

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GESTÃO INTEGRADA
DO TERRITÓRIO - GIT

**PRÁTICAS DE GRUPO REALIZADAS NO TERRITÓRIO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção do usuário.**

LÍLIAN COSTA E SILVA

Governador Valadares

2017

LILIAN COSTA E SILVA

**PRÁTICAS DE GRUPO REALIZADAS NO TERRITÓRIO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: percepção do usuário.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para obtenção do título de mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Suelly Maria Rodrigues.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Governador Valadares

2017

AGRADECIMENTOS

É... não foi fácil chegar até aqui. Desde a aprovação no processo seletivo até a etapa final deste Mestrado. Passei por muita coisa, por um caminho grande, mas consegui.

Quero agradecer a Deus, por ter abençoado os meus planos. Sem Ele nada disso estaria se concretizando.

Aos meus pais (Maria das Graças e Antônio) pelo apoio e confiança. Pela educação e valores que me deram. E meus irmãos, pelo cuidado e incentivo.

À meu marido (Getúlio) e minha filha linda (Mirella, amor da minha vida) pela paciência nos momentos de ausência, das noites mal dormidas, do carinho e atenção regradados.

Aos meus amigos do GIT pela ajuda, cooperação, paciência. Em especial, à minha amiga Kelly Cristina (*in memorian*) que perdeu a vida antes completar conosco esta jornada acadêmica.

Aos professores e funcionários do GIT pela solicitude e solidariedade diante das minhas dificuldades.

A minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Suely Maria Rodrigues, por ser um exemplo profissional em minha carreira, pelo apoio e paciência com os meus erros. Pelo estímulo, pelo carinho e confiança.

A minha co-orientadora, Prof^ª Dr^ª Elaine Toledo Pitanga Fernandes, pela confiança e por me deixar participar de um projeto espetacular.

Os meus agradecimentos são para todos que confiaram em mim, desde o início.

Afinal, mesmo “quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens” (Provérbio africano).

Com todos vocês, tenho o prazer de compartilhar esta alegria em vida.

“Não é o mais forte que sobrevive. Nem o mais inteligente. Mas o que melhor se adapta às mudanças”.

Charles Darwin

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação as práticas de grupo desenvolvidas no território do NASF. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa realizada em um município do leste de Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram 27 indivíduos participantes das atividades de grupos desenvolvidas em 5 ESF apoiadas por uma equipe de NASF. Foram selecionados por meio de uma amostra intencional, por conveniência e saturação dos discursos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas individualmente conduzidas com base num roteiro semi-estruturado. A análise foi realizada segundo a técnica “Análise de Conteúdo” de Bardin. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). A percepção emergiu a partir das temáticas ‘conhecimento/entendimento sobre o NASF’ e ‘(Re)conhecimento a respeito das atividades – práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF’, bem como das respectivas categorias: ‘presença/ausência de conhecimento’; ‘motivação/benefícios ofertados’ e ‘acessibilidade’. Observou-se nos resultados que a maioria dos usuários não demonstrou conhecimento sobre o que é o NASF, os tipos de atividades desenvolvidas e desconhecem os responsáveis pelos grupos ofertados. No entanto, o desconhecimento não impediu que os usuários participassem das práticas de grupos ofertadas e adquirissem melhorias em sua qualidade de vida. Percebeu-se que a realização das práticas de grupos proporcionou melhorias no aspecto biopsicossocial do indivíduo com ações voltadas para atender as necessidades do sujeito em sua totalidade, não o dividindo em partes ou sistemas isolados. Para que isso se fizesse importante, a facilidade de acesso ao sistema de saúde foi fundamental pois, os usuários possuem morada próxima da ESF onde as práticas de grupos acontecem. Pôde-se concluir que, as práticas de grupos realizadas pelo NASF geraram percepções positivas aos usuários proporcionando melhorias em sua condição de saúde e possível resolubilidade da assistência ofertada. Estas práticas de grupos funcionaram como uma estratégia na promoção e recuperação da saúde. A busca dos usuários pela realização destas práticas demonstrou o interesse da maioria em sua qualidade de vida o que é facilitado pelo acesso ao sistema de saúde próximo de sua residência.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Práticas de Grupos, Saúde da Família, Percepção do Usuário.

ABSTRACT

This study aimed to know the users' perception of the Family Health Strategy (ESF) in relation to group practices developed in the NASF territory. This is an exploratory, descriptive study of a qualitative approach carried out in a municipality in the east of Minas Gerais. The subjects of the research were 27 individuals participating in the activities of groups developed in 5 ESF supported by a NASF team. They were selected by means of an intentional sample, for the convenience and saturation of speeches. The data were collected through individually recorded interviews conducted on the basis of a semi-structured script. The analysis was performed according to the "Content Analysis" technique of Bardin. This research was approved by the Ethics Committee of the Vale do Rio Doce University (UNIVALE). The perception emerged from the thematic 'knowledge / understanding about the NASF' and '(Re) knowledge regarding the practical activities of groups developed by the NASF', as well as the respective categories: 'presence / absence of knowledge; motivation / benefits offered and Accessibility'. It was observed that the majority of users did not demonstrate knowledge about what the NASF is, the types of activities developed and are not aware of those responsible for the groups offered. However, ignorance did not prevent users from participating in the activities of groups offered and leading to improvements in their quality of life. It was noticed that the accomplishment of the group practices provided improvements in the biopsychosocial aspect of the individual with actions geared to attend the needs of the subject in its totality, not dividing it into isolated parts or systems. For this to become important, the ease of access to the health system was fundamental because, the users have an address near the ESF where the groups practices happen. It can be concluded that the groups practices carried out by the NASF generated positive perceptions to the users, providing in improvements in their health condition and possible resolubility of the assistance offered. These group practices work as a strategy for the promotion and recovery of health. The search of the users for the accomplishment of these practices demonstrated the interest by the majority in their quality of life which is facilitated by the access to the health system near to their residence.

Key words: Core of Family Health Support, Group Practices, Family Fealth, User Perception.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da área de abrangência do NASF no município..... 51

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Descrição das Temáticas e Categorias resultantes da Análise de Conteúdo.. 57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica;

ACS - Agentes Comunitários de Saúde;

AIS - Ações Integradas de Saúde;

APS – Atenção Primária à Saúde;

CAPS - Centros de Assistência Psicossocial;

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa;

CNS – Conferência Nacional de Saúde;

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;

MS – Ministério da Saúde;

MT/MCA - Medicina Tradicional e Medicina Complementar e Alternativa;

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde;

NOB SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde;

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher;

PIC - Práticas Integrativas e Complementares;

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica;

PSF – Programa Saúde da Família;

PTS - Projeto Terapêutico Singular;

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

TDR - Territorialização, Desterritorialização e Reterritorialização;

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce;

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
1.1 HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	14
1.2 AVANÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL.....	16
1.3 TERRITORIO E TERRITORIALIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
1.4 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES.....	26
1.5 AS PRÁTICAS DE SAÚDE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	31
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 GERAL.....	37
2.2 ESPECÍFICOS.....	37
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	38
3.1 ABORDAGEM E MODELO DE ESTUDO	38
3.2 UNIVERSO DE ESTUDO	38
3.3 AMOSTRA.....	40
3.4 COLETA DE DADOS	41
3.5 ESTUDO PILOTO	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	83

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda a percepção do indivíduo assistido pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as práticas de grupos realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) contemplando a linha de pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. Possui como base os estudos territoriais, que proporcionam uma abordagem integradora/interdisciplinar sobre território e a territorialidade em suas dimensões simbólica, social e de saúde.

Essa pesquisa é parte do projeto intitulado: “As práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na visão dos usuários”. Para sua realização o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) sob o Parecer CEP 1.335.248– 25/11/2015. Aborda um tema condizente com a realidade brasileira, que enfrenta desafios para fortalecer o acesso integral aos cuidados de saúde e que busca uma melhor resolubilidade da assistência ofertada.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e é configurada como porta de entrada do sistema desenvolvendo ações e planejamentos na busca do aumento de sua efetividade (BRASIL, 2001). Com isso, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF) tendo como proposta à reorganização do modelo tradicional de assistência, centrando ações na promoção da saúde para indivíduo e família, compreendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, priorizando ações de proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, por meio da atuação das equipes dentro da unidade de saúde ou na comunidade local (BRASIL, 2001). Em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações das equipes que atuam na ESF (BRASIL, 2008).

No contexto da APS, o NASF busca qualificar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado (BRASIL, 2008).

Visando a ampliação da resolubilidade do sistema de saúde, bem como a melhoria do perfil morbi-mortalidade e indicadores básicos de saúde, o município de Governador Valadares (MG) definiu em junho de 2008 na sua política de saúde a implantação do NASF, buscando a

continuidade do fortalecimento da APS e a incorporação do trabalho desses novos profissionais ao apoio às equipes da ESF.

Assim, acredita-se que conhecer a percepção dos usuários destas novas práticas em saúde pode ser útil para nortear melhor as propostas do NASF, bem como subsidiar ações que contribuam para promover uma visão positiva de saúde, ou seja, o modo como os usuários do NASF estão vivenciando uma oferta de ações em saúde por profissionais não-médicos, que tem por finalidade a promoção, a preservação e a recuperação da saúde na perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

Tendo como base o contexto acima apresentado, a questão pertinente a este estudo expressa em saber: *Qual a percepção do usuário em relação as práticas de grupos realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Governador Valadares?*

Com o intuito de responder a esta questão, o presente trabalho está dividido a partir da apresentação sobre o tema desta Dissertação em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata-se da Revisão de Literatura que aborda os assuntos: História da Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil; Avanços da Atenção Primária à Saúde no Brasil; Território e Territorialidades da ESF. O levantamento bibliográfico constituiu-se como questão inicial na realização dessa etapa, ou seja, ponderar sobre o tema da pesquisa.

O segundo capítulo focaliza o Objetivo geral e específico deste estudo. Os objetivos constituíram na finalidade desse trabalho, ou seja, a meta que se pretendeu atingir com a elaboração da pesquisa. O terceiro capítulo descreve o Procedimento Metodológico utilizado para realização do estudo. O método é essencial para descrição dos elementos envolvidos na execução dessa fase: o cenário (universo), os participantes (amostra), a técnica de coleta de dados, a estratégia de análise e os aspectos éticos observados na pesquisa.

A apresentação dos Resultados e Discussão estão descritos no quarto capítulo. Nesse momento busca-se demonstrar o avanço teórico e experimental obtido pela pesquisa após o tratamento estatístico das variáveis envolvidas no estudo. Encontram-se os dados qualitativos que foram analisados a partir da técnica desenvolvida por Laurence Bardin.

O quinto capítulo é composto pelas Considerações Finais, que apresenta uma síntese dos resultados obtidos nesta investigação delineando possíveis respostas às questões propostas nos

objetivos deste estudo. Busca demonstrar a contribuição da pesquisa para o meio acadêmico e para o desenvolvimento da ciência.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como estratégia a reorganização da atenção em saúde e propõe responder as necessidades de saúde de uma população. A ideia de APS foi utilizada pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, conforme expõe Matta e Morosini (2009). Esse Relatório é um documento do governo inglês que procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. O referido relatório buscou propor a organização do modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino.

Por meio desta concepção adotada pelo governo inglês constituiu-se a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A regionalização significa que os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir das bases populacionais, bem como identificar as necessidades de saúde de cada região. E a segunda é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (MATTA; MOROSINI, 2009).

No Canadá, em 1974, foi publicado o Relatório Lalonde “Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” que desenvolve a ideia de determinantes “não-médicos” na saúde (OPAS/OMS, 2008), dando origem a noção de APS (REIS *et al.*, 2009). Becker (2001) afirma que o Relatório Lalonde (Lalonde, 1974), foi o marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá, e foi considerado por Terris (1992, p. 4) "a primeira declaração teórica abrangente na Saúde Pública como resultado dos desconhecimentos de epidemiologia de doenças não infecciosas".

Em 1978, na cidade de Alma-Ata, aconteceu a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde lançando uma nova visão sobre a saúde à população. Reis *et al.*, (2009) concordam com a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS/UNICEF, 1979), que nesta ocasião a APS foi definida como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Reis *et al.*, 2009, p. 3).

Desde então, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978) tinha o intuito de vencer as barreiras sociais e econômicas que impediam o acesso ao sistema de saúde de grande parte da população.

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe serviços de saúde interdisciplinar e com participação social enfatizando ações mínimas como: educação em saúde, distribuição de alimentos e nutrição adequada, tratamento de água e saneamento básico, saúde materno-infantil, tratamento de doenças e lesões mais comuns e fornecimento de medicamentos básicos essenciais (MATTA; MOROSINI, 2009).

Entretanto, no ano seguinte (1979) à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, na qual se disseminou a noção seletiva da APS. Essa Conferência baseou-se na formulação de programas com objetivos específicos destinados a uma determinada população vulnerável para conceber e defender a APS. São programas com baixa densidade tecnológica dos recursos da saúde (CUETO, 2003; MAGNUSSEN; JOLLY, 2004).

Morosini e Corbo (2007) afirmam que o fortalecimento internacional da APS relaciona-se à ideia de medicina preventiva com uma abordagem integral e próxima do ambiente individual e familiar. Iniciou-se então, a divisão dos serviços de atenção à saúde sendo, a

atenção primária localizando-se na fase inicial dos cuidados em saúde. Os outros tipos de cuidados deveriam ser ofertados por níveis mais complexos de atenção, como é o caso da atenção secundária e terciária ofertada nos dias atuais.

A APS foi gradualmente se fortalecendo e ganhando espaço na saúde mundial partindo da estruturação dos sistemas de saúde até o surgimento de novos desafios vivenciados atualmente.

1.2 AVANÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil a APS surgiu com a Reforma Sanitária levando o SUS a adotar a Atenção Básica em Saúde como reorientação do modelo assistencial (FAUSTO; MATTA, 2007). Algumas experiências de APS (MENDES, 2002), como os centros de saúde, foram instituídos no século XX com ações curativas e preventivas diante de uma base populacional. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado a partir de 1940 preconizando também, ações de curativas e preventivas, porém, voltadas para as doenças infecciosas e carenciais da população.

Diante disso, em 1970, surge o movimento sanitário em prol de melhoria nas condições de saúde trazendo novas propostas transformadoras para população brasileira como a reivindicação de um novo conceito em saúde e sustentando a crítica ao modelo tradicional curativista proposto pela medicina brasileira (CAMPOS, 2013).

Com a revolução do movimento sanitário, a política de saúde brasileira, rompeu com o modelo curativista e compreendeu a necessidade de reorientação do modelo assistencial de saúde que foi vigente até a década de 1980, onde se abandonou a centralidade das ações no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) com o intuito de fortalecer um sistema de saúde único de descentralizado (MATTA; MOROSSINI, 2009).

Aconteceu em 1986, afirma Becker (2001), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o intuito de sistematizar o novo sistema de saúde único com base nos

princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, conforme seu relatório final descrito na Carta de Ottawa:

a saúde não é um conceito abstrato... devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Ministério da Saúde, 1986, p. 4).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009), a VIII CNS foi composta pelos seguintes temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. O referido relatório buscou enfatizar a reorganização do sistema de saúde resultando na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) ficando assim, separado saúde de previdência, mediante a realização de uma ampla Reforma Sanitária.

Em 1988 foi definido pela Constituição Federal Brasileira em seu artigo 198, o SUS como “as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado” (BRASIL, 2002, p. 117). Na referida Constituição, a APS baseou-se nos princípios do SUS para se fortalecer como: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (MOROSINI; CORBO, 2007).

A descentralização do SUS no Brasil obteve avanço considerável na década de 1990 quando foi regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 com o intuito de estabelecer as normas de funcionamento do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos para a área da saúde. A esfera municipal tornava-se a principal responsável pela gestão dos serviços de saúde com oferta direta da maioria das ações e programas da saúde (BOLDSTEIN, 2002).

Sendo assim, com essas novas regulamentações, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de estimular os municípios na reorganização do modelo de saúde local (MOROSINI; CORBO, 2007). O PSF foi considerado a principal estratégia do MS para expansão da APS com base na reorientação do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS com foco na implantação/ampliação da rede de APS (BRASIL, 1997).

Com a reforma, o modelo assistencial em saúde, preconizou o acesso à prevenção de doenças com base em cuidados ofertados nas unidades básicas de saúde e na rede ambulatorial buscando uma capacidade melhor de resolver os problemas da população mediante a antecipação das doenças através da educação e promoção da saúde de forma mais efetiva e econômica (BECKER, 2001). Para Dalpiaz e Stedile (2011), o PSF propõe a cobertura de áreas mais pobres e de maior risco com ações de proteção, prevenção e de promoção da saúde garantindo a equidade e ao mesmo tempo viabilizando a universalidade das ações em saúde voltadas para essa parte vulnerável da população.

Diante disso, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p.7) procurou definir a APS como:

um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p.7).

Em 2006 o PSF passou a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF) visto que, o termo programa possui tempo determinado para finalizar e, a estratégia é permanente e contínua. A ESF foi implantada juntamente com o Pacto em Saúde que se divide em: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão, surgindo com o intuito de consolidar o SUS fortalecendo a APS com foco em ações de promoção da saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Ainda em 2006, o MS implantou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orientando a APS aos princípios “da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (PNAB, 2006; p. 2).

Matta e Morosini (2009) afirmam que as equipes de ESF são compostas por: médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde partindo do processo de territorialização através da referencia de cuidados de uma população adscrita e definida por equipe de saúde.

Visando essa territorialização, Morosini e Corbo (2007) enfatizam que a APS desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população, mas, a APS não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque isso caracteriza baixa capacidade de resolver problemas de saúde. A APS não deve ser a única porta de entrada do SUS visto que, suas necessidades se manifestam de forma variada e também necessitam de acolhimento. Também não pode ser obrigatória devido à burocratização do sistema. E não deve ser o único lugar de acolhimento, porque cada área do sistema de saúde deve responsabilizar-se por suas ações.

Diante da necessidade de gerenciar e atender as diversas demandas na saúde e suas particularidades surge à necessidade de ampliação das ESF's, agregando profissionais de áreas interdisciplinares (CAMPOS, 2013). Com isso, em 2008 o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações de saúde ofertadas pelas equipes de ESF com base em intervenções multiprofissionais buscando a efetivação da rede a ampliação da abrangência e sua resolutividade (BRASIL, 2008).

Diante disso, o NASF busca qualificar o trabalho da ESF de forma compartilhada com o intuito de garantir a integralidade das ações aos usuários do SUS a partir da rede de cuidados em saúde (BRASIL, 2008). Com o intuito de superar o modelo de saúde tradicional, são preconizadas ações compartilhadas entre usuários e uma equipe multiprofissional visando o cuidado em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

As atividades do NASF baseiam-se na atuação em qualquer etapa do ciclo de vida dos usuários em seu território adscrito mediante sua realidade epidemiológica, cultural, social e econômica desta população. Não faz nenhum tipo de exclusão populacional garantindo ações voltadas para crianças, adolescentes, adultos e idosos e de diferentes classes como: raças, gêneros e etnias (BRASIL, 2014).

De acordo com a atuação do NASF, o MS (BRASIL, 2014) enfatiza que esta equipe deve apoiar as ESF no processo de territorialização, na identificação de problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção com ações clínicas ou coletivas de forma integrada e corresponsável enfatizando a organização do processo de trabalho das equipes apoiadas.

1.3 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Após explicitar a historicidade da APS no campo da saúde no mundo e no Brasil, é importante situar os diferentes conceitos de território e territorialidades vivenciadas na ESF, a sua importância para a reorganização do sistema de saúde e da rede de atenção aos cuidados primários. Para ocorrer a efetiva integração das equipes de ESF e NASF é necessário conhecer o território de atuação das equipes, bem como os determinantes sociais e condicionantes do processo saúde-doença para se desenvolver um processo de trabalho organizado e contínuo.

Na saúde, o território adscrito procura se aproximar das pessoas visando identificar os determinantes no processo saúde-doença com base na organização dos serviços (BACKSCHAT; LANZA, 2014) através da delimitação da área de abrangência de acordo com a atenção ofertada à saúde. A gestão do território, de acordo com Campos (2011), preconiza ações integradas que contemplem a educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, etc., com base em um trabalho interdisciplinar sem as limitações produzidas no Brasil.

A APS é considerada o primeiro nível de atenção à saúde por realizar o primeiro contato do indivíduo com o sistema de atenção (STARFIELD, 2002). Esse primeiro contato, é a forma de atendimento mais importante da rede, visto que, a APS apresenta-se como porta de entrada do SUS e coordenadora do fluxo de atenção. As equipes de ESF são formadas por equipes multidisciplinar, com base de atuação através de um público-alvo e território definido (FARIA, 2011).

Para definir esse território, Brevilheri *et al.* (2014) afirmam que é necessário realizar uma divisão territorial e que, cabe aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o cadastramento de um número de famílias adscritas (em torno de 150 famílias ou 750 pessoas) a uma base geográfica de acordo com as vulnerabilidades da população propiciando o enfrentamento dos problemas encontrados. As equipes de ESF tem como referencia uma população de no máximo 1.000 famílias ou 4.550 pessoas. Para Gondim *et al.* (2008, p. 247), “a menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é este território – a área de abrangência das famílias adscritas a cada unidade básica” o que facilita uma visão completa do indivíduo e seus determinantes.

Diante desta base territorial, Monken e Barcellos (2007) enfatizam a importância de demarcar, delimitar territórios como forma de regular e normatizar a atuação das equipes. No entanto, alertam que “a adoção de um limite para atuar sobre as condições ambientais e de saúde é reconhecidamente artificial. Nem o ambiente pode ser completamente constricto dentro de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 186). A abrangência da ESF deve ir além da delimitação territorial estabelecida visando um planejamento de ações intersetoriais e extramuros.

A delimitação territorial na saúde, afirma Mendes (1993) apresenta-se desde a criação do SUS através da descentralização das ações por meio da municipalização da saúde e que podem ser identificados por diferentes tipos de território, os quais foram definidos por como: território-distrito, território-área, território-microárea e território moradia.

O território-distrito corresponde a delimitação político-administrativa através de uma determinada coordenação sanitária (município, conjunto de municípios, subdivisões municipais etc.). O território-área é onde determina a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde. O território-microárea define a área de atuação dos ACS, e o território-moradia consiste na moradia da família ou grupo de indivíduos (MENDES, 1993).

Foi através da delimitação territorial que o conceito de risco, apareceu nas questões de saúde, por meio do mapeamento de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais revelando as condições de vida das pessoas. Essa noção de território passou a fazer parte da saúde com o intuito de organizar e localizar populações. Diante desta necessidade, é preciso

entender o uso do território no SUS, seus conceitos no campo da geografia e seus diferentes significados: território, territorialidade e territorialização (TETEMANN *et al.*, 2016).

Para Haesbaert (2004), esse termo território, foi originalmente formado pela junção de duas palavras latinas, *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), como forma de denominar terras de cidades antigas e terras de reinos no mundo moderno. Essa compreensão, para Guimarães (2009) é a mais visada apesar de ser mais antiga. Nela, o território se refere à delimitação do espaço e o controle através das relações de poder, em geral, o poder do Estado.

Em outra concepção, Campos (2011) se apodera de um conceito de território além do espaço político-operativo do sistema de saúde. O território caracteriza-se como um espaço de relações sociais da população com seus problemas de saúde interagindo com os profissionais da APS, sendo possível caracterizar o perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural de determinada população com base em um território em permanente construção.

Para Santos (2010) o território em si não é um conceito. Para isso, é necessária a utilização de uma análise social a partir de seu uso junto com seus atores participantes através da transformação e construção de um espaço de vivências cotidianas.

Esse conceito de território usado é compreendido como um sistema de objetos e ações, sinônimo de espaço banal (SANTOS, 1999), isto é, usado com a finalidade de contemplar a intencionalidade dos discursos, projetos e ações (RIBEIRO, 2014). Neste sentido, Santos (2007) compreende o território como espaço integrado de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos). Esses objetos fixos são considerados imóveis e envolvem os elementos naturais como, rios, montanhas, planícies etc., e as obras criadas pelo homem envolvem os prédios, estradas, barragens, indústrias e outros. As ações ou fluxos são os movimentos e circulação de pessoas e/ou mercadorias.

Monken *et al.* (2008) e Silveira (2009) concordam que essa inter-relação entre fixos e fluxos, como sua forma de organização, disposição e construção, os processos de mudanças e a continuidade, são a estrutura do espaço geográfico por meio de um componente cultural enfatizando que o território carrega uma dimensão simbólica/cultural e uma dimensão material/econômico-política.

Essa noção de território parte do político para o cultural, com base em novas propostas teórico-metodológicas de operacionalização do território usado de Santos e Silveira (2001) na escala social do cotidiano. Em uma abordagem antropológica Monken (2008), define que o território permite a abertura de novas possibilidades e entendimento do processo saúde-doença na comunidade.

Em outra concepção, Raffestin (1993) define que o espaço é anterior ao território, é a matéria-prima que move a ação. Os territórios são concebidos a partir do trabalho, das relações de poder e da produção que os caracteriza. O poder ocorre a partir das relações humanas estabelecidas no território independente de sua agregação/desagregação territorial.

A ESF tem incorporado em suas ações o conceito de território em suas práticas diárias diante de algumas vertentes na perspectiva parcial, integradora, relacional e multiterritorial (HAESBAERT, 2004). A perspectiva parcial busca o entendimento político, cultural, econômico e naturalista, cada qual percebido de forma isolada. Na integradora, o território é percebido como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais, seja econômica, política ou cultural. Na relacional, o território é entendido como movimento, fluidez, interconexão, proporcionando o processo de Territorialização/Desterritorialização/Reterritorialização (T-D-R)¹. E na perspectiva multiterritorial, considera-se as diferentes formas como o território se apresenta dentro do espaço, ou ainda, como um processo constante de reterritorialização (HAESBAERT, 2004).

Com base no conceito de T-D-R, a territorialidade é vista como um conjunto de relações desenvolvidas no espaço-tempo dos grupos sociais, conforme definição de Raffestin (HAESBAERT, 1997). Em uma concepção de território como processo vivido, Haesbaert (2004) define territorialidade a partir do processo de vivência da sociedade através das relações políticas, econômicas e culturais e da forma como se organizam e utilizam o território.

¹ A territorialização passa a ser fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização é o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004).

Reconhecer o território é reconhecer as estratégias (territorialidades) que lhes dão existência e vida expressas pelas relações sociais de acordo com diferentes atores e suas intenções (políticas, econômicas e culturais) conduzindo a um território materializado refletindo em um jogo de poder (SANTOS, 1996).

Ao desenvolver a noção de territorialidade, Sack (1986) afirma que:

a territorialidade é a tentativa do indivíduo ou grupo, de atingir/afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos ou relacionamentos, pela delimitação e afirmação do controle sobre uma área geográfica. Esta área será chamada território (Sack, 1986, p. 6).

Essas territorialidades podem ser defendidas dentro da ESF organizando essas estratégias em (PEREIRA; BARCELLOS, 2006):

- a) Cada tipo de territorialização (parcial, relacional e integradora) possui um tipo de desterritorialização correspondente;
- b) Essa territorialização pode ocorrer numa área (território-zona), mas também pode ocorrer através do movimento, como por exemplo, a territorialização dos nômades (território-rede);
- c) A desterritorialização pode ocorrer com o deslocamento, mas também na imobilidade (por exemplo, com pessoas que vivem de forma precária e não têm condições de migrar do local onde vivem), porém ela não é total; e
- d) Cada ser humano e cada sociedade exercem mais de um tipo de territorialidade, ou seja, podem produzir e/ou habitar ao mesmo tempo em mais de um tipo de território.

Na visão de Backschat e Lanza (2014), o SUS está organizado em uma base territorial de serviços e as ações de saúde que são operacionalizadas a partir da territorialização. De acordo com Gondim *et al.* (2008) compreende-se territorialização em saúde como processo de diagnóstico, intervenção e produção de informações que seja capaz de mudar o modelo assistencial mediante o ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso aos serviços de saúde

A territorialização, na concepção de Faria (2011), materializa-se como o processo ou o movimento das territorialidades. Para ele, é a partir das territorialidades que se constroem o

território e, afirma ainda que, há um conjunto de territorialidades que se processam em movimentos harmônicos e se movimentam por meio de sua intencionalidade através de um complexo jogo de relações sociais de poder. São as territorialidades que provocam a territorialização e a materialização do território por meio das territorialidades produzidas e produtoras destas relações sociais.

Contudo, Santos e Rigotto (2011), fazem um alerta sobre essa estratégia de territorialização na APS visto que, este conceito de espaço, por parte de alguns profissionais, pode ser visto como uma estratégia gerencial e administrativa, limitando as possibilidades de identificação dos determinantes e condicionantes de saúde diminuindo assim, iniciativas de intervenção na realidade das coletividades humanas.

Diante disso, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2012) volta a afirmar que, a ESF serve para reorientar o modelo assistencial de saúde buscando uma visão positiva do processo saúde-doença partindo de um trabalho humanizado e integral por equipes multiprofissionais com foco na família e comunidade.

O território, parte do pressuposto de que é espaço de produção de vida e de saúde definindo-se assim, em espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, construído coletivamente (SANTOS; PEKELMAN, 2008). A partir dessa ampla visão do território, verifica-se a importância da territorialização para a análise da situação de saúde e para a constituição de projetos e propostas de intervenção no âmbito da ESF.

Pensar em territorialização na APS demanda tempo da equipe, envolvimento e diálogo para que essa construção seja realmente efetivada. É necessário que ela seja permanente e processual permitindo conhecer a dinâmica das territorialidades. A compreensão do processo saúde-doença faz-se importante bem como o papel do Estado na garantia dos direitos à saúde da população visando condições de trabalho equacionais no sistema. Diante dessa demanda, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) busca a reestruturação ou complementação da APS ampliando o leque de profissionais dedicados ao território da ESF (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Faz-se importante o reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde da ESF por meio do processo de trabalho em equipe o que permite o desenvolvimento de um vínculo entre os profissionais e a comunidade caracterizando uma territorialização das atividades fornecidas. O território do NASF apresenta-se em permanente construção de

habilidades, conhecimentos, atitudes, intencionalidades. Isso requer uma maior participação dos profissionais diante de uma abertura de possibilidades de novas contribuições na busca pela qualificação da saúde de uma determinada população. O foco na família implica novos desafios atribuídos a atuação complexa e tecnológica para a resolubilidade dos problemas levantados no território.

1.3 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

Diante do contexto exposto, para o processo de territorialização da ESF/NASF faz-se necessário conhecer o trabalho interdisciplinar que envolve cada profissional inserido e o desenvolvimento das ações intersetoriais diante de uma base territorial bem delimitada espacialmente.

Dentro desta perspectiva, Barcellos (2000) enfatiza a doença como manifestação do indivíduo e do lugar, mediante seus contextos sociais, situação histórica e ambiental, o que promovem condições particulares de produção e manifestação de doenças. Sendo assim, o Ministério da Saúde utilizou da territorialização para definir a área de atuação da ESF. Nela, o território é estruturado por meio de divisões político-administrativas nos diversos níveis (Governo, Estado, Município) constituindo-se em hierarquias (PEREHOUSKEI; ANGELIS; FONZAR, 2015).

A territorialização parte do pressuposto da demarcação de áreas, reconhecimento do território e manutenção das relações horizontal e vertical com outros serviços e centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Ribeiro (2014) afirma que, na territorialização faz-se importante a colaboração interprofissional e interdisciplinar como fator facilitador no processo de trabalho em equipe. Relata ainda que, a interdisciplinaridade é a base do processo de trabalho que leva a interação entre outros setores conduzindo a interprofissionalidade e intersetorialidade na construção e reconhecimento do território.

A organização do processo de trabalho na APS possibilita a efetivação de valores e estratégias que garantem a “Saúde para Todos” a partir dos princípios do SUS, que são

entendidos como conjuntos indissociáveis de atributos que podem afetar na resolução de problemas da saúde de um conjunto de pessoas que convivem em um mesmo território (SANTOS; ANDRADE, 2011). Faz-se necessário uma reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde com base fortalecida na educação permanente para que se consiga vivenciar uma saúde de qualidade que estão descritas nas normativas do SUS.

O Ministério da saúde (BRASIL, 2007) responsabiliza as equipes pelo planejamento das ações por meio de responsabilidade compartilhada e enfatiza a família como centro do espaço social. Sendo assim, fazem parte das atribuições comuns a todos os profissionais da ESF: territorialização; cuidado em saúde; adscrição; integralidade da atenção; busca ativa e notificação de doenças; escuta qualificada; humanização; vínculo; planejamento e avaliação das ações; mobilização; identificação de parcerias, qualidade no registro das informações e educação. Além disso, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006).

Faz parte do processo de trabalho das equipes de ESF, o trabalho interdisciplinar e em equipe, a valorização de saberes e práticas através de uma abordagem integral e resolutiva e, o acompanhamento/avaliação das ações buscando uma readequação do processo de trabalho (PAVONI; MEDEIROS, 2009). O trabalho em equipe objetiva obter impactos no processo saúde-doença mediante a ação interdisciplinar através da reconstrução de suas práticas intervindo na realidade que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias, é facilitada pela soma de olhares advindos de profissionais interdisciplinares causando maior impacto sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAUJO; BARBOSA, 2007).

Para Lacerda, Magajewski e Machado (2010), o processo de trabalho da ESF está bem especificado pelo MS por meio da Portaria Ministerial n. 648/GM, de 28 de março de 2006, referente à PNAB (BRASIL, 2006, p. 11), conforme a seguir:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.
- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da

área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua.

- Diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes.
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que objetiva propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal.
- Valorização dos diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Também faz parte do processo de trabalho das equipes o acolhimento. Ele permite uma escuta qualificada e propõe respostas adequadas a seus usuários. Busca resolver com responsabilidade os problemas/dificuldades do paciente/família garantindo a continuidade da assistência visando a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2006). Diante disso, o acolhimento é considerado uma ferramenta fundamental para a resolução dos problemas de saúde no território adscrito (SENA *et al.*, 2012). O acolhimento permite uma compreensão humanizada e consolida a cidadania dos usuários por meio de uma escuta qualificada e atenta pelos profissionais (SILVA; BORGES, 2006).

As principais responsabilidades dos profissionais da ESF, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), constituem: saúde da criança; saúde da mulher; controle de hipertensão; controle de diabetes melittus; controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; ações de saúde bucal. E ainda, visitas domiciliares, reuniões, atividades educativas, ações administrativas de supervisão e educação continuada.

Para Araújo e Rocha (2007) são atividades da equipe de ESF: conhecer a realidade das famílias; identificação de problemas/situação de risco; planejamento das ações; estabelecimento de vínculos; resolubilidade dos problemas de saúde; acesso; atendimento integral com resposta contínua e racionalizada; coordenação/participação de grupos; promoção de ações intersetoriais; participação popular e auxílio na implantação do cartão nacional de saúde.

O trabalho em saúde parte de um processo relacional produzido pelo trabalho vivo em ato, chamado de tecnologias leves, por meio do estabelecimento de um jogo de expectativas e produção de espaços de escuta, fala, empatia e interpretações. O chamado trabalho morto se materializa nas tecnologias de trabalho usadas para a produção de saúde e são classificadas em duras e leves-duras, sendo (MERHY, 1997; 1998):

- (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*;
- (b) leve-duras apresentam uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador; e
- (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais.

Visando a estruturação destas tecnologias, o NASF busca atuar na construção de rede de cuidado à saúde com resolubilidade das ações ofertadas. Diante disso, participa de ações de planejamento, construção compartilhada de agendas e equilíbrio no desenvolvimento das ações na busca pela organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2014). Para isso, as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), enfatizam nove áreas estratégicas que facilitam esse processo de trabalho, sendo: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

No intuito de realizar a organização do processo de trabalho do NASF, foram definidas a possibilidade da seguinte composição desta equipe: Assistente Social; Educador Físico;

Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Veterinário; Médico Psiquiatra; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014)

O NASF também utiliza do apoio matricial, ou matriciamento, para definir o arranjo técnico-assistencial da ampliação da clínica das equipes de ESF partindo da corresponsabilização territorial dando maior resolubilidade na saúde de forma segura, dinâmica e interativa. Representa duas dimensões: assistencial – relacionado ao cuidado direto dos indivíduos; e técnico-pedagógica – que fornece suporte às equipes por meio de intervenções que propiciam um novo olhar e novos saberes para as equipes (BRASIL, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) também é uma ferramenta de apoio do NASF. Consiste na busca de um conjunto de propostas e condutas articuladas para sujeitos individuais ou coletivos divididos em quatro momentos, como: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2008).

O PTS é constituído a partir da discussão de casos com foco nos determinantes do processo saúde-doença. É desenvolvido por meio de ações que visam a qualidade do serviço com foco principal na mudança da cultura organizacional do SUS que prioriza a quantidade em detrimento da qualidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). É baseado em um trabalho multiprofissional que busca a melhoria do usuário por meio de intervenções interdisciplinares.

Para que o processo de trabalho na APS possa constituir uma prática cotidiana de trabalho em equipe da ESF juntamente com o NASF, Lacerda *et al.* (2010) vem revelar que a interdisciplinaridade é importante na construção da equipe de saúde através de objetivos comuns buscando a eficácia, efetividade e eficiência no trabalho em equipe.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o trabalho interdisciplinar tem como significado: a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas.

Verifica-se, desse modo que, a construção das equipes de ESF/NASF de forma multiprofissional e interdisciplinar, consolida a integralidade das ações que acontece devido a composição das equipes (LACERDA *et al.*, 2010). Visando a integralidade das ações, o MS (BRASIL, 2014) propõe as práticas grupais como importante recurso no cuidado aos usuários da ESF como ferramentas/estratégias que buscam ampliar a capacidade do cuidado e as ofertas/ações de saúde na APS. Estas práticas em grupos proporcionam um avanço na qualidade da saúde dos usuários ampliando um leque de oportunidades funcionais no tratamento de seu processo saúde-doença.

1.5 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Percebe-se que o NASF é uma estratégia de saúde para ampliar a abrangência e diversidade das ações da ESF bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema de saúde, mas, é vinculado a um número de equipes de ESF baseado em um território definido com foco no apoio a estas unidades. Propõe a ampliação da clínica com atividades extra-muros e fora do consultório favorecendo a troca de saberes com base na prevenção de doenças e promoção da saúde (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Nascimento e Oliveira (2010) compreendem que a atuação do NASF está dividida em nove áreas estratégicas de acordo com as Diretrizes do NASF imposta pelo MS (BRASIL, 2014): atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Essa divisão estratégica de áreas interdisciplinares permite um acompanhamento multiprofissional perante indivíduos, famílias e comunidades cadastradas visando a qualificação do atendimento prestado.

As Atividades Físicas/Práticas Corporais (AF/PC) desenvolvidas pelas equipes do NASF estimulam a adoção e manutenção de comportamentos fisicamente ativos e que também possam ser realizados em áreas doméstica, de lazer e deslocamento (GUARDA *et al.*, 2014). A busca dos usuários por uma saúde de qualidade passa pela realização de AF/PC mais frequente. A realização destas práticas em grupos permite um melhor acesso às

atividades e uma adesão maior na realização destas práticas visto que, o bom relacionamento entre os usuários e profissionais facilitam na adesão ao tratamento proposto principalmente, como forma de incentivo na realização destas AF/PC e manutenção de sua saúde corporal.

O incentivo às práticas corporais deve privilegiar estratégias que garantam a existência de espaços prazerosos e adequados, segurança, arborização e transporte público, e outras (MALTA *et al.*, 2009). Faz-se importante a realização destas práticas em ambientes favoráveis e que permitam o contato dos usuários com a natureza, o que permite uma sensação de liberdade trazendo novos benefícios para a saúde individual e coletiva como melhorias no biopsicossocial que envolve o indivíduo participante.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) fazem parte da APS desde 2008, mesmo ano de implementação do NASF, e tem por objetivo ampliar as ações de promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos bem como, incluir novos profissionais na equipe (BRASIL, 2012). As PIC's vieram como forma de regulamentar o uso das plantas medicinais buscando acoplar esse tratamento alternativo ao tratamento convencional, garantindo assim, o uso adequado deste tratamento.

Para o Ministério da Saúde, as PIC estimulam os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde com base nos recursos terapêuticos encontrados na medicina tradicional e alternativa criando um vínculo terapêutico e integração entre o usuário e o meio ambiente (BRASIL, 2015). A arte de curar pelo uso das plantas medicinais acontece por meio de várias formas terapêuticas que buscam o tratamento de várias enfermidades. Com isso, é importante o esclarecimento à população adscrita das equipes de Saúde da Família sobre as terapias não convencionais visto que, a sua eficácia pode ocasionar possíveis interações terapêuticas. É possível estimular o uso consciente das plantas medicinais dentro da ESF de forma eficaz e acolhedora visando o processo saúde-doença de uma população com cultura popular tradicional e com diversidade de saberes.

Os serviços de reabilitação são organizados a partir dos tipos de deficiência, que podem ser classificadas em: deficiência física; auditiva; visual; intelectual; ou múltiplas deficiências (BRASIL, 2010). A reabilitação no NASF tem a função de reduzir as incapacidades e deficiências e favorecer a inclusão a partir da facilidade de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2010b). Para que isso aconteça, a atuação multiprofissional permite o

estabelecimento de vínculos dentro do território do NASF priorizando o atendimento compartilhado e a troca de saberes na busca por um acompanhamento longitudinal dos casos de reabilitação.

Aumentar a autoconfiança, a capacidade e a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, é o objetivo central das boas práticas de reabilitação/empoderamento. É fundamental para o desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, percepção e participação, transformando-os assim, em sujeitos de sua própria saúde (BRASIL, 2010b). Com o aumento do empoderamento de sua saúde na reabilitação, o NASF propõe mudanças no comportamento individual e coletivo de forma a potencializar o cuidado atuando nas necessidades da população adscrita.

Diante da busca por práticas alimentares saudáveis, o profissional nutricionista que faz parte da equipe de NASF procura desenvolver estas ações em todos os ciclos de vida na busca pela melhoria da carência nutricional de sua população através de planos terapêuticos direcionados a doenças e agravos não-transmissíveis. Para o profissional nutricionista, o NASF é um novo campo de atuação e uma oportunidade para este demonstrar a sua importância no trabalho da APS, dirimindo dúvidas e desconfianças com relação aos benefícios à saúde que podem ser obtidos por meio de boas práticas alimentares (ASSIS *et al.*, 2002). Uma alimentação saudável permite aos usuários um empoderamento sobre sua saúde e a busca por uma qualidade de vida melhor. O consumo adequado de alimentos saudáveis permite o controle das carências nutricionais e garante a promoção da saúde e estilo de vida saudável.

Em relação à segurança alimentar e nutricional, Barros e Júnior (2012) enfatizam sobre a importância do resgate de hábitos e práticas alimentares saudáveis visando o consumo local de alimentos com custo acessível à população. Cabe ao nutricionista do NASF, atuar sobre os determinantes e condicionantes de saúde que afetam os distúrbios alimentares e nutricionais garantindo a segurança alimentar da população adscrita. Com isso, a ESF junto com a equipe de NASF deve desempenhar um papel estratégico nas ações de enfrentamento à carência nutricional por meio de ações de promoção da saúde fortalecendo as práticas alimentares saudáveis.

As ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do NASF objetiva a intervenção e resolutividade das ações realizadas junto com as equipes de ESF encontradas

no território propiciando a ampliação da clínica mediante uma abordagem psicossocial. As ações de saúde mental é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde na APS. A integração do NASF junto a ESF representa um avanço na construção dos princípios do SUS como: integralidade e equidade (BRASIL, 2010b). A prevenção de transtornos em saúde mental deve ser organizada a partir de um cuidado integral diante de intervenções conjuntas no território do NASF viabilizando a continuidade do processo terapêutico e o aperfeiçoamento das ações.

Para Hori (2013), as ações de saúde mental na APS, através dos NASF deve fazer parte da rede de cuidados em saúde assegurando os princípios do SUS e da promoção à saúde, principalmente a universalidade de acesso, integralidade, participação social, equidade e territorialização. Assim, para o MS, a equipe de saúde mental do NASF tem o papel de coordenador, a partir da APS, da rede cuidado em saúde mental. Essa integração da equipe de saúde mental à rede de cuidados proporciona o estabelecimento de vínculos dentro de um espaço interdisciplinar agregando saberes na busca por uma prática humanizada.

Dentro do suporte social no NASF, percebe-se “a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 223). As ações de serviço social se realizam através de espaços de promoção da cidadania fortalecendo as redes por meio de estratégias de produção que garantem a integração entre o serviço social e os serviços de saúde no território favorecendo o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2010b). Buscando o fortalecimento do controle social é possível agir na intervenção do processo saúde-doença fomentando as ações que preservem o direito do cidadão e dever do Estado mediante a promoção da cidadania.

De acordo com Gomes e Brito (2013), dentro das áreas estratégicas do NASF tem-se a saúde da criança, do adolescente e do jovem. São definidas as ações como: a promoção integral da criança com estímulos ao aleitamento materno e atenção ao recém-nascido, vigilância do desenvolvimento infantil, o enfretamento da violência contra a criança e promoção da cultura da paz, investigação de óbitos infantis em meio a outras (BRASIL, 2010b). Para o desenvolvimento destas ações, é necessário que as equipes de ESF e NASF utilizem de protocolos que possam viabilizar um melhor atendimento prestado e que possa desenvolver o fortalecimento de vínculos e as práticas de educação em saúde.

A saúde da mulher é vista como prioridade para o Ministério da Saúde e nos anos 80 criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com foco no gênero, integralidade e promoção da saúde buscando consolidar avanços nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (BRASIL, 2004). O NASF vem subsidiar estas ações do PAISM de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial com ações como: escuta qualificada, atenção a doenças infecciosas, atenção sexual e reprodutiva, atenção à saúde mental e violência contra a mulher, atenção a doenças crônico-degenerativas e inclusão (BRASIL, 2010). Essa abordagem de gênero permitiu o empoderamento do cuidado em saúde da mulher e o NASF veio como estratégia para contemplar o plano de ação do PAISM através de uma forma interdisciplinar e qualificada. Estas ações permitem a humanização do atendimento prestado bem como fortalecer a autoestima através de intervenções com impacto positivo na saúde da mulher.

Na perspectiva do NASF, o farmacêutico deve atuar com base em intervenções individuais ou coletivas na reorientação em educação em saúde quanto ao uso correto de medicamentos, prevenção da dependência química, uso de plantas medicinais, dispensação de medicamentos de auto custo e participar da clínica ampliada e da saúde coletiva (OLIVEIRA; GOMES; OVERCENKO, 2010). Esse cuidado permite uma ação integrada e compartilhada centrada no usuário, buscando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2014). O profissional farmacêutico do NASF contribui para efetiva resolubilidade do acesso ao medicamento buscando garantir o seu uso racional e eficiente.

Diante desta proposta do NASF, percebe-se uma estratégia inovadora com o intuito de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a gestão da saúde na APS. É necessário conhecimento técnico, responsabilidade territorial e habilidades paradigmáticas do profissional. Este, deve se comprometer com as ações de mudanças por meio de parcerias intersetoriais e interdisciplinares que possam atuar na prevenção, reabilitação e cura de seus usuários. Para esta estrutura é necessário ações de educação permanente, humanizada e integral que possam fortalecer as práticas em saúde no território da ESF (BRASIL, 2010).

Através da implantação das equipes de NASF, é possível perceber a melhoria na qualidade do atendimento prestado. Esse atendimento passou a ser qualificado, integrado e resolutivo. O NASF trouxe para a ESF a capacidade de resolução de problemas da sociedade através de ações interdisciplinares viabilizando o acesso do usuário dentro da equipe de saúde. O

acesso a profissionais não médicos bem próximo de sua residência permite a valorização do usuário produzindo uma provável melhoria nos determinantes e condicionantes de saúde. A ampliação do acesso por meio do avanço destas tecnologias de cuidado fornecida no processo de trabalho do NASF permite a construção de vínculos positivos mediante ao escopo de ações ofertadas.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação as práticas de grupo desenvolvidas no território do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF;
- Verificar a satisfação do usuário com relação às práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM E MODELO DE ESTUDO

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera um rol de informações ricas e detalhadas, que mantém intactas as perspectivas dos participantes, possibilitando uma compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto. Como em qualquer outro processo de envolvimento coletivo, se faz necessário o desenvolvimento do processo de construção do conhecimento e não apenas de transmissão de informação. Preocupa-se com um nível de realidade social que não pode ser quantificado (MINAYO, 2007).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e interrelação em um determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

3.2 UNIVERSO DE ESTUDO

O município de Governador Valadares situa-se no leste do Estado de Minas Gerais e possui uma população de aproximadamente 263.689 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH² de 0,727 (BRASIL, 2010).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado no referido município em junho de 2008 por meio da portaria nº 1.616. É constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Inicialmente foram implantadas quatro (04) equipes (2008) e posteriormente, em 2014 mais quatro (04) foram implantadas, totalizando oito (08) equipes na modalidade I. A equipe de NASF

² O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o progresso de uma nação a partir de três dimensões: renda, saúde e educação. Saber mais em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>

modalidade 1 (NASF 1) se caracteriza pela vinculação de 5 a 9 ESF/AB com carga horária dos profissionais de no mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20 h e no máximo 80 h semanais (BRASIL, 2014).

O município possui cinquenta e sete (57) unidades de ESF com cobertura de 72,78% da população (cerca de 203.550 pessoas) e destas, quarenta e uma (41) recebem apoio do NASF. Contudo, ainda não é suficiente para a cobertura total das equipes de ESF do município. Cada equipe apoia em média 05 ESF's, distribuídas conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das áreas de abrangência do NASF do município

Equipes do NASF	Equipes da Estratégia Saúde da Família
NASF 1	Santa Helena I e II, Carapina I e II, Santa Efigênia.
NASF 2	Altinópolis I, II III e IV, CAIC I.
NASF 3	Vila dos Montes, Vila do Sol, Nova JK I e II e Santa Terezinha.
NASF 4	Turmalina I, II e III, Jardim do Trevo e Chonim.
NASF 5	Santa Rita I, II, III e IV, e Novo Horizonte
NASF 6	Fraternidade, Vila Ozanan, Bela Vista, Mãe de Deus I e II e Santa Paula.
NASF 7	Sir I e II, Santos Dumont, São Pedro e Baguari.
NASF 8	Vila Park Ibituruna, Jardim Primavera, Atalaia, Azteca e Ipê.

De acordo com a Coordenação Municipal, as oito equipes do NASF do município contam com profissionais de seis diferentes áreas de atuação: Nutricionista, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Assistente Social, Educador Físico e Psicólogo, totalizando 41 profissionais. Estes profissionais desenvolvem 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).

3.3 AMOSTRA

A seleção da equipe de NASF foi realizada por meio de amostra intencional. Nas amostras intencionais enquadram-se os diversos casos em que o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para pertencer à amostra, por julgar tais elementos bem representativos da população (COSTA NETO, 1977). A intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos (OLIVEIRA; ALMEIDA; BARBOSA, 2012).

Buscou-se por equipes de ESF que apresentavam maior número de usuários inseridos nas práticas de grupo desenvolvidas pelos profissionais do NASF e que recebiam apoio deste núcleo, desde a sua implantação no município, em 2008; caracterizando assim ESF com um trabalho consolidado na comunidade assistida. A seleção das ESF que participaram da pesquisa foi efetuada com base em dados fornecidos pela Coordenação municipal do NASF em Governador Valadares.

Foram incluídos todos os indivíduos cadastrados nas ESF sorteada que participam das práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF. Os critérios utilizados para inclusão na amostra foram: indivíduos de ambos o sexo, acima de 18 anos de idade, que participam há pelo menos seis meses em um dos grupos de atividades, que se dispuseram a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A).

Para a seleção dos sujeitos, a pesquisadora compareceu em cada uma das atividades de grupo realizadas pela equipe do NASF nas ESF selecionadas, para explicitar os objetivos do estudo aos participantes e convidá-los a participarem. Aqueles sujeitos que aceitaram, foram incluídos na amostra. Estes sujeitos foram convidados a realizar uma entrevista sempre agendada para depois da execução da atividade no qual estão inseridos.

O critério numérico não foi o responsável para se estabelecer a amostragem da pesquisa, foi delimitada pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (BAUER, 2002).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2016. Diante da saturação dos discursos, foram estabelecidas vinte e sete (27) entrevistas com os usuários participantes sendo estas, realizadas dentro dos horários de realização das atividades de acordo com a conveniência dos indivíduos.

3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado um contato formal com o Secretário de Saúde do Município de Governador Valadares, para quem os pesquisadores solicitaram a autorização para realização da pesquisa no referido município. Neste encontro foi apresentado um documento contendo título, objetivos, metodologia e resultados esperados da pesquisa (ANEXO B).

Após autorização do Secretário de Saúde Municipal, para iniciar a coleta dos dados, os pesquisadores se reuniram com o coordenador do NASF do município, detalhando os objetivos e a metodologia da pesquisa. Em seguida, foram solicitadas as informações necessárias para definir as ESF que participaram da pesquisa. A equipe selecionada a partir de critérios de inclusão/exclusão definidos, foram as ESF que recebem apoio do NASF 8 que são: Vila Park Ibituruna, Jardim Primavera, Atalaia, Azteca e Ipê.

Posteriormente, foi agendada uma reunião com os profissionais do NASF que atuam nas unidades definidas para apresentação dos objetivos e metodologia da pesquisa. Neste encontro foram listadas todas as práticas de grupo desenvolvidas nas referidas unidades, bem como dia e local de realização das mesmas. Em seguida, combinou-se uma visita dos pesquisadores à cada uma delas para seleção dos sujeitos e agendamento das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, conduzidas com base num roteiro semi-estruturado (ANEXO C). A técnica de entrevista atende principalmente a finalidades exploratórias, sendo utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados (MINAYO, 2007). Pretendeu-se com as entrevistas obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com um maior detalhamento do assunto em questão. Além de uma breve caracterização dos dados sócio-demográficos dos usuários, o roteiro de entrevista abordou temas tais como:

conhecimento das atividades desenvolvidas pelo NASF, características das atividades, benefícios advindos da participação nas atividades de grupo, tempo de participação, periodicidade da atividade, relação com os profissionais.

No início da entrevista, os pesquisadores utilizaram de um recurso denominado *rapport*³, que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem sucedida. Pode ser considerada uma técnica influente das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. É a capacidade de criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

As datas e horários das entrevistas foram definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados. Preferencialmente foram realizadas nos dias e locais em que aconteceram as práticas de grupo ofertadas pelo NASF, levando em consideração que a pesquisa não poderia interferir no funcionamento das atividades programadas pelas equipes da ESF/NASF. Buscou-se sempre que possível um local reservado visando maior privacidade e sigilo das informações, ou seja, uma sala que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

Em todas as entrevistas buscou-se manter um caráter informal, a fim de que o usuário se sentisse à vontade para relatar suas impressões sobre as atividades que participa. O entrevistador faria a pergunta prevista e assumiria uma postura de instigador, explorando ao máximo a fala do informante, buscando verificar o entendimento das questões.

Para registro das entrevistas foi utilizado como recurso, um gravador digital. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala dos mesmos e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pelos pesquisadores. As gravações e as transcrições das entrevistas deverão

³ A palavra francesa *Rapport*, que significa literalmente “relação”, tem sido traduzida para o português pelos vocábulos: entendimento, simpatia, harmonia, sintonia e outros que retratam apenas alguns aspectos de seu significado global. Na Programação Neurolinguística é o processo que leva à sintonização dos estados internos das pessoas, por intermédio do acompanhamento dos diversos elementos da fisiologia e do comportamento, produzindo como resultado uma intensa sensação recíproca de confiança, permitindo, desta forma, entreabrir, abrir e, até mesmo, “escancarar” as portas da comunicação. Saiba mais em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/tecnicas-de-rapport/33461>.

ser arquivadas em mídia digital por um período de cinco anos nos computadores do SAIS e também em arquivos pessoais dos pesquisadores.

3.5 ESTUDO PILOTO

Visando testar o método de trabalho e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Inicialmente, foi realizado um treinamento com três pesquisadoras para utilização do roteiro semi-estruturado objetivando uniformidade na coleta das informações, de forma a evitar possíveis vieses. Foram entrevistados dois usuários das ESF selecionadas para participar do estudo, e que participaram ou já haviam participado de alguma atividade de grupo. Os dados obtidos no estudo piloto não foram utilizados no estudo principal.

O projeto piloto permitiu avaliar a clareza e objetividade do roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo, bem como a forma de aplicação deste instrumento e o tempo gasto para realização da entrevista. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade de estabelecer uma verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A apuração dos dados foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2009). As informações obtidas a partir das gravações foram transcritas imediatamente pela pesquisadora. Após leitura exaustiva do material transcrito, estas informações foram agrupadas em categorias emergentes das falas e analisadas, dentro de cada tema proposto. Estas informações foram abordadas da seguinte forma: Temática 1 – Conhecimento/entendimento sobre o NASF; Categoria 1 – Presença ou ausência de conhecimento. Temática 2 – (Re)conhecimento a respeito das atividades – práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF; Categoria 1 – Motivação e benefícios; e, Categoria 2 – Acessibilidade.

A análise do material foi realizada buscando-se identificar recorrências e diferenças em relação a cada tópico da entrevista. Num primeiro momento a análise foi realizada de forma independente, pelas pesquisadoras. Em seguida, as pesquisadoras se encontraram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Segundo Krueger (1994), este procedimento tem como finalidade reduzir a possibilidade de vieses provocados pela subjetividade e pela percepção seletiva que poderiam ocorrer se um único indivíduo fosse responsável por todo o processo de análise.

O objetivo da análise de conteúdo, de acordo com Chizzotti (2000), é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas. Esta técnica procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitem passar dos elementos descritivos à interpretação. Visa ainda investigar a compreensão dos atores sociais no contexto cultural em que produzem a informação e ainda, verificar a influência desse contexto no estilo, na forma e no conteúdo da comunicação. Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas pela letra U (usuário) e o número correspondente da entrevista.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE) de acordo com o Protocolo de Aprovação sob o Parecer nº 1.335.248 DE 25/11/2015 (ANEXO D).

Todos os participantes, depois de esclarecidos sobre a finalidade do estudo, que concordaram em participar, assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados qualitativos deste estudo surgiram a partir dos relatos obtidos com a entrevista semi-estruturada realizada com 27 indivíduos participantes das práticas de grupos do NASF. Levou-se em consideração a percepção⁴ destes sujeitos em relação às atividades ofertadas.

Após a análise, os dados sócio-demográficos demonstraram que 77% dos entrevistados eram do sexo feminino nas categorias adultos e idosos. A maioria era casada (70%) e possuíam Ensino Fundamental incompleto (70,3%). Em relação à situação de trabalho 44,4% estavam desempregados e eram aposentados (40,7%).

A partir da análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada tema conforme a Tabela 1:

Tabela 1: Descrição das Temáticas e Categorias resultantes da Análise de Conteúdo.

TEMÁTICA	CATEGORIA
1 Conhecimento/entendimento sobre o NASF	<ul style="list-style-type: none"> • Presença ou ausência de conhecimento
2 (Re)conhecimento a respeito das atividades – práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação e benefícios • Acessibilidade

Temática 1: Conhecimento/entendimento sobre o NASF

Esta temática aborda o conhecimento/entendimento que os indivíduos entrevistados, participantes das práticas de grupos do NASF, possuem sobre o programa. O NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da APS, uma vez

⁴ A percepção é compreendida através da noção de campo, não existindo sensações elementares, nem objetos isolados. Dessa forma, a percepção não é o conhecimento exaustivo e total do objeto, mas uma interpretação sempre provisória e incompleta. Ver mais em: NOBREGA, T. P. **Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty**. Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 141-148.

que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014).

Categoria 1: Presença ou ausência de conhecimento

Nesta categoria buscou-se identificar a presença ou ausência de conhecimento dos usuários a respeito do NASF, bem como a sustentabilidade do responsável pelo processo saúde-doença. A educação em saúde é uma das ações do NASF que identifica o momento de criar novas abordagens e perspectivas de ensino bem como, fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais pelo estreitamento de informações essenciais que visam a qualidade da oferta das ações.

É possível observar nas falas que, a maioria dos usuários desconhece o significado da sigla NASF e os tipos de atividades ofertadas.

O NASF pelo o que eu conheço é um programa para cuidar da saúde dos velhos né?(U:8).

O NASF? Ah, eu sei que é o que a Riane tem aí, né? Trabalha. Mas não sei o significado daí, não sei, não (U:13).

É, sobre o NASF... Não, não, no momento eu não me lembro, não, mas já ouvi falar muito no NASF. Inclusive até esses dias nós estávamos conversando sobre o NASF, mas, no momento, me falha a memória (U:19).

Esses relatos apontam o desconhecimento da responsabilidade das atividades em que eles participam e essa falta de conhecimento sobre a sigla NASF pode indicar a precariedade na divulgação das práticas de grupos realizadas pela equipe dentro da ESF. Este fato desencadeia-se, provavelmente, pela falta de informação dos profissionais aos usuários cadastrados nas equipes de ESF que participam das práticas de grupos. Outro fator que pode favorecer o desconhecimento é a baixa escolaridade dos participantes já que, a maioria dos entrevistados (70,3%) possui Ensino Fundamental incompleto o que pode acarretar a falta de entendimento sobre as informações fornecidas bem como, dificultar o direcionamento de novas ações. Percebe-se então, a necessidade de treinamento dos atores que participam do processo saúde-doença visando a efetividade das ações ofertadas.

Neste caso, observa-se que a baixa escolaridade pode favorecer a não adesão ao plano terapêutico pela dificuldade para ler e entender a prescrição, aumentando, assim, os riscos à saúde. Além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente em razão do comprometimento das habilidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (DOAK *et al.*, 1995; GAMBA *et al.*, 2004).

Para Rodrigues *et al.* (2012), embora o conhecimento seja um pré-requisito para o autocuidado, este pode não ser o único e principal fator envolvido no processo educativo. O conhecimento, de acordo com Heisler *et al.* (2004), somado com a tomada de decisão compartilhada com o próprio paciente, de acordo com seus valores, mediante à percepção de barreiras para o autocuidado, a motivação e as metas propostas, podem levar também à adoção de atitudes positivas frente ao tratamento.

A educação é vista como a possibilidade de aumentar a aptidão cognitiva de uma pessoa, o que resulta em aumento de conhecimentos e habilidades específicas, bem como, aumento da eficiência no processo e manejo das informações (LAKS *et al.*, 1998).

Sabe-se que as equipes de ESF possuem atores importantes que podem participar deste processo de divulgação das informações. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destacam-se por estar em contato próximo e direto com os usuários da comunidade e são considerados atores importantes neste processo de intervenção da efetividade das ações e no aumento da cobertura proposta pelas equipes. Os ACS podem e devem se destacar pela importante divulgação das informações do NASF bem como favorecer a desfragmentação das intervenções no processo saúde-doença visando o bem-estar do usuário/família adscrita.

Essa percepção negativa da falta de comunicação sobre informações básica referente ao NASF, ou seja, o desconhecimento sobre significado da sigla NASF e sobre as atividades em que participam pertençam a esta equipe, não impediu que estes indivíduos buscassem a melhoria da qualidade de vida na realização das práticas de grupos.

Eu participo mesmo só de artesanato e da... da... aquela moça que faz negócio na orelha... (U: 24).

A falta de informação/comunicação entre profissionais e usuários das práticas de grupos do NASF poderá acarretar malefícios na produção do autocuidado em saúde mesmo que estes usuários sejam frequentes na realização das atividades. Diante disso, demonstra-se a

precariedade das ações de educação em saúde disponibilizada aos usuários sabendo que, esta ação fortalece a promoção da saúde e enfraquece o modelo assistencial curativista de saúde e a educação permanente aos profissionais, que deveria ser imposta pelos gestores, é também, uma forma de ampliar a integralidade das ações gerando sustentabilidade no escopo da APS.

Em um estudo realizado em Belo Horizonte/MG por Araújo (2014), constatou-se que o desconhecimento sobre o NASF não impede a participação dos usuários porém, pode comprometer a proposta de corresponsabilização do cuidado em saúde.

Para Claval (2002) a comunicação constrói espacialidades e é elemento chave na construção social. Com isso, Raffestin (1993) afirma que “toda relação é comunicação” que pode acarretar no processo de territorialização/desterritorialização da sociedade em caso de acesso ou falta de acesso comunicacional. É através dos atos de fala, afirma Deslandes e Mitre (2009), que acontece a relação face a face dos diálogos comunicacionais. E isso compete ao NASF ter estratégia para a produção do cuidado em saúde e para a gestão, visando o comprometimento com a humanização.

A comunicação viabiliza a territorialização através de características físicas, socioculturais e percepções de um determinado lugar (ASSIS; CARNIELLO, 2010). Os fluxos comunicativos permitem estabelecer relações entre indivíduos e o meio social, tendo como resultado a troca simbólica de valores vivenciada pela ação sobre o espaço (ROSEMBERG, 2004).

Para Santos (2006), o espaço é configurado pela somatória de aspectos materiais com aspectos perceptuais ou mentais. São elementos fixos e fluxos (p. 38): “os fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar; os fluxos, novos ou renovados, recriam as condições ambientais e as condições sociais, e redefinem cada lugar”. Segundo Assis e Carniello (2010), a comunicação é considerada como fluxo através da remoldagem de aspectos fixos modificando seu valor e significado. É através da comunicação/informação que os usuários das práticas de grupos irão estabelecer meios/conduas de prevenção e controle de doenças favorecendo a troca de saberes por meio da criação de espaços saudáveis.

Partindo do pressuposto que, “informação é um direito de todos e dever do Estado e que o acesso à informação constitui um dos alicerces do projeto de conquistas sociais, de

construção da cidadania” (ABRASCO, 1994, p. 31) os indivíduos apontaram certa vulnerabilidade nesta construção proposta já que, a ausência de conhecimento sobre o NASF e suas ações acarretou a uma falta de informação que se faz necessária na qualificação da assistência prestada e que estabelece o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários.

Por meio de uma informação adequada sobre as atividades do NASF, os usuários podem se preparar melhor para as atividades e com isso, conhecer os benefícios que estas trazem ao seu organismo permitindo uma melhor adesão ao tratamento estabelecido.

Conheço sim, tem a educação física, tem a.... o que a Gisele faz, fisioterapeuta, o Sandro também era fisioterapeuta né. Agora eu vou lá na piscina, que faz parte do NASF também né? Que é quarta e sexta feira. Na segunda-feira era a Gisele. (U:7).

A intencionalidade da relação social que deve existir entre os profissionais do NASF e os usuários participantes das práticas de grupos que compõe a construção de um território simbólico que se materializa na produção do cuidado em saúde. Faz-se necessária uma intervenção educativa maior visando a humanização do atendimento que, propõe uma construção efetivamente simbólica do território. A criação do vínculo relacional, nem sempre acontece, o que impede a difusão das informações mediante essa produção do cuidado. É necessária a materialização das práticas relacionais para se fortalecer o acolhimento e o vínculo diante da realização das práticas de grupos.

Haesbaert e Limonad (2007) propõem a construção de um território imaterial/simbólico baseado na cultura, símbolos e valores partilhados por um grupo social. Mediante uma perspectiva subjetiva, o território possui consciência, apropriação e identidade. Na dimensão objetiva, caracteriza-se pela a ação político-administrativa. Diante disso, as relações de poder promovem as relações sociais estabelecidas nas práticas de grupos construindo relações simbólicas de vivência social. Percebe-se que os usuários reconhecem as atividades mediante o profissional que a realiza e isso, reflete no poder exercido por eles por meio da apropriação e da identidade territorial vivenciada.

A noção de intencionalidade não é apenas válida para rever a produção do conhecimento. A intencionalidade contempla o processo de produção que é resultado da relação entre o homem e o mundo, e entre o homem e seu entorno (SANTOS, 2000). A ação vivenciada da intencionalidade territorial a que os profissionais propõem aos usuários mediante ao poder

que exercem, inviabiliza o processo de fornecimento de informações dificultando a comunicação. Com isso, volta-se ao processo fragmentado do modelo assistencial curativista resultando na baixa resolutividade da assistência ofertada.

Na visão de Hoga (2004) a intencionalidade permite a aquisição de qualidade nas ações de cuidado ofertadas. Neste caso, o toque corporal, suporte físico e emocional são fundamentais para a realização dos procedimentos e, estas, vinculadas a intenções com objetivos claros, são essenciais para a realização das práticas mediante a relação de atitude e cuidado ofertada a pessoa cuidada. Para Jorge *et al.* (2007) a boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento.

Conhecer o território é essencial em saúde pública e a territorialização é um pressuposto básico da ESF e está em consonância com os princípios do SUS, como regionalização e descentralização. Este conhecimento se faz de diferentes formas como a geográfica, bem como um “território processo”, este em permanente construção, produto da dinâmica social. É por meio da territorialização que as equipes conhecem seus usuários adscritos e é por onde começa o estabelecimento de vínculos na busca pela humanização da assistência.

Em uma visão simbólica do território, Haesbaert (2009), o visualiza como produto de apropriação/valorização de um grupo em relação a seu espaço a partir da comunicação. A apropriação do espaço (FERREIRA, 2014) por um grupo social passa a não ser mais compreendida sem o seu território, base de sua história, cultura e sustentação. Diante disso, o território aparece num sentido mais simbólico, do que de apropriação.

As práticas de grupos do NASF do município estudado são realizadas dentro da própria Unidade de Saúde ou em espaços cedidos pela comunidade. Isso favorece a valorização simbólica do território já que, permite uma melhor aproximação com a população. Cada grupo carrega consigo, as marcas de sua cultura, de seus valores, de sua história estabelecida naquele território o que, caracteriza a apropriação do espaço vivido.

Boligian e Almeida (2003) denominam território simbólico-afetivo os espaços das experiências vividas, onde as relações entre os atores e natureza, são relações permeadas pelos sentimentos e pelos simbolismos atribuídos aos lugares. São espaços apropriados por meio de práticas que lhes garantem identidade social/cultural. A apropriação dos usuários

com o território vivido é uma forma de valorização desta identidade social/cultural mediante a participação comunitária e construtiva do espaço.

Na visão de Souza (2000) abordar território, é considerar as relações sociais, econômicas, culturais e políticas e questões espaciais e temporais. O território adquire características próprias com base em determinados recursos da sociedade por meio do resultado da produção coletiva. O conceito de território na saúde produz novas formas de pensar o processo saúde-doença através do diálogo no contexto social, cultural, econômico e político da população. É também no território que ocorre o desenvolvimento dos programas de promoção de saúde que são abrangidos pelo NASF como sua principal ferramenta de ação junto à comunidade em que está inserido.

As práticas de grupos do NASF estabelecem estas novas formas de pensar o processo saúde-doença por meio das ações de promoção da saúde desenvolvidas em um espaço construtivo carregado de relações simbólicas baseadas em suas crenças e valores vivenciadas pela territorialização das equipes.

A partir desta concepção, Storck, Oliveira e Peres (2016), relatam que o território é uma característica de extrema importância por considerar que os sujeitos e suas concepções culturais, sociais, políticas, emocionais, vistas como subjetividades, estabelecem dinâmicas próprias e particulares com os diferentes espaços por onde transitam. Faz parte do território: o usuário, o serviço e o profissional que buscam o diálogo com a rede de saúde.

O usuário é o centro da rede de atenção à saúde. Ele deveria ser o detentor do poder em seu cuidado à saúde. O que se vê, mediante os resultados, é uma precariedade na valorização do usuário diante da falta de informação, estabelecendo a ausência de conhecimento sobre a equipe vinculada. Essa precariedade limita o usuário ao conhecimento das modalidades dos serviços ofertados e, o acesso ao serviço de saúde exige o reconhecimento do usuário como sujeito das ações na APS. A busca pela horizontalidade do conhecimento ainda não está sendo vivenciada nesta equipe de NASF, já que o poder pela saúde do usuário é verticalizado pelo profissional de saúde.

Temática 2: (Re)conhecimento a respeito das atividades – práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF.

Esta temática versa sobre os significados da realização das práticas de grupos desenvolvidas nas atividades do NASF e o seu (re)conhecimento interpessoal, dinâmico e social desenvolvido por vínculos visando a busca de um agir em saúde eficaz através das ações grupais de promoção da saúde.

Para Lacerda, Magajewski e Machado (2010), a complexidade social, econômica, cultural e biológica envolvida na determinação dos problemas de saúde requer o desenvolvimento de uma nova forma de fazer saúde. Na concepção de Tavares *et al.* (2006), os grupos, para o SUS, são identificados como uma prática que contribui para a superação do modelo biomédico e uma alternativa prevista pelas políticas públicas para a promoção da saúde. Segundo Toldrá *et al.* (2014) é por meio da ação grupal que é possível o reconhecimento das necessidades subjetivas e coletivas do indivíduo. Possivelmente, o grupo permite a construção do cuidado em saúde.

Categoria 1: Motivação e benefícios

Nesta categoria foram abordados os motivos que incentivaram os indivíduos a participarem das práticas de grupos oferecidas pelo NASF, bem como demonstrar os benefícios da realização destas atividades na saúde. Segundo Torres, Hortale e Schall (2003), as ações de saúde através das práticas de grupos, permitem a capacitação dos usuários e a construção de conhecimentos estimulando novos comportamentos mediante a promoção da saúde. Amplia o controle de doenças, reabilitação e favorecem uma vida saudável.

Os grupos possibilitam estimular uma vida saudável e permitem a prática de educação em saúde propiciando espaço para a socialização do indivíduo na busca pelo cuidado em saúde compartilhando as mudanças encontradas (FIGUEIREDO, 2005; TAVARES *et al.*, 2012).

O espaço é, produto e produtor de ações sociais e ambientais que refletem sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos (BARCELLOS *et al.*, 2002) o que permite a produção de um cuidado em saúde voltado para as ações práticas em grupo que fortalecem a qualidade de vida.

As práticas de grupos do NASF promovem a articulação entre os saberes técnicos e o popular permitindo a integralidade da assistência prestada e potencializa a relação entre profissionais e usuários participantes das atividades. Estas práticas servem de suporte para a promoção da saúde e prevenção de doenças propondo noções positivas de saúde com foco na população por meio de seu espaço territorial. Para Teixeira (2007), nas práticas de grupos ocorre aprendizagem significativa de conhecimento e informações. É um movimento permanente de aprender em grupo que depende da convivência entre seus membros e da fluência de seus mediadores/coordenadores na produção estratégica de produzir cuidado em saúde.

Percebe-se nos grupos, uma ótima interação entre os profissionais que realizam estas práticas e os usuários participantes, apesar da pouca informação adquirida por eles. Garcia *et al.* (2006, p. 181) concordam que essa relação interpessoal “facilita o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários o que pode interferir positivamente na adesão ao tratamento e nas medidas de prevenção”.

Uhmm. Gosto de tudo, a minha relação com ela é muito boa. (U:3)

Familiar, mesma coisa de ser minhas filhas, meu pai, minha mãe. (U:8)

O relacionamento interpessoal adquirido entre usuários e os profissionais, poderá caracterizar uma melhor intervenção em seu tratamento, bem como a prevenção de doenças e a promoção da saúde, que é transmitido pela confiança e subjetividade de cada indivíduo na participação dos grupos. Isso permite uma maior influência na saúde sobre suas condições e qualidade de vida contribuindo para a garantia de resposta aos crescentes problemas que indivíduos/famílias encontram na comunidade.

Nesse arranjo relacional estabelecido pelos entrevistados, é visível o estabelecimento de uma relação simbólica vivenciada no território onde as práticas de grupos acontecem. Souza (2001) vem ressaltar que o território é um campo de forças, uma teia de relações, adquiridos por diversas territorialidades que constituem e transformam esse espaço autônomo e dinâmico.

Ah, a nossa relação é ótima, é muito boa, uma pessoa super humana, super educada, tem paciência. Só dela ter paciência com a gente, né? Essa turma toda, aí... Porque o ser humano, em si, é muito complicado você lidar com o ser humano, né? Mas graças a Deus ela é uma pessoa competente, né? Tem paciência com a

gente, tanto nos exercícios quanto nos conselhos que ela dá pra gente, né? Incentiva... (U:19).

O estabelecimento desta horizontalidade relacional produz o reconhecimento destas práticas de grupos o que influencia na construção do processo saúde-doença. Esta relação interpessoal demonstra um vínculo afetivo que proporciona uma melhor adesão ao tratamento estabelecido o que garante uma melhor qualidade de vida. O NASF, na busca pela integralidade das ações, deve apoiar o usuário nessa construção da horizontalidade, mesmo que estas práticas de grupos ainda possuam desafios a serem conquistados. Desafios como precariedade na gestão e baixa qualificação profissional dificultam a integralidade da atenção e interdisciplinaridade das ações ofertadas.

Diante dessa horizontalidade relacional, Haesbaert (2011, p. 72-73) concorda com Bonnemaison e Cambrèzy (1996) relatar que “o poder do laço territorial revela o espaço investido de valores materiais, éticos, espirituais, simbólicos e afetivos”. Vivendo esta intensidade relacional, o território por meio da intencionalidade das relações, “remete não apenas a função ou ao ter, mas ao ser”, ou seja, a criação de vínculo estabelecida entre eles permite não só uma territorialização geográfica, mas também, uma territorialização relacional.

Diante disso, visualiza-se que a maioria dos entrevistados participam de mais de um grupo há cerca de 38 meses dando maior ênfase nos grupos de auriculoterapia, alongamento e hidroginástica.

Eu participo do da auriculo e da ginástica com a Riane. Segunda é auriculo aqui, e terça e quinta na quadra que é a ginástica. (U:6).

Esse resultado proporciona a estes usuários maior satisfação com seu autocuidado por meio da integralidade assistencial que atingirá seu biopsicossocial contribuindo para a reprodução de sua saúde por meio das práticas realizadas. Percebe-se que, certos desafios que possam ser encontrados, não dificultam a participação dos usuários na realização das práticas viabilizando assim, uma estratégia articuladora diante dos determinantes e condicionantes de saúde.

Para Silva e Formigli (1994, p. 88) a satisfação do usuário pauta-se na “percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe”. Assim, na concepção de Tahan-Santos (2011), o grau de satisfação/insatisfação do usuário na saúde pode ser estabelecido pela

relação com o profissional do cuidado, infraestrutura, conforto e viabilidade no processo saúde-doença. Diante destas características, o usuário tende a ter uma visão positiva do seu atendimento, onde a equipe de NASF supera suas expectativas proporcionando benefícios individuais e coletivos.

Também foi possível perceber em algumas falas que, os participantes procuraram a realização destas práticas de grupos motivados pela melhoria de sua saúde, pela busca por uma qualidade de vida melhor e pelo convívio social que estas oferecem.

Ah, assim mesmo, é por causa que eu sentia muita dor né. Ai eles falaram que isso era bom. (U:1).

É porque tipo assim, para você chegar na terceira idade com a saúde melhor. Eu digo assim porque a idade já traz os problemas de saúde, as dores. Então eu entrei para ter uma qualidade de vida melhor. (U:5).

Nessas falas, percebeu-se que os usuários, em sua maioria, procuram o serviço possivelmente, não para prevenção e promoção da saúde, mas quando o problema já está instalado, com intuito de realizar a recuperação de sua saúde apresentando uma visão tecnicista e biomédica do processo saúde-doença. A participação nas práticas de grupos pode permitir aos usuários uma mudança no comportamento produzindo maior participação social, empoderamento e permite o desenvolvimento da autonomia do cuidado criando soluções para as dificuldades estabelecidas. Vale lembrar que, as práticas de grupos do NASF são ações desenvolvidas para a busca da promoção da saúde com o intuito de prevenir o aparecimento/agravamento de doenças.

De acordo com Monken e Barcellos (2007) empoderamento é a condição que uma pessoa/grupo/comunidade tem de ampliar sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar sobre a sua saúde e também de garantir a escuta, o respeito e a resolução de seus problemas. Permite ao usuário ser o gestor de sua própria saúde.

A ESF junto com o apoio do NASF baseia-se no encorajamento/apoio às pessoas ou grupos a assumirem o controle sobre sua saúde. O empoderamento significa o aumento de poder e autonomia pessoal que influencia indivíduos a ampliar o controle de sua vida por meio de participação e transformação de sua realidade social e política. Essa participação social apresenta-se através da promoção da saúde e controle dos determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

As práticas de grupos permitem a criação de espaços e oportunidades de promoção da saúde, vínculo, acolhimento, escuta, apoio, suporte e espaço de reflexão, promovendo saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento (BRASIL, 2014).

Visando esta relação de vínculo dos usuários com o território do NASF é possível perceber os apontamentos de atitudes benéficas em relação à promoção da saúde e prevenção de doenças nas ações grupais a partir da construção de um vínculo afetivo que estabelece valorização das ações no âmbito coletivo. As participações das atividades propostas pelo NASF apresentaram benefícios para o desenvolvimento do empoderamento de sua saúde. Para eles, as práticas de grupos permitiram que sentisse um bem-estar físico e psíquico, uma melhoria no convívio social e também apresentaram diminuição nas dores corporais que sentiam.

Ah, porque eu tomava remédio demais, eu parei um pouco com os remédio por causa que alivia né?, as dores. (U:1).

Pra mim foi muito bom, foi tão bom que eu não saí mais. Trouxe alegria, prazer, me trouxe melhoria na minha saúde. (U:8).

Ahh, eu fico... cê acha que eu vou deitar depois que eu termino de costurar pra mim esperar pra tomar um banho? Eu tomo um banho e já sento lá fora e converso, e... é tudo diferente. É que as vezes a gente vai... gente... a gente... como eu tava igual eu tava, num tava nem aí pra vida, ligando pra conversar com alguém, talvez tem até um amigo que ta lá precisando da gente e a gente não ta nem aí. Não, isso tudo melhorou, melhorou muito. (U: 11).

Os usuários percebem uma possível melhora em seu comportamento biopsicossocial diante da realização das práticas de grupos, promovendo novos hábitos, estilos de vida e valorização de relacionamentos interpessoais causando impactos positivos em suas condições álgicas.

Para Garcia *et al.* (2006), os grupos são espaços que promovem a educação em saúde, estimulam a organização social e facilitam a cidadania através de projetos comunitários. É uma alternativa para a realização de atividades livres facilitando o relacionamento interpessoal e social.

Constata-se que os usuários possuem satisfação em participar das práticas em grupos, das atividades físicas e do convívio social a que elas lhes proporcionam. O fato dos profissionais realizarem um acolhimento de qualidade permitindo a criação de vínculos entre eles, isso provavelmente fortalece a adesão aos grupos e a participação efetiva dos usuários nas atividades.

Há, entre os participantes, o receio de que se as práticas de grupos se extinguem. Receiam voltar a sentir os incômodos anteriores como dores, perda do convívio social, agravamento/piora de sua condição de saúde. Relatam que, devido às condições financeiras, não teriam condições de custear atividades realizadas pelos profissionais do NASF.

Deus me livre, eu perderia tudo, até a alegria, eu acho um pouco, né? Eu iria ficar sem chão, nosso Deus. Gosto nem de pensar nisso. Quando eu falto uns dias eu já sinto falta. (U:9).

A falta da realização das atividades do NASF possivelmente acarretará ao indivíduo participante o retorno ou agravante de seus problemas de saúde e dificuldade no convívio social. Este fato poderá acarretar distúrbios relacionais e diminuição do autocuidado em saúde. A mudança de rumos diante das práticas de grupos constitui-se na busca pela construção de um novo paradigma favorecendo novas formas de trabalho que possui o usuário como centro das atenções diante da qualidade, resolubilidade e equidade da assistência. A busca pela superação dos desafios encontrados estimula o fortalecimento dos vínculos e a criação de novos espaços coletivos.

Diante disso, Raffestin (1993) numa vertente materialista propõe que, são os atores sociais que produzem o território a partir do espaço manifestado pela relação de poder existente. O território, afirma Eduardo (2006), não é apenas chão e propriedade, é relação social. É, também, por meio de vínculos, criações ou invenções humanas e por meio de práticas sociais, que há a produção do território (HEIDRICH, 2005).

O território se manifesta através de qualquer tipo de poder ou relação social. E toda relação, seja ela social, econômica, política ou cultural, é marcada pelo poder que pode ocasionar em conflitos diários entre os homens (SAQUET, 2003).

Diante disso, a convivência em grupo é um importante mecanismo de produção de subjetividade e relação social, tendo em vista que muitos destes usuários, não têm condições de frequentar espaços de convívio social, seja pela carência financeira ou pela inexistência de

espaços no território que acolham suas demandas sociais com dignidade. Nesse sentido, os grupos assumem um importante papel nesse trato educativo e como espaço de socialização.

Segundo Dias, Silveira e Witt (2009) a realização das práticas de grupos consistem em facilitar a construção de conhecimento e reflexão de sua realidade de saúde permitindo a expressão de suas necessidades, expectativas e angústias, possibilitando a quebra da relação vertical entre profissional e paciente constituindo assim, como vantagem na realização destas práticas.

Categoria 2 – Acessibilidade

Esta categoria aborda a forma e a capacidade de obtenção de cuidados em saúde pelo usuário. Ou seja, a facilidade em sua locomoção e tempo gasto. A ESF deve ser próxima da moradia do usuário como forma de facilitar o acesso deste à Unidade de Saúde. De acordo com PNAB (BRASIL, 2012) a APS norteia-se pelos princípios dos SUS que são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Seguindo estes princípios, a APS deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. Deve assegurar a acessibilidade e o acolhimento de modo universal e sem exclusão de forma a organizar a rede de atenção à saúde sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população responsabilizando-se pela resposta ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012).

Ao considerar a equidade, Melo *et al.* (2013), preconiza a igualdade no acesso à saúde, que é direito de todo cidadão e a acessibilidade dos serviços como elemento estrutural das ações da APS.

Eu moro aqui nessa rua mesmo, venho a pé. Gasto uns dois minutos. (U:1).

Eu vou a pé, uns 10 minutos até a quadra. E a piscina eu vou de ônibus, uns 10 minutos. (U:9).

Dentre as falas percebeu-se que, a maioria dos entrevistados possui residência próxima da Unidade de Saúde em que são cadastrados. Chegam até a Unidade a pé ou de ônibus, no caso de atividades realizadas fora do estabelecimento de saúde. Acredita-se que o acesso à Unidade de Saúde próximo do local de moradia do usuário, permite uma melhor adesão ao tratamento proposto visto sua facilidade em buscar a resolutividade na atenção do cuidado em saúde.

É necessário considerar que, a maioria dos usuários entrevistados são aposentados ou desempregados. Isso poderá facilitar o acesso destes aos serviços de saúde, já que no mesmo, não há flexibilidade de horários para trabalhadores em jornada laboral. E estar próximo da Unidade de Saúde permite a criação de vínculos entre os indivíduos e a comunidade local facilitando o acesso não só ao tratamento de saúde, mas também, a uma qualidade relacional dentro da sociedade.

Para Unglert (1987) o acesso aos serviços de saúde deve depender da distância percorrida para obtê-los, do tempo e do custo de sua aquisição. A OMS (1981) define que essa acessibilidade deve ser compatível a cada localidade/região. No município estudado, a ESF/NASF não contempla 100% da população podendo gerar dificuldade de acesso dos usuários ao serviço de saúde ofertado.

Quando se visualiza o território adscrito como área de abrangência da UBS, Unglert (1993, p. 221) propõe que “deve-se considerar os critérios de acessibilidade e fluxos de população que estão diretamente ligados às suas condições de vida” e destaca as seguintes perspectivas: geográficas – distância/barreiras a ser percorrida; funcionais – qualidade do serviço ofertado; culturais – relação entre serviço e usuário; e, econômicas – exclusão de grupos por inequidades de acesso.

Ao propor a facilidade do acesso à realização das práticas de grupos do NASF, é também necessário que os horários de realização destas práticas, sejam compatíveis com a rotina diária dos usuários, isso permite aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento ocasionando um provável sucesso na promoção e recuperação da saúde e o comprometimento maior dos usuários participantes. Conforme evidencia a próxima fala, os participantes demonstraram facilidade no acesso aos serviços de saúde em relação aos horários de realização das práticas, com isso, definiram a sua provável satisfação quanto

aos procedimentos realizados. Apenas alguns solicitaram algum tipo de melhoria como mais equipamentos disponíveis e maior disponibilidade de realização dos grupos.

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. (U:13).

Como podem melhorar? Dando mais dias, né? Para nós ir nadar (risos). (U:14).

Este estudo se reporta a diferentes fatores que facilitam a acessibilidade do usuário na realização das práticas de grupos ofertadas pelo NASF, que envolve a inter-relação adquirida, a satisfação na realização das práticas, horários compatíveis com a rotina diária, a melhoria na qualidade de sua saúde, o acolhimento dos profissionais. É válido ressaltar que, a APS como porta de entrada do SUS, tem papel resolutivo diante das necessidades do usuário estabelecendo a promoção e a reabilitação da saúde por meio das atividades praticadas em grupos.

Vale lembrar que, os usuários dos sistemas de saúde também são trabalhadores e que também necessitam de atendimento na saúde, porém, a maioria das Unidades de Saúde não está adequada para receber estes usuários visto que, ambos tem suas atividades laborais com horários compatíveis dificultando o acesso dos usuários/trabalhadores ao tratamento de saúde. A acessibilidade e a universalidade da atenção em saúde, conforme preconiza os princípios do SUS, ainda está aquém do estabelecido nas normas do Ministério da Saúde necessitando de uma melhor readequação na oferta dos serviços prestados promovendo uma melhor acessibilidade destes à Unidade de Saúde.

A acessibilidade é entendida por Moraes (2007) como um conjunto de qualidade entre ambiente, conforto e segurança, proporcionando autonomia mediante suas habilidades ou dificuldades estabelecidas pelo cidadão. Nesse sentido, a acessibilidade aos serviços de saúde é capaz de realizar a produção de serviços e de resposta às necessidades de saúde da população (MELO *et al.*, 2013).

Reis *et al.* (1990), revela dois aspectos da acessibilidade: o sócio organizacional – que se refere aos recursos e oferta do serviço facilitando ou dificultando o acesso do usuário à rede; e, o geográfico – onde o percurso, o tempo e distância podem beneficiar ou não o acesso deste usuário ao cuidado em saúde. Diante disso, o NASF estudado atende à recomendação do MS (BRASIL, 2011), no que se refere à incorporação do NASF na

própria unidade básica de saúde, buscando facilitar e potencializar o acesso geográfico da população adscrita, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Em uma abordagem territorial, Sack (1986) afirma que a territorialidade também é um componente do poder não apenas para manter a ordem mas, também, uma estratégia para criar significados diante do contexto geográfico vivenciado. Aos usuários do NASF, a delimitação geográfica permite criar a organização do espaço dando significado ao lugar onde estão inseridos permitindo o acesso igualitário ao cuidado em saúde visando o controle/disciplinarização através da adscrição da clientela.

Para Haesbaert (2007), as relações de poder moldam o território na busca pelo controle de sua acessibilidade. Esse controle pode ser de diversas intensidades dependendo dos sujeitos que o promovem como, o Estado, os grupos, etc., podendo ser funcional ou simbólico de acordo com sua origem. Como é o caso da realização de práticas de grupos pelo NASF que, através do controle de sua área geográfica por meio da delimitação territorial, permite a facilidade de acesso dos usuários aos cuidados em saúde mais próximo de sua residência domiciliar.

O acesso à saúde envolve aspectos em que atuam os fatores socioeconômicos, culturais e intersetoriais ligados à própria estrutura política (UNGLERT, 1990). A acessibilidade é fundamental para manter a equidade no SUS brasileiro.

A facilidade de acesso aos sistemas de saúde como o NASF permite uma melhor resolubilidade da assistência prestada traduzida em ações que garantam a satisfação do usuário por meio da reorganização do processo de trabalho e diversificação da proposta terapêutica viabilizando uma assistência ao usuário próximo de sua residência. A avaliação da acessibilidade no território do NASF obteve resultados satisfatórios o que implica uma homogeneidade diante da percepção dos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas transformações têm ocorrido nas políticas públicas de saúde no Brasil, visando garantir melhoria na qualidade de vida da população e reorientação do sistema de atenção à saúde. Nesta pesquisa, foi possível compreender a visão dos usuários em relação as práticas de grupos desenvolvidas no território do NASF, bem como, identificar os benefícios proporcionados durante a participação dessas atividades.

Em relação à percepção dos usuários da ESF quanto à participação das práticas de grupo desenvolvidas no território do NASF, observou-se uma visão positiva diante de uma proposta terapêutica na resolubilidade de seu processo saúde-doença. As práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF pesquisado vem ao encontro das diretrizes do SUS na busca pela promoção da saúde e prevenção de doenças, enfatizando a qualidade de vida e autocuidado em saúde.

As práticas em grupos fortaleceram as trocas de saberes, tornando – os ambientes promotores de saúde e melhoria na qualidade de vida dos participantes. Possivelmente influenciou no processo saúde-doença e no empoderamento do autocuidado em saúde vislumbrando um campo relacional e simbólico diante das atividades ofertadas.

Observou-se que a maioria dos usuários não demonstrou ter conhecimento sobre o significado do NASF e desconhecem os responsáveis pelas práticas de grupos ofertadas. No entanto, o desconhecimento não impediu que os usuários participassem das práticas de grupos ofertadas e acarretasse melhorias em sua qualidade de vida. Porém, esse desconhecimento de informações básicas de saúde poderá acarretar dificuldade de adesão ao tratamento. Percebe-se a necessidade de educação permanente para profissionais e usuários visando a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

Ficou evidenciado a facilidade de acesso aos serviços de saúde demonstrada pelos entrevistados. Este fato configura-se como importante papel na construção da autonomia do cuidado e resolubilidade das ações, pode ser considerada uma ferramenta de apoio para a realização das práticas de grupos. O acesso próximo à unidade de saúde proporciona facilidade na adesão e acompanhamento no tratamento de saúde do indivíduo, permitindo um contato mais próximo do paciente com o profissional de saúde. No entanto, o fato dos horários das atividades serem compatíveis com o horário do mercado de trabalho, poderá

acarretar dificuldade de acesso da população trabalhadora na realização das práticas de grupos. Faz-se necessário a readequação dos horários das atividades de forma a beneficiar a classe trabalhadora brasileira que também necessita de cuidados em saúde.

Faz-se necessário, a ampliação das equipes de ESF/NASF no município estudado. A contemplação de cobertura populacional de saúde em 100% permite uma readequação da organizacional do processo de trabalho das equipes, permite folgar com o atendimento curativista nos hospitais e abrange a integralidade e resolubilidade da rede de atenção à saúde. Observou-se avanços satisfatórios com inserção de profissionais não-médicos na APS já que as práticas de grupos realizadas pelo NASF, passaram a fazer parte da vida cotidiana dos usuários ampliando a qualidade de vida diária dos participantes.

A satisfação dos usuários encontrada neste estudo provavelmente demonstra que a resolutividade, o comprometimento, respeito e atenção do profissional está instaurado nesse serviço de saúde, bem como, seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004). No entanto, esse fato deve ser analisado com cautela, pois na avaliação dos serviços de saúde de caráter público pode ficar evidente o viés da gratidão. A ocorrência do atendimento provavelmente produz satisfação, não significando que o serviço de saúde tenha atingido às expectativas do indivíduo.

A implantação do NASF como uma modalidade de assistência permitiu o advento de um novo panorama na APS, centrado na comunidade em que a equipe multiprofissional está inserida. No entanto, percebeu-se a necessidade de uma proposta de educação permanente com os usuários e profissionais. Essa proposta poderá proporcionar compreensão das ações na construção de identidades culturais e na verticalidade das ações ofertadas. Espera-se que, assim, possa garantir a efetividade na assistência e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários.

Diante do exposto, conhecer a percepção dos usuários do NASF permitiu visualizar o fortalecimento da APS no município estudado, consolidando-se assim, em uma proposta integral de um serviço multiprofissional à oferta de assistência à saúde no SUS mediante a construção de saberes coletivos no âmbito da ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Informação em saúde a serviço da sociedade**. In: Ministério da Saúde/ ABRASCO. Uso e disseminação de informações em saúde subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS. Brasília; 1994.

ANDER-EGG, A. S. **Educar em direitos humanos: construir democracia**. In: OMISTE *et al.* **Formação de grupos populares: uma proposta educativa**. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

ANDRE, S. A. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**. v. 50, n.1, p. 159-172, 2008.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAUJO, R. E. Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF): a experiência de Belo Horizonte. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9L7GNQ/analise_exploratoria_dos_indicadores_de_resultado_dos_n_cleos_de_apoio___sa_de_da_fam_lia__1_.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 out. 2017.

ARMIGLIATO M. E. *et al.* Avaliação de serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. **Rev Soc. Bras. Fonoaudiol**. v. 15, n. 1, p. 32-39, 2010.

ASSIS, A. M. O. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.

ASSIS, F.; CARNIELLO, M. F. Geografias da comunicação: espaços reflexivos no território latino-americano. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. 2010.

AVEIRO, M. C. *et al.* Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl., p. 1467-1478, 2011.

BACKSCHAT, T. M. S.; LANZA, L. M. B. Território e política de saúde. **6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. 2º Seminário de Direitos Humanos**. Capitalismo Contemporâneo na América Latina: Políticas Sociais Universais. Unioeste. Campus de Toledo, PR. 2014.

BARCELLOS, C. C., *et al.* Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação e Uso de Indicadores na de Situações de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS 2002**. v. 11, n. 3, p. 129–138, 2002.

BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: **I Seminário nacional saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz. v. 2, p.27-34, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, C. M. L.; JÚNIOR, G. F. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. v.1, n.1, 2012.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: Bauer M, Gaskell G. (organizadores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes; 2002.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

BERGER, B.; MACINMAN, A. Exercise and the quality of life. In: SINGER, R. *et al.* **Handbook of Research on Sport Psychology**. New York: Macmillan Publishing Company, 1993. cap. 34, p. 729-760.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 3. p. 401-412, 2002.

BOLIGIAN, L.; ALMEIDA, R. D. A transposição didática do conceito de território no ensino de geografia. In: GERARDI, Lúcia Helena de Oliveira (Org.). **Ambientes: estudos de geografia**. Rio Claro: Programa de Pós-Graduação em Geografia /UNESP, 2003. p. 235-248.

BONNEMAISON J.; CAMBRÈZY, L. Le lien territoria: entre frontières et identités. **Geographies et Cultures**, Paris, L'Harmattan-CNRS, 20, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as cartas de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Portaria n° 1065, de 4 de julho de 2005.** Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: Instruções técnicas para sua organização.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o aleitamento materno.** 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas – Brasília: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Cadernos HumanizaSUS; v.2. Ministério da Saúde. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema único de Saúde.** Brasília, 2010.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Censo 2010. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS 2488/2011**. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prática integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Caderno de Atenção Básica, n 31. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Vol 1: Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**. Ministério da Saúde; 2014. [Cadernos de Atenção Básica, n. 39].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BREVILHERI, E. C. L.; NARCISO, A. M. S.; PASOTR, M. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serv. Soc. Rev.** Londrina, v. 16, n.2, p. 36-61, 2014.

CAMPOS, E. C. S. Território e gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde - SUS. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. **Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**. São Luiz, Maranhão. 2011.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2007.

CAMPOS, N. R. O surgimento do nasf e a atuação do serviço social. **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte. 2013.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 1, 1996.

CHIZZOTTI A. **A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4ª ed. São Paulo: Cotez; 2000.

CLAVAL, P. A volta do cultural na geografia. **Mercator: revista de Geografia da UFC**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 19-28, 2002.

CONASS. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2009.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977.

COSTA, G.D. *et al* . Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

COSTA, R. C.; RODRIGUES, C. R. F. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 465-475, 2010.

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care.** Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. (Mimeo). Disponível em: <www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2004.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas.** São Luiz, Maranhão, 2011.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface: Comunic., Saude, Educ.** v.13, supl.1, p.641-649, 2009.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS,** v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DOAK, C., *et al.* **Teaching patients with low literacy skills.** 2 ed. Philadelphia: Mosby; 1995.

EDUARDO, M. F. **Território, trabalho e poder: por uma Geografia relacional.** Campo-Território, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 173-195, 2006.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FARIA, R. M. **A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia. v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FARIA, R. M. Gestão da saúde em territórios urbanos: considerações de uma experiência de pesquisa. **RESGATE.** v. 19, n. 21, p. 17-24, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A. D. Modelos de atenção e a saúde da família. **Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.** EPSJV, FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2007.

FERREIRA, D. S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência geográfica. **CAMPO-TERRITÓRIO**: revista de geografia agrária, v. 9, n. 17, p. 111-135, 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciêñ Saúde Colet**. 2005.

GAMBA, M. A., *et al.* Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso controle. **Rev Saúde Pública**. v. 38, n. 3, p. 399-404, 2004.

GARCIA M. A. A., *et al.* Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

GIBBARD, A. The prospective pareto principle andequity of access to health care. **Milbank mem. FdQuart**. v. 60, p. 399-428, 1982.

GOMES J. A.; BRITO C. M. D. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. **Rev Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo. v. 24, n. 1, p. 81-86, 2013.

GONDIM, G. M. M. Territórios e identidades: questões e olhares contemporâneos. Frederico Guilherme Bandeira de Araújo e Rogério Haesbaerth (Orgs.). Rio de Janeiro: Access, 2007, 136 p. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**. v. 7, n. 3, p. 629-633, 2010.

GONDIM, G. M. M., *et al.* **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. In. Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Maurício. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.183-203.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 15 mai. 2017.

GUADAGNIN, E. **O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: relevância e desafios**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, 2013.

GUARDA, F. R. B., *et al.* A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS. v. 19, n. 2, p. 265-270, 2014.

GUIMARÃES, R. B. Política nacional de saúde, concepções de território e o lugar da vigilância em saúde ambiental. *HYGEIA*, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2009.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, Alexandre Domingues; SPÓSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão/ PR: UNOESTE, 2004.

HAESBAERT, R. **Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no nordeste**. Niterói: EDUF, 1997.

_____. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. 6ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2011.

_____. **O mito da desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2004.

_____. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgrafia**. Ano IX. N. 17, 2007.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de Globalização. **etc..., espaço, tempo e crítica**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 39-52, 2007.

HEIDRICH, A. L. Território, integração socioespacial, região, fragmentação e exclusão social. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (orgs.). **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2004. p. 37-66.

HEIDRICH, A. L.; CARVALHO, O. A. de. Territorialidade de exclusão e inclusão social: relações da sociedade com o espaço em situações de pobreza e de construção de vida econômica e de consciência. In: **Anais 8º Encontro de Geógrafos de América Latina**. **Santiago**: Associação de Geógrafos de América Latina, 2001.

HEISLER, M.; *et al.* The health effects of restricting prescription medication use because of cost. **Med Care**. v. 42, n. 7, p. 626-634, 2004.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm. USP**. v. 38, n. 1, p.13-20, 2004.

HORI, A. A. **Potencialidades, limites e desafios da saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos/SP**. Dissertação (Mestrado). 2013. Disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013_Alice_Ayako_Hori.pdf. Acesso em: 17 out. 2017.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Imago editora, Rio de Janeiro, 1976.

JORGE, M. S. B.; *et al.* Avaliação da qualidade do programa saúde da família no ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2007.

KRUEGER, R. A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

LACERDA, J. T.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; MACHADO, N. M. V. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Florianópolis: UFSC, 2010.

LAKS, J.; *et al.* Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 25, n. 2, p. 7479, 1998.

LALONDE, M. 1974. A new perspective on the health of Canadians. pp.3-5. In OPAS 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología.** Publ. Cient.557, OPAS, Washington.

LEFEBVRE, H. **La Production de l'Espace.** Paris: Anthropos. 1986 (1974).

LEFÈVRE, F.; CAVALCANTI, A. M. C. Crítica da saúde como positividade ou saúde como negação da negação. In: LEFÈVRE, F.; CAVALCANTI, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 26-47.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade.** Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG, 2001.

LIMA, N. T.; *et al* (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MAGNUSSEN, L. E. J.; JOLLY, P. **Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy.** Health Affairs. v. 23, n. 3, p. 67-176, 2004.

MALTA, D. C.; *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília. v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.** v. 19, n. 2, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUDO, S. M.; *et al.* Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde.** v. 5, n 2, 2000.

MATTA, G. C.; MOROSSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde. Dicionário da Educação Profissional em saúde.** 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 09 mai. 2017.

MELO, E. C. A.; *et al.* Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória. v. 15, n. 4, p. 37-47, 2013.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde.** Mimeo, 2002.

_____. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1993.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T, et al, organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público,** São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-42.

_____. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. **Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos.** SER Social, Brasília. v. 11, n. 25, p. 221-243, 2009.

MIRANDA, A. C. *et al.* (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MITCHELL, A. S. Do território aos vínculos: a construção do conceito de vínculos territoriais. **Boletim Gaúcho de Geografia** v. 38, p. 35-52, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/bgg/article/view/37337/24116>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 141-163.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território e o processo saúde-doença. In: **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: CORBO, A. M. D'Andrea; FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

MONKEN, M.; *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In. MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MORAES, M. C. de. **Acessibilidade no Brasil**: análise da NBR 9050. Florianópolis, 26 de junho de 2007, 166 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação, UFSC, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. EPSJV: FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

MS (Ministério da Saúde). **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986.

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, 2010.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Grupo de mulheres na comunidade: (re)construindo saberes em saúde. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro. v. 21, n. 3, p. 253-259, 2013.

OLIVEIRA, F. M.; GOMES, M. L.; OVERCENKO, T. **O profissional farmacêutico na assistência ao PSF: atuação do farmacêutico no núcleo de assistência à saúde da família – NASF.** Disponível em: <http://www.primeiraversao.unir.br/artigos_volumes/265_LETICIA_%20franciele_tatiana.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec; 2008.

OLIVEIRA, K. D.; ALMEIDA, K. L.; BARBOSA, T. L. **Amostragens probabilística e não probabilística: técnicas e aplicações na determinação de amostras.** Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-graduação em Ciências Florestais. 2012.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde.** AlmaAta, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

OPAS/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Washington, 2008.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Preparacion de indicadores em El logro de La salud para todos em El año 2000.** Ginebra. 1981.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PEREHOUSKEI, N. A.; ANGELIS, B. L. D.; FONZAR, U. J. V. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Sociedade e Território.** Natal, v. 27, n. 1, p. 101 -116, 2015.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, B. O território no programa saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Hygeia,** 47-55, 2006.

PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**. v. 4, n. 7, p. 136-157, 2007. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/>. Acesso em: 28 ago. 2017.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. Enfermagem e o PSF: do PSF ao ESF. **Enfermagem**, 10/06/2008. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf/5290>. Acesso em: 29 mai. 2017.

RAFFESTIN, C. Raças, etnias e poder. In: **Por uma geografia do poder**. São Paulo, Ática, 1993.

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, 2010.

REIS, E. J. F. B.; *et al.* **Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde**: Notas Bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, RJ. v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

REIS, R. S.; *et al.* Atenção primária nas américas e no brasil: uma perspectiva histórica e política. **IV Jornada Internacional de Políticas Públicas**: Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas. 2009.

RIBEIRO, L. H. L. Contribuições da geografia às políticas públicas: território usado como condicionante dos programas de fitoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS). ISSN: 1984-8501 Bol. **Goia**. Geogr. Goiânia. v. 34, n. 2, p. 381-397, 2014.

RODRIGUES, F. F. L.; *et al.* Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

SACK, R. D. **Territorialidade Humana**: sua teoria e história. Cambridge University Press. Cambridge. 1986.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw–Hill, 2006.

SANTOS M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, A. A. S.; PEKELMAN, R. A escola, o território e o lugar - a promoção de espaços de saúde. **Okara: geografia em debate**. v. 2, n. 1, p. 3-11, 2008. Disponível em: <http://www.okara.ufpb.br/ojs2/index.php/okara/article/view/1508/2699>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro. v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SANTOS, L. M.; *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. “Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE nos seus vinte anos”. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, M. **La naturaliza del espacio**. Tradução. Barcelona: Editorial Ariel, 2000.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro/RJ, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

SAQUET, M. A. **Os tempos e os territórios da colonização italiana**. Porto Alegre: EST edições, 2003.

SCOTNEY, N. **Educação para a saúde: manual para o pessoal de saúde na zona rural**. São Paulo: Paulinas, 1981.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO GOVERNO DE MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUSMG nº 2.341, de 19 de abril de 2016.** Aprova a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. SESMG, 2016.

SENA, L. A.; *et al.* Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 16, n. 3, p. 337-342, 2012.

SILVA JUNIOR, E. S.; *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil,** Recife, v. 10, supl. 1, p. 549-560, 2010.

SILVA, A. L. A. C.; MUNARI D. B.; LIMA F. V.; SILVA W. O. Atividades Grupais em Saúde: Características, Possibilidades e Limites. **R. Enferm,** Rio de Janeiro. v.11, p. 18-24, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro. v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA, M. L. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, A. L. D.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.). **Saúde,** desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 127-150.

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, 2013.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.** Campinas: IPES Editorial. v. 2, p. 57-77, 2004.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77- 116.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STORCK, V.; OLIVEIRA, G. S.; PERES, M. S. **Perspectiva do profissional fonoaudiólogo da rede pública de saúde a sua atuação no território**. 2016. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2016/65/2016_65_13063.pdf. Acesso em: 11 jul. 2017.

TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários**. Ribeirão Preto, 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP. Área de Concentração: Psicologia.

TAVARES, A. A.; *et al.* (Re) Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. **Cad. Ter. Ocup.**, UFSCar, 2012.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na ilha de Caratateua, Belém. **Esc Anna Nery R. Enferm.** v. 11, n. 1, p. 155-159, 2007.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPAS 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología**, OPAS, Washington. p. 3744, 1992.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos** (Porto Alegre). v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

TOLDRÁ, R. C.; *et al.* Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 38, n. 2, p. 159-168, 2014.

TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 1039-1047, 2003.

UNGLERT, C. V. S.; *et al.* Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. saúde públ.**, S. Paulo. v. 21, p. 439-446, 1987.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde públ.**, S. Paulo. v. 24, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (profissionais)

Título: Ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na visão dos profissionais.

Pesquisador Responsável: Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Contato com o pesquisador responsável:

Rua: Oswaldo Cruz n.302 apto 901 Centro – Governador Valadares – MG

CEP: 35010-210 Telefone: (33) 32713236

Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “As práticas de grupo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na visão dos usuários”. Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família em relação às práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF no município de Governador Valadares (MG). Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração para esta pesquisa. Para isso você irá responder para nós, algumas perguntas sobre as atividades de grupo ofertadas pelo NASF, das quais você participa. Você pode recusar-se a responder qualquer pergunta que lhe cause constrangimento. Se isso acontecer, peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Apesar da importância de sua contribuição, você tem o direito de desistir de sua participação em qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo. A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Acreditamos que estes dados possam contribuir para um melhor planejamento e resolutividade das atividades desenvolvidas pelo NASF. Seu nome não vai aparecer em lugar nenhum para garantir o segredo de que foi você quem deu as respostas. Os dados coletados serão apresentados em eventos de caráter científico e/ou escritos na forma de artigo em revistas especializadas na área de Saúde Coletiva.

Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o CEP UNIVALE.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de ____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO B – Solicitação de autorização para realização da pesquisa**TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO**

Para: Secretária Municipal de Saúde de Governador Valadares - MG

Sra. Kátia Barbalho Diniz

Assunto: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS DEPENDÊNCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).

Governador Valadares, 24 de setembro de 2015.

Prezada Senhora,

Dando continuidade a nossa linha de pesquisa em Avaliação dos Serviços de Saúde, solicitamos autorização para realização de um estudo nas dependências das unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Governador Valadares, referente ao projeto de pesquisa intitulado “AS PRÁTICAS DE GRUPO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA VISÃO DOS USUÁRIOS”, sob minha coordenação.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família em relação às práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF no município de Governador Valadares (MG). Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão os usuários participantes das atividades de grupo desenvolvidas pelo NASF no município estudado. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, conduzidas com base num roteiro semi-estruturado.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 06 meses.

Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação dos usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Salientamos que a pesquisa será desenvolvida em conformidade com os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente projeto não apresenta riscos para os participantes. Entretanto alguma pergunta pode causar constrangimento ao participante. Neste caso, o mesmo não precisará respondê-la e o entrevistador deverá passar para a próxima pergunta. Os procedimentos realizados não interferirão na rotina de funcionamento atendimento das unidades de saúde. Os resultados serão divulgados através da publicação de artigos científicos em revistas

especializadas e apresentação em eventos, resguardando a não identificação dos usuários e do município.

Sendo as ações multiprofissionais desenvolvidas pelo NASF atividades novas inseridas na comunidade onde a ESF atua em uma vertente predominantemente assistencial, com marcações e realizações de consultas e encaminhamentos para exames complementares, interessa saber qual a percepção do usuário em relação a uma prática de saúde distinta daquela habitual. A percepção das pessoas sobre uma proposta de ação pode ser uma relevante ferramenta para a análise da sua adequação às necessidades dos sujeitos.

Assim, acredita-se que conhecer a percepção dos usuários destas novas práticas em saúde pode contribuir para verificar se de fato a inserção dos profissionais do NASF está oferecendo melhoria no apoio às equipes da Estratégia de Saúde da Família, bem como na qualidade de vida dos usuários. Os resultados poderão ainda servir de orientação para repensar e nortear as práticas profissionais desenvolvidas nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), sobretudo no município de Governador Valadares. Na certeza de poder contar com esta Secretaria no sentido de autorizar a realização do referido estudo, aguardamos retorno. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Dra Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Profa do Curso de Odontologia da UNIVALE

Pesquisadora Responsável

ANEXO C – Roteiro de entrevista semiestruturada

Primeira parte: dados sócio-demográficos

1. Sexo
2. Idade
3. Estado civil
4. Escolaridade
5. Situação de trabalho

Segunda parte: questões relativas à participação nas práticas de grupo

1. Você sabe o que é o NASF?

Se sim, ir para a questão 1.1. Se não, ir para a questão 1.2.

- 1.1 Você conhece as atividades desenvolvidas pelo NASF? Se sim, quais?
- 1.2 Quem você acha que é responsável pela oferta dos grupos?
2. Em qual dos grupos você participa?
3. Há quanto tempo você participa? Qual a frequência deste(s) grupo(s)? Qual a frequência que você vem ao(s) grupo(s)?
4. Como você ficou sabendo da existência deste(s) grupo(s)?
5. Porque você entrou neste(s) grupo(s)? Ou, o que o (a) motivou a participar dos grupos?
6. A participação no grupo trouxe algum benefício/vantagem para sua vida? Se sim, qual?
7. O que você não gosta neste(s) grupo(s)?
8. Durante as práticas de grupo, o que você mais gosta?
9. O que você perderia se este(s) grupo(s) não existisse(m) mais?
10. Você indicaria este(s) grupo(s) para um amigo?
11. Qual o tempo gasto e a forma de deslocamento de sua casa até o local de realização do grupo?
12. Você considera os horários do(s) grupo (s) compatíveis com a sua rotina diária?
13. Como é a sua relação com os profissionais que desenvolvem as atividades de grupo?
Você considera satisfatória a condução do(s) grupo(s)?
14. Em sua opinião, como estes grupos podem melhorar?
15. Algo mais que gostaria de falar que não foi perguntado?

ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As práticas de grupo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na visão dos usuários.

Pesquisador: Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50183715.2.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.335.248

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma temática atual e significativa.

Objetivo da Pesquisa:

Levantar a percepção dos usuários dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aceitável, visto que o entrevistado poderá interromper a entrevista em caso de desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cumpriu as exigências preliminares, embora não tenha anexado os termos de autorização para pesquisa nos NASF assinado.

Recomendações:

Dado a importância significativa desta pesquisa, especialmente em termos práticos, sugiro ao grupo de pesquisadores considerem, eventualmente, uma bibliografia complementar que possa trabalhar com a questão da percepção do usuário, também numa perspectiva fenomenológica.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 1.335.248

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604287.pdf	19/10/2015 11:14:06		Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	19/10/2015 11:11:43	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2015 11:10:36	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/10/2015 11:10:17	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/10/2015 11:06:11	Elaine Toledo Pitanga Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 24 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br