indicador de objetivos terapêuticos**. 2005. Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

FRANSEN, M., MCCONNELL, S., BELL, M. Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2003.

GARDINER, D. **Manual de terapia por exercícios**. Santos, São Paulo, 1995.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e Técnicas**. 3 ed. Barueri: Manole, 1998.

LEVEILLE, S.G. et al. Widespread musculoskeletal pain and the progression of disability in older disabled women. **Annals of Internal Medicine**, v. 135, p. 1038-46, 2001.

MARX, F.C. et al. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 253-60, Agosto. 2006.

MATTA, G. C., MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, p. 23-28, EPSJV, FIOCRUZ, 2007.

MOHAMMADI, F. et al. Proprioception, dynamic balance and maximal quadriceps strength in females with knee osteoarthritis and normal control subjects. **International Journal of Rheumatic Diseases**. Iran, v. 11, p. 39-44, Abril, 2008.

MONKEN, M, BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**. Minas Gerais, v. 3, p. 898-906, 2005.

O'REILLY, S.C., JONES, A., MUIR K. R., Doherty, M. Quadriceps weakness in knee osteoarthritis: the effect on pain and disability. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 57, p. 588-94, 1998.

PENNA, L. H. G. et al. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 16, n. 1, p. 158-160, Ribeirão Preto, 2008.

SATO, E. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: Reumatologia**. 2. ed. São Paulo 535p, 2010.

SCABAR, T. G., et. al. 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. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 4, p. 411-418, São Paulo, 2012.

6. ANEXO 1 – Instrumento de anamnese do atendimento coletivo

ATENDIMENTO COLETIVO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de Nasc.: __/__/__

Estado Civil: _____ Tel.: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

N. prontuário: _____ ACS: _____

Nº cartão do SUS: _____

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico clínico: _____

Exames de imagem: _____

Queixa principal: _____

Outras queixas: _____

Medicamentos em uso: _____

() Hipertensão () Diabetes () Osteoporose () Outra _____

Pratica exercício físico: _____

EVA: _____



3. EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Grau de força muscular (0 1 2 3 4 5):

	Direito	Esquerdo
Extensores de joelho		
Flexores de joelho		
Adutores		
Abdutores		
Flexores plantares		
Extensores de pé		

Medical Research Council	
0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

4. TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR MODIFICADO

5. OBSERVAÇÕES:
