

Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário

I¹ Elaine Toledo Pitanga Fernandes, ² Melissa Nathielle de Lima Souza,

³ Suely Maria Rodrigues I

Resumo: Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com o objetivo de conhecer a percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação às práticas de grupo desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A amostra foi constituída por 27 indivíduos participantes das atividades de grupo desenvolvidas em cinco ESFs apoiadas por uma equipe do NASF do município estudado. Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzidas com base em um roteiro semiestruturado versando sobre os temas: conhecimento das atividades desenvolvidas pelo NASF; características das atividades; benefícios advindos da participação nas atividades de grupo; tempo de participação; periodicidade da atividade; e relação com os profissionais. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, de Bardin. A maioria dos entrevistados se mostrou satisfeita com a acessibilidade ao serviço e os resultados advindos da participação nas práticas de grupo, motivados pelos benefícios terapêuticos e sociais. Pode-se concluir que os usuários possuem uma percepção positiva em relação às práticas de grupo oferecidas pelo NASF, destacando os resultados terapêuticos satisfatórios, criação de vínculos afetivos, proporcionando o fortalecimento das relações interpessoais, bem-estar e melhoria na qualidade de vida.

► **Palavras-chave:** avaliação de serviços de saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

¹ Universidade Vale do Rio Doce, Odontologia. Governador Valadares-MG, Brasil (elainepitanga@datapoint.inf.br). ORCID: 0000-0002-2612-3995

² Universidade Vale do Rio Doce, Enfermagem. Governador Valadares-MG, Brasil (melissamaty10@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-4885-2451

³ Universidade Vale do Rio Doce, Odontologia. Governador Valadares-MG, Brasil (suely.rodrigues@univale.br). ORCID: 0000-0002-2155-6564

Recebido em: 14/11/2018
Aprovado em: 16/11/2018
Revisado em: 26/02/2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>

Introdução

Após a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde no Brasil, as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse nível de atenção têm buscado o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde. A implantação das atividades multiprofissionais e não médicas no âmbito da atenção primária tiveram início em 2005, objetivando o alcance da integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, construindo de forma coletiva práticas de saúde baseadas na identificação do perfil de uma comunidade (BRASIL, 2008).

Nessa visão integral, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações das equipes que atuam na ESF (BRASIL, 2008), bem como otimizar o processo do cuidar (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Seu propósito é oferecer ações de promoção e atenção à saúde da comunidade, cooperando com as ações das ESF, atuando em suas especificidades para integralizar a ação das equipes de Saúde da Família a que se vinculam (BRASIL, 2008). Constituídos por uma equipe multiprofissional, composta por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, busca operar de maneira integrada o cuidar, apoiando os profissionais das ESF e das Equipes de Atenção Básica (EAB), por meio de projetos e atendimentos terapêuticos que envolvam a comunidade (FLORINDO, 2009).

A proposta do NASF tem, portanto, na clínica ampliada o conceito norteador das ações. Objetiva não reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (OLIVEIRA, 2008).

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. As ações são realizadas por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários, que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Para

tanto, são oferecidas atividades multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários.

Uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações multiprofissionais são as práticas de grupo. Segundo Silva et al. (2003), as atividades de grupo podem ser consideradas um importante recurso para a assistência em saúde, podendo contribuir para possibilitar mudanças no modo como o ser humano compreende e se responsabiliza por sua saúde, melhorar sua qualidade de vida e ampliar a efetividade das relações entre os usuários e as unidades de saúde.

Segundo Rases e Rocha (2010), no Brasil as práticas grupais vêm sendo utilizadas em diversas áreas da saúde no SUS, principalmente na Atenção Básica. Essas práticas estão em conformidade com as diretrizes do SUS e seus princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção e controle social. Consideram que tais práticas podem contribuir para a democratização do acesso à saúde no país, permitindo a participação da comunidade em sua atenção integral, de acordo com suas necessidades específicas e a variabilidade de crenças, costumes e na própria gestão dos serviços.

Considerando que a oferta de ações multiprofissionais desenvolvidas pelo NASF e a incorporação desses profissionais é uma prática inovadora dentro das ações de atenção primária à saúde tradicionalmente realizadas no país, é importante conhecer como os usuários dessas práticas percebem esta proposta. Assim, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos usuários da ESF em relação às práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera informações ricas e detalhadas, que possibilita manter intactas as perspectivas dos participantes, possibilitando uma compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto, responde a questões específicas (MINAYO, 2014). A pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares, situado no leste do estado de Minas Gerais com população de 276.995 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,727 (IBGE, 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado neste município em junho de 2008, através da portaria nº 1.616. À época da realização deste estudo (2016), o município possuía oito equipes do NASF com seis áreas profissionais

de atuação: nutricionista (2), fisioterapeuta (4), farmacêutico (3), assistente social (4), educador físico (4) e psicólogo (4), totalizando 21 profissionais atendendo a 35 equipes. Cada equipe apoiava em média cinco ESFs.

O NASF neste município desenvolve diversas práticas de grupo voltadas para a prevenção e promoção da saúde, contemplando ações como: hidroginástica, caminhadas orientadas, alongamentos, ginástica localizada, ginástica aeróbica, zumba, treinamento funcional, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de homens, grupos de saúde mental, grupos de emagrecimento e orientação nutricional, grupos de artesanato/geração de renda, auriculoterapia. Algumas destas atividades são desenvolvidas na própria unidade da ESF assistida; outras em áreas públicas (praças) e também em espaços cedidos pela comunidade (igrejas, quadras das escolas, clubes).

O universo da amostra foi constituído pelos usuários assistidos por uma das oito equipes do NASF atuantes em Governador Valadares. A escolha deste NASF se baseou na atuação da equipe no município, desde sua implantação em 2008, por apresentar maior número de usuários inseridos nas atividades multidisciplinares e com vínculo consolidado com as comunidades assistidas.

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários cadastrados nas ESFs assistidas pelo NASF escolhido. Os critérios utilizados para inclusão na amostra foram: indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, que participavam há pelo menos seis meses em um dos grupos de atividades, se dispusessem a participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a seleção dos sujeitos, o pesquisador consultou os profissionais do NASF responsáveis pelos grupos. Estes indicaram os usuários que eram mais assíduos nos grupos e que possivelmente se interessariam em participar da pesquisa. Aqueles sujeitos que aceitaram foram incluídos na amostra. Sendo assim, participaram do estudo 27 usuários, que integravam os diversos grupos de atividades desenvolvidas em cinco ESFs apoiadas pela equipe do NASF escolhida para o estudo.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Além de uma breve caracterização sociodemográfica dos usuários, o roteiro de entrevista versou sobre os seguintes temas: conhecimento das atividades desenvolvidas pelo NASF, características das atividades, benefícios advindos da participação nas atividades de grupo, tempo de participação, periodicidade da atividade e relação com os profissionais.

Visando testar o roteiro de entrevista e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados sete usuários participantes de grupos ofertados pelo NASF em estudo, porém estes não foram incluídos no estudo principal. O projeto piloto permitiu avaliar e adequar o roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo. Os dados trabalhados neste estudo foram coletados no período de setembro a outubro de 2016.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, individualmente, no mesmo local em que as práticas de grupo ocorriam. Dentro do possível, buscava-se uma área reservada visando a maior privacidade e sigilo das informações, bem como objetivando não interferir na rotina das atividades. Os usuários foram abordados antes do início das práticas, e quando concordavam em participar, a entrevista era agendada conforme sua disponibilidade. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas imediatamente pelos pesquisadores.

Para a apuração dos discursos dos participantes, foi utilizada a técnica de “análise de conteúdo”, proposta por Bardin (2009). As informações obtidas a partir das gravações foram transcritas imediatamente pelo pesquisador. Após leitura exaustiva do material transcrito, foram estabelecidas cinco categorias emergentes das falas: (Re)conhecendo as práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF; Motivação, satisfação; Vínculo; Acesso às atividades; e Divulgação das atividades do NASF. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando-se o caráter espontâneo dos discursos; e tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra “E”, acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas.

O presente estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), sob número 569.152. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos da pesquisa e esclarecendo sobre seus direitos.

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados se referem à análise de 27 entrevistas. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, casada e com ensino fundamental incompleto. De acordo com Lima et al. (2011), o predomínio de mulheres participantes nas

práticas de grupo pode se ocorrer por sua maior inclinação ao autocuidado, assim como melhor percepção do estado de saúde-doença, ao buscar com mais frequência auxílio para si e seu lar.

A faixa etária dos usuários variou entre 36 e 82 anos, com média de 59,1 anos ($\pm 13,1$). À época do estudo, grande parte deles encontrava-se desempregada, e havia também elevado número de aposentados. Acredita-se que este perfil também possa ter possibilitado a participação desses usuários nos diferentes grupos ofertados pelo NASF.

Os resultados serão apresentados e discutidos pelas categorias identificadas nas entrevistas analisadas.

(Re) conhecendo as práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF

Nesta categoria, buscou-se identificar o conhecimento dos usuários em relação às práticas de grupos ofertadas pelo NASF. Evidenciou-se o predominante desconhecimento dos usuários. Além de desconhecerem a sigla NASF e/ou seu significado, não associaram as práticas de grupo das quais participam a este Núcleo.

Totalmente não. Tô ouvindo agora você falar de NASF. (E11)

Não. Já ouvi o nome, mas não tá vindo na cabeça. (E3)

O NASF pelo que conheço é um programa pra cuidar da saúde dos velhos, né? (E8)

Além disso, a maioria dos entrevistados atribuiu a responsabilidade pela oferta das atividades dos grupos a algum órgão público, como governo, prefeitura, município, SUS, ou ao próprio profissional que conduz a atividade.

Acho que é o governo, né? (E8)

Eu acho que é a prefeitura. (E14)

Só pode ser o chefe da saúde pública, né? (E18)

Oh, o grupo aqui, o responsável pelo grupo é a fulana [profissional que conduz as práticas] e, portanto, ela trata a gente muito bem [...]. (E15)

A partir desses relatos, evidenciou-se que o NASF não foi reconhecido pelos participantes dos grupos como um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado, a resolutividade da atenção primária à saúde e também do SUS. Percebeu-se também uma atribuição equivocada aos responsáveis pelas atividades práticas ofertadas pelo NASF. Dados semelhantes foram encontrados por

Souza et al. (2013), em estudo realizado em município de médio porte de Minas Gérias, que analisou a percepção das usuárias em relação às atividades desenvolvidas pelo NASF. Os depoimentos evidenciaram a desvinculação, para as usuárias, entre as ações do NASF e as ofertas do SUS. Em ambos os estudos, fica evidente a desinformação dos usuários.

A falha na vinculação das práticas de grupo ao NASF sinaliza uma possível desatenção na divulgação do programa pelos componentes das equipes de saúde, o que pode estar relacionado à incorporação relativamente recente do NASF à ESF. Outro fator que pode favorecer o desconhecimento é a baixa escolaridade dos participantes. A maioria dos entrevistados declarou possuir ensino fundamental incompleto, o que pode acarretar a dificuldade de entendimento sobre as informações fornecidas. Neste estudo, como se trata de uma população adulta, não se pode esperar que haja modificação dessa variável. Portanto, essa situação acarreta desafios para a equipe do NASF quanto às estratégias a serem utilizadas em ações que modifiquem tal realidade.

De acordo com Rodrigues et al. (2012), o baixo nível de escolaridade é uma das características predominantes na população atendida pelos serviços públicos de saúde. Este dado pode limitar a compreensão das informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como a compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento. Segundo Soratto, Witt e Faria (2010), a falta de informação pode ser considerada um nó crítico para o exercício pleno da cidadania e do controle social, um dos princípios do SUS. Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), desconhecer as ações que o SUS realiza pode repercutir na falta de fiscalização e mobilização por melhorias dos serviços ofertados, em função do desconhecimento de seus direitos, dificultando a participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado.

Observou-se, no presente estudo, que a falta de conhecimento dos usuários sobre o NASF e suas atividades não impediu a participação dos mesmos. Resultados parecidos foram encontrados no estudo realizado por Araújo (2014). No entanto, esse autor considera que, no decorrer do tempo, tal desconhecimento pode comprometer a articulação de uma proposta de corresponsabilização do cuidado em saúde entre as equipes da atenção básica e a população.

Considerando que as ações de promoção de saúde devem ser a base das atividades da Atenção Básica em saúde, faz-se importante a mobilização dos gestores e profissionais para maior divulgação desse programa, visando à ampla participação da comunidade e aumento da cobertura.

Motivação, satisfação

Em relação à motivação para participação nas atividades de grupo ofertadas pelo NASF, evidenciou-se que a busca pela melhoria da saúde e convívio social foram os fatores mais citados:

[...] é por causa que eu sentia muita dor, né. Dor na coluna, dor de cabeça [...] (E1)

Motivo de saúde, minha saúde tava ruim. [...] e eu estava precisando de uma coisa assim sabe, para distrair um pouco a cabeça. (E8)

Então eu entrei pra ter uma qualidade de vida melhor. (E5)

[...] eu estava um pouco abatida [...] (E7)

A saúde continua sendo uma questão importante na busca de melhor qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, conforme os depoimentos, percebeu-se que os usuários, em sua maioria, procuraram o serviço não para prevenção e promoção da saúde. Evidenciou-se que a motivação declarada para participação nos grupos foi a presença de uma patologia já instalada (“dor na coluna, dor de cabeça, artrose, veia entupida, esquizofrenia, depressão”, entre outros.) demonstrando uma causalidade reversa. Faz-se necessário maior investimento em atividades de educação em saúde fundamentadas no princípio da autonomia, capacitando os usuários a diagnosticar precocemente os agravos em saúde; precisa-se romper com o paradigma do modelo biomédico centrado na doença. Segundo Loch, Rodrigues, Teixeira (2013), o trabalho dos profissionais da atenção básica, além de integral, deve ser baseado na promoção e prevenção buscando ações preventivas, a fim de controlar e evitar os agravos à comunidade.

A satisfação pode ser considerada uma expressão do contentamento de um indivíduo em relação a uma situação, serviço ou com outros indivíduos. Um indivíduo é satisfeito quando sua expectativa é alcançada. Portanto, a satisfação não é um ponto fixo para a população, ela pode ser diferente para cada indivíduo (CARVALHO; PEDROSA, 2015). O conceito de satisfação dos usuários está relacionado intimamente à qualidade do serviço ofertado à população. Assim, com o intuito de aperfeiçoar os

serviços de saúde, é importante que se investigue sobre a satisfação daqueles que usufruem de tais serviços (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014).

Em relação à satisfação e benefícios advindos na participação dos grupos, a diminuição de dores físicas/bem-estar foi um dos fatores mais mencionados pelos usuários.

A respeito das dores por exemplo, as vezes eu saia de casa e falava: nossa, meu joelho está doendo tanto hoje, acho que não vou lá não. Aí você chega lá, faz a ginástica toda e volta sem uma dor para casa, aí sabe, é incrível” (E5)

Às vezes eu venho com dor, saio daqui sem sentir dor. E assim a ginástica ajuda totalmente a mente, né? (E6)

[...] aí eu parei um pouco com os remédio por causa que alivia né as dores. (E1)

Acabou a dor de cabeça e diminuiu a quantidade de medicamento. (E2)

[...] eu não conseguia dormir nem mexer com esse braço, hoje eu já durmo tranquilo. Não tenho mais problema no braço. (E4)

Esses relatos evidenciam que houve diminuição das dores físicas e do uso de medicamentos para alívio das mesmas, resultando na melhoria da qualidade de vida e na capacidade funcional dos indivíduos. Achados semelhantes foram observados em estudo desenvolvido por Friedrich et al. (2018), com objetivo de compreender as motivações para o desenvolvimento e manutenção de ações grupais na Atenção Básica na percepção de usuários e profissionais de um município do Sul do Brasil. Observou-se melhora em aspectos relacionados à dor e diminuição da medicação para esta, com impacto na qualidade de vida, nas atividades de vida diária (AVDs) e na qualidade do sono.

Vínculo

Além do alívio das dores, o vínculo afetivo foi citado como fator de satisfação dos usuários em relação à participação nas práticas de grupos. Na maioria dos depoimentos, esse sentimento foi evidenciado pela amizade construída ao longo da participação nas práticas, tanto dos participantes entre si, como destes com os profissionais que as conduziam.

Pra mim foi muito bom, trouxe alegria, prazer e melhoria na minha saúde. (E8)

Ah, muda sim, mais amizades, né? Tudo. Muito bom. (E16)

Você entra de um jeito e sai de outro. A gente faz amizade, arruma colegas... (E9)

Ah, eu gostei, né? Das atividades muito boa [...] também, quando reúne, faz as festinhas, né? Que a gente faz aí. É muito bom. (E13)

Para Pichon-Rivière (2005), os vínculos e trocas de experiências proporcionadas pela participação nos grupos operativos mostram resultados positivos para os usuários, motivados por objetivos em comum, como doenças já instaladas ou a socialização, pelo fato de que a participação permite que o usuário conheça mais de si e do outro durante as atividades.

Após análise dos resultados deste estudo, percebeu-se que os grupos constituem espaços de aprendizagem, convivência e socialização, conforme evidenciado nas entrevistas. Esse processo grupal permite uma rica troca de experiências e transformações subjetivas não alcançadas em um atendimento individualizado, o que se deve à singularidade dos integrantes que compõem os grupos, tornando variadas as trocas de conhecimento durante sua realização (RASERA; ROCHA, 2010).

Eu acho bom, ela [profissional que conduz as práticas] vem, conversa com a gente e isso ajuda também, né. (E1) *(profissional que conduz a atividade)

[...] ela trata a gente muito bem. (E2)

Às vezes a gente chega meio estressado, aí parece que ela percebe e ela vai meio que tranquilizando a gente... (E3)

A criação de vínculos entre usuários e profissional compreende a integralidade do cuidado, visto que saúde não se define por um desarranjo no estado saúde-doença de um indivíduo ou uma população. A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz diferença na realização das práticas e ações de saúde, já que consiste em uma relação de respeito mútuo necessária para o desenvolvimento do trabalho (MEDEIROS et al., 2010).

A satisfação é considerada um processo que exige a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma favorável relação paciente profissional/equipe de saúde. Está diretamente relacionada à adesão terapêutica aos resultados dos cuidados, influenciando comportamentos de saúde e doença (CROW et al., 2002; ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009). Segundo Bittar e Lima (2011), a satisfação dos usuários está relacionada à possibilidade da quebra das relações verticais entre o profissional de saúde e o indivíduo, facilitando a expressão individual e coletiva das necessidades, circunstâncias e expectativas de vida que influenciam na saúde do sujeito ou de uma comunidade.

Conforme evidenciado nas falas, o vínculo baseado em uma relação horizontal entre os sujeitos e o profissional foi importante motivo de satisfação e permanência destes no grupo. Segundo Friedrich et al. (2018), a valorização do outro como sujeito ativo é fundamental para a efetivação dos objetivos das ações desenvolvidas em âmbito coletivo. No estudo de Neto e Kind (2010), o clima menos formal e mais afetivo, promovido pelo dispositivo “práticas de grupo” foi apontado como fator facilitador de mudanças nos modos de viver dos usuários. Na presente pesquisa, também se notou essa mudança, expressa pelas narrativas dos participantes:

[...] trouxe alegria, prazer [...] (E8)

Você entra de um jeito e sai de outro [...] (E9).

A percepção positiva dos usuários acerca das práticas do NASF evidencia a potencialidade das ações dos grupos, suprindo as expectativas e necessidades do usuário, expressas no acolhimento, vínculo e terapêutica. O modelo de didática horizontal, utilizado em tais práticas, possibilita a incorporação de saberes, tornando o indivíduo um agente ativo e responsável pela mudança de hábitos.

Segundo Corrêa (2013), a participação em atividades de grupo pode possibilitar aos usuários agir sobre a realidade, transformando-a juntamente com profissionais de saúde e outros atores sociais mobilizados para a construção coletiva da saúde. Dessa maneira, o impacto das ações de saúde adquire um caráter social, ganha significado e se torna significativo para todos os envolvidos.

Acesso às atividades

Para Donabedian (2003), acessibilidade possui duas dimensões: uma geográfica e outra sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Em relação à acessibilidade geográfica às atividades promovidas pelo NASF, observou-se que a maior parte dos entrevistados apontou aspectos facilitadores como: proximidade da moradia com o local de realização do grupo, rapidez do transporte público até o local, processo de trabalho flexível, horário compatível com a rotina diária.

Eu gasto uns 10 a 15 minutos. Venho a pé mesmo, minha casa é perto daqui. (E3)

Eu vou a pé, uns 10 min até a quadra. E para a piscina eu vou de ônibus, uns 10 minutos. (E9).

Grande parte dos entrevistados possui residência próxima à unidade de saúde em que são cadastrados, ou seja, as unidades estão localizadas no território onde essas famílias residem. A locomoção é feita a pé ou de ônibus, no caso de atividades realizadas fora do estabelecimento de saúde. Acredita-se que o acesso à unidade de saúde próxima do local de moradia do usuário permitiu melhor adesão às atividades propostas, visto sua facilidade em buscar a resolutividade na atenção do cuidado em saúde.

Acredita-se que o simples fato de realizar as atividades de grupo próximo da comunidade favorece sua participação. As barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços, pois quanto menos especializados, mais próximos estão da população. Para Moraes, Campos e Brandao (2014), a proximidade dos serviços de saúde com o local de moradia dos usuários é um importante componente do acesso. Além da barreira geográfica, devem-se eliminar barreiras administrativas, e a unidade de Atenção Básica deve organizar o fluxo na busca coordenada pela ESF, ofertando ao usuário a melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade da comunidade.

Segundo Souza et al. (2008), o acesso e o acolhimento estruturam-se e complementam-se na implementação de práticas em serviços de saúde, na concepção do cuidado integral, visando ao acolhimento, portanto, como um dispositivo eficiente na atenção ao acesso da população as ofertas práticas de saúde. Na percepção dos participantes, não existem barreiras de acessibilidade geográfica que se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo. No entanto, sabe-se que a acessibilidade vai além da proximidade das ESF, é também a vinculação dos profissionais que a compõem com a comunidade, tornando o acesso livre e facilitado para os usuários.

Cabe destacar, conforme os relatos, que o vínculo profissional/usuário foi percebido/destacado nas categorias anteriores. Para tanto, a acessibilidade deve ser a organização de medidas voltadas para a melhoria do acesso e acolhimento, o que tende à redução dos obstáculos e barreiras, facilitando a utilização dos serviços pelos usuários. Os participantes demonstraram facilidade no acesso aos serviços de saúde em relação aos horários de realização das práticas, contribuindo para adesão e participação regular nas atividades propostas pelo NASF.

Dá certo, dá certo. Na parte da manhã é bom, né? Que a gente vem e o resto da tarde a gente tá liberado para fazer as coisas que tem que fazer. (E13)

Os horários é bom, é bom, viu? Eu gosto dos horários, entendeu? Hoje, pelo menos, nós estamos agora de tarde, quarta-feira é de manhã, entendeu? Os horários eu acho bom. (E18)

Ao propor a facilidade do acesso à realização das práticas de grupos do NASF, é também necessário que os horários de realização dessas atividades sejam compatíveis com a rotina diária dos usuários e proporcionem garantia da flexibilidade. Essa ocorrência permite aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, ocasionando um provável sucesso na promoção, recuperação da saúde e o comprometimento maior dos usuários participantes.

Para Norman e Tesser (2015), a organização do processo de trabalho na ESF deve ter como meta a atenção aos indivíduos, por meio de um acesso facilitado, ao cuidado qualificado, longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção.

Divulgação das atividades do NASF

A partir dos relatos, evidenciou-se que os usuários chegam aos grupos por vários caminhos. A maior parte dos usuários declarou ter conhecimento das práticas grupais das quais participam, através dos próprios profissionais de saúde da ESF. Outros citaram vizinhos, parentes e amigos que já participavam das atividades.

Através aqui do posto também. Por causa do problema meu de saúde, alongamento, por causa da coluna né. (E3)

Eu fui indicada pelo médico, né? Por causa do meu problema de coluna... (E13)

Eu tive uma queixa e a enfermeira do posto me encaminhou... (E6)

A menina do posto (ACS) foi lá em casa me chamar... (E9)

Os discursos denotaram que a maioria dos participantes dos grupos foram indicados pelos profissionais da ESF, a partir de uma queixa primária de saúde ou estado emocional. Assim, neste estudo, conforme preconizado pelo SUS e visando à integralidade das ações de saúde, as ESFs funcionaram como porta de entrada para outros serviços de saúde prestados para a comunidade, evidenciando correto fluxo de encaminhamento.

Em pesquisa realizada por Tahan e Carvalho (2010) com idosos participantes de grupos de promoção à saúde, os profissionais da ESF também foram evidenciados

como fortes auxiliares na formação de uma rede de apoio social, provendo integração da comunidade com os serviços de saúde. Tal atitude foi capaz de promover atenção integral, equitativa e resolutiva de acordo com os princípios do SUS.

Apesar de as diretrizes do NASF enfatizarem que esse programa não deveria ser a porta de entrada para as ações de promoção e educação em saúde, alguns usuários relataram ter iniciado sua participação através de um membro do grupo.

É... uma vizinha me chamou, entendeu? Uma vizinha me chamou, disse que era muito bom e eu fui. (E15)

Pela minha esposa que já participava, né? E me trouxe praqui, eu fiquei gostando. (E17)

A divulgação “boca-a-boca” feita pelos próprios usuários também foi descrita no estudo de Ferreira Neto e Kind (2010), após analisarem as práticas de grupo desenvolvidas por ESFs em Belo Horizonte-MG. O diálogo entre os iguais, ou seja, a constituição de linha participativa, estabelece o princípio da educação pelos pares. Segundo Backett-Milburn e Wilson (2000), essa modalidade de educação é considerada uma estratégia frequentemente utilizada para responder a uma variedade de questões envolvidas na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos comportamentos de risco.

Apesar de este fluxo não ser o ideal, uma vez que fragmenta o processo de intervenção, tal fato denota que a adesão a esses grupos de atividades é crescente e sua importância é cada vez mais reconhecida por parte dos seus participantes, que até fazem questão de indicá-los para outros indivíduos da comunidade. Para Dias (2006), indivíduos motivados podem desenvolver atividades informais com finalidade de ampliar o conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares (iguais), de forma a incentivá-los e capacitá-los para proteger sua saúde e a das comunidades em que estão inseridos. Os saberes da população se elaboram sobre a experiência concreta, sobre vivências, distintas daquelas do profissional.

Considerações finais

Com base nos resultados da pesquisa, evidenciou-se que os usuários possuem uma percepção positiva em relação às práticas de grupo ofertadas. Apesar da deficiência na vinculação dessas práticas ao NASF, os participantes se sentem motivados a participar das mesmas, recomendando muitas vezes para amigos e familiares. Ficou evidente, a partir dos relatos, que a participação nas práticas de grupo possibilitou

aos usuários novos relacionamentos sociais, criação de vínculos afetivos, além de uma percepção de melhoria na saúde e bem-estar. Como resultado da participação das atividades de grupo, os usuários desenvolveram ou modificaram suas atitudes, adquirindo autonomia no cuidado em saúde.

Os resultados apontaram que o grupo pode ser uma ferramenta importante na manutenção da saúde e na inserção social do indivíduo. Esses achados se refletem numa melhora da qualidade de vida, que repercute não apenas no indivíduo em si, mas também em seus familiares, amigos, no trabalho e na sociedade em geral.

A percepção dos indivíduos sobre o acesso aos locais onde realizavam as práticas também se mostrou positiva, não havendo barreiras que permeiem a oferta de serviço e o atendimento efetivo. Não foram evidenciadas barreiras geográficas e socioeconômicas. O acesso às práticas mostrou-se facilitado conjuntamente com o acolhimento dos profissionais do NASF e ESF. Observou-se que os usuários estão satisfeitos com as atividades de grupo ofertadas pelo NASF e com os profissionais do programa.

Vale ressaltar que a presente pesquisa investigou uma equipe de NASF com práticas grupais consolidadas e, portanto, não reflete necessariamente a realidade de todas as equipes do município do estudo. Não é propósito da pesquisa qualitativa a generalização dos resultados; entretanto, percebe-se que ficou evidente a força do dispositivo “práticas de grupo” ofertada pelo NASF na atenção à saúde, resultando em transformações na vida dos usuários. Tais práticas constituíram um importante meio para a promoção da saúde na atenção básica, impactando positivamente nas condições físicas, sociais e afetivas dos indivíduos, bem como na qualidade de vida.¹

Referências

ALBUQUERQUE, A.B.; DEVEZA, M. Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária a saúde. PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade: Promef-Artmed. Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 41-71, 2009.

ARAÚJO, R.E. *Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): a experiência de Belo Horizonte*. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

BACKETT-MILBURN, K.; WILSON, S. Understanding peer education: insights from a process evaluation. *Health Education Research*, v. 15, n. 1, p. 85-96, 2000.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

- BITTAR, C.; LIMA, L.C.V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. *Revista Kairós: Gerontologia*, [S.I.], v. 14, n. 3, p. 101-118, jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, A.P.; PEDROSA, E.M. Satisfação dos usuários com o acolhimento implantado em uma unidade de saúde da família. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, [S.I.], v. 1, n. 1, p. 37-42, jan-jun. 2015.
- CORRÊA, I.R. O grupo operativo e a promoção de saúde mental para idosos(as). *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 3, n. 2, p. 96-117, jan-jun. 2013.
- CROW, R. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, [S.I.], v. 6, n. 32, p. 1-10, 2002.
- DIAS, S.F. *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006. 59p.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil de onde viemos onde estamos e para onde vamos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Pelotas, v. 14, n. 2, p. 72-73, 2009.
- FRIEDRICH, T.L. et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 373-385, abr. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- LIMA, L.M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011.
- LOCH, M. R.; RODRIGUES, C.G; TEIXEIRA, D.C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens?...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina-PR. *Revista Bras. Ciênc. Esporte*. Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 947-961, dez. 2013.
- MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-413, jun. 2010.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAES, V.D; CAMPOS C.E.A.; BRANDÃO, A.L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da Saúde (CUSC)*. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan-mar. 2010.
- FERREIRA NETO, J.L.F.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1119-1142, 2010.
- NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.
- OLIVEIRA, G.N. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- RASERA, E.F.; ROCHA, R.M.G. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan-mar. 2010.
- RODRIGUES, F.F.L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.
- ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013.
- SILVA, A.L.A.C. et al. Atividades grupais em saúde: características, possibilidades e limites. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 11, p. 18-24, 2003.
- SORATTO, J.; WITT, R.R.; FARIA, E.M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, dez. 2010.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.
- SOUZA, F.L.D et al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, jun. 2013.
- TAHAN, J.; CARVALHO, A.C.D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, dez. 2010.

Nota

¹ E.T.P. Fernandes foi responsável pelo delineamento, análise e interpretação dos dados; concepção e redação do artigo; e aprovação da versão a ser publicada. MN.L. Souza realizou busca bibliográfica, coleta de dados e formatação do artigo. S.M. Rodrigues realizou a análise de dados, revisão crítica e edição final do manuscrito.

Abstract

Group Practices of the Family Health Support Center: users' perspective

This is a qualitative and exploratory research that aims to assess the perception of the users of the Family Health Strategy (FHS) on group practices developed by the Family Health Support Center (FHSC). The sample consisted of 27 individuals participating in group activities, which were developed in five FHSs supported by a FHSC team from the municipality. The data were collected through interviews conducted via a semi-structured script on the topics: knowledge of the activities developed by FHSC; characteristics of activities; benefits arising from participation in group activities; period of participation; frequency of activity; and relationship with professionals. The data were analyzed according to the content analysis by Bardin. The majority of respondents were motivated by therapeutic and social benefits, as well as satisfied with the accessibility to the service and the results achieved through participation in group practices. We concluded that the users have a positive perception of the group practices offered by the FHSC, highlighting the satisfactory therapeutic results, creating affective bonds, providing the strengthening of interpersonal relations, well-being and improving in their quality of life as well.

► **Keywords:** assessment of health services; Family Health Support Center; Family Health Strategies; Primary Health Care.