

# Humanização nas práticas de grupo do NASF: Percepção dos usuários

Melissa Nathielle de Lima Souza\*  
 Leonardo Oliveira Leão e Silva \*\*  
 Suely Maria Rodrigues \*\*\*  
 Elaine Toledo Pitanga Fernandes\*\*\*

\*Acadêmica do 6º período do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE.

\*\*Professor do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce- UNIVALE. Membro do Núcleo de Pesquisa Saúde, Individuo e Sociedade- SAIS.

\*\*\*Professoras do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE. Membros do Núcleo de Pesquisa Saúde, Individuo e Sociedade- SAIS.

## Resumo

Objetivou-se nesta pesquisa qualitativa identificar ações de humanização nas práticas de grupo realizadas pelo NASF de um município mineiro, na perspectiva do usuário. Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzidas com base num roteiro semiestruturado e analisados segundo a técnica “Análise de conteúdo” de Bardin. Os usuários mostraram-se satisfeitos com a relação de vínculo e humanização advindos da participação nas práticas de grupo motivados pelos benefícios terapêuticos e sociais. Concluiu-se que foram identificadas ações de humanização advindas da participação nas práticas de grupo, evidenciando que a equipe estudada atua em consonância com as diretrizes da PNH.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Acolhimento. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## Abstract

The objective of this qualitative research was to identify humanization actions in the group practices carried out by the NASF of a Minas Gerais municipality, from the perspective of the user. Data were collected through interviews conducted on the basis of a semi-structured script and analyzed according to the technique “Analysis of content” by Bardin. Users were satisfied with the relationship of bonding and humanization resulting from participation in group practices motivated by therapeutic and social benefits. It was concluded that humanization actions resulting from participation in group practices were identified, evidencing that the team studied works in accordance with the HNP guidelines.

Key- words: Humanization of care. Welcome. Family Health Support Center.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um conjunto de conhecimentos tecnológicos, técnicos e práticos, que compreendem cuidados fundamentais à saúde garantida a todas as pessoas. Portanto, a APS é considerada como o primeiro nível de contato com os serviços,

consistindo no início do processo hierarquizado de atenção (BRASIL, 2010).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção e a atenção à saúde vêm passando por transformações políticas, econômicas e socioculturais. Sendo assim, foi implantada a partir de 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de reorganização e fortalecimento da atenção básica à saúde, buscando consolidar as intervenções voltadas à promoção e educação em saúde, ampliar o acesso aos serviços de saúde e consolidar o princípio da integralidade nas práticas de cuidado. A implantação das atividades multiprofissionais e não médicas no âmbito da atenção primária tiveram início em 2005, objetivando a interdisciplinaridade das ações, construindo de forma coletiva práticas de saúde baseadas na identificação do perfil de uma comunidade (BRASIL, 2008).

Na busca pela integralidade os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram instituídos em 2008 pelo Ministério da Saúde, objetivando fortalecer e ampliar as ações das equipes que atuam na ESF (BRASIL, 2008), bem como otimizar as ações de promoção e atenção à saúde da comunidade, em conjunto com as ações da ESF a que se vinculam (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, em contraste com o modelo convencional de prestação de cuidados que priorizam a assistência curativa, especialista e individualista, o NASF, de forma geral deve buscar, juntamente das ESF, a efetivação do cuidado integral em complementaridade das ações de promoção, prevenção, reabilitação, acolhimento, e humanização da atenção, visando ao acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2009).

Visando cumprir as ações estabelecidas, o NASF desenvolve atividades multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários, destacando-se dentre estas, as práticas de grupo. Segundo Silva et al (2003) estas práticas são consideradas recursos importantes para a assistência em saúde, uma vez que podem contribuir para possibilitar mudanças na percepção e responsabilização da própria saúde, melhorando a qualidade de vida e ampliando os laços entre usuário e unidade de saúde, visto que o contato com saberes coletivos estimula o profissional na elaboração de estratégias resolutivas, proporcionando assim uma prática mais humanizada.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que instituiu o NASF, traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Práticas Integrativas e Complementares; de Humanização em Saúde, dentre outras (BRASIL, 2010).

No campo da saúde há necessidade da participação e atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e co-responsáveis no processo de produção da saúde. Para efetivar os princípios estabelecidos pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificar a saúde pública no Brasil, bem como incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários foi implementada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). A comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (MARTINS; LUZIO, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH) considera o acolhimento como um dos processos na constituição de práticas de produção e promoção à saúde. O acolhimento é um conceito constantemente utilizado para expressar as relações que se firmam entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Contudo, isto não se trata apenas de uma relação de prestação de serviço, além disso, o acolhimento diz respeito a uma relação cidadã, humanizada, de escuta qualificada. É, portanto, relacionado ao vínculo entre usuário e serviço de saúde, na perspectiva de resolubilidade do atendimento e adequação do mesmo à realidade e necessidades da comunidade (BRASIL, 2010b).

Visando efetivar a PNH nos serviços de saúde, o NASF busca atuar numa perspectiva que compreenda o usuário em todas as suas dimensões e redes de relação (BRASIL, 2010). Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar ações de humanização nas práticas de grupo realizadas pelo NASF de um município mineiro de médio porte, na perspectiva do usuário.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa gera informações ricas e detalhadas, que possibilita manter intactas as perspectivas dos participantes, possibilitando uma compreensão do comportamento e suas manifestações, em um determinado contexto, responde a questões específicas (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares, situado no leste do Estado de Minas Gerais com uma população de aproximadamente 276.995 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010). Este município é cidade polo da região ampliada de saúde, atuando na gestão plena. Possui 61 equipes de ESF implantadas, o

que representa uma cobertura populacional de 74,92% e 11 equipes de NASF tipo 1 (BRASIL, 2018).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado neste município em junho de 2008 através da portaria nº 1.616. À época da realização deste estudo (2016), o município possuía 08 equipes do NASF com 06 áreas profissionais de atuação: Nutricionista (2), Fisioterapeuta (4), Farmacêutico (3), Assistente Social (4), Educador Físico (4) e Psicólogo (4) totalizando 21 profissionais atendendo a 35 ESFs. Cada equipe apoiava em média 05 ESFs.

O universo da amostra foi constituído pelos usuários assistidos por uma das 08 equipes do NASF atuantes em Governador Valadares. A escolha deste NASF foi fundamentada com base na atuação da equipe no município, desde sua implantação em 2008, por apresentar maior número de usuários inseridos nas atividades multidisciplinares e com vínculo consolidado com as comunidades assistidas.

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários cadastrados nas ESFs assistidas pelo NASF escolhido. Os critérios utilizados para inclusão na amostra foram: indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, que participavam há pelo menos seis meses em um dos grupos de atividades, que se dispusessem a participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a seleção dos sujeitos, o pesquisador consultou os profissionais do NASF responsáveis pelos grupos. Estes indicaram os usuários que eram mais assíduos nos grupos e que possivelmente se interessariam em participar da pesquisa. Aqueles sujeitos que aceitaram foram incluídos na amostra. Sendo assim, participaram do estudo 27 usuários, que integravam os diversos grupos de atividades desenvolvidas em cinco (05) Estratégias de Saúde da Família apoiadas pela equipe do NASF escolhida para o estudo.

Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Além de uma breve caracterização sócio demográfica dos usuários, o roteiro de entrevista versou sobre os temas: motivação para participação nas atividades de grupo, benefícios e satisfação advindos da participação nas atividades de grupo, relação com os profissionais.

Visando testar o roteiro de entrevista e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados 07 usuários participantes de grupos ofertados pelo NASF em estudo, porém estes não foram incluídos no estudo principal. O projeto piloto permitiu avaliar e adequar o roteiro de entrevista desenvolvido para este estudo. Os dados trabalhados neste estudo

foram coletados no período de setembro a outubro de 2016.

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

Para a apuração dos discursos das participantes, foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (BARDIN, 2009). Após a transcrição, foi feita uma leitura exaustiva do material, buscando-se estabelecer as categorias emergentes das falas em relação aos assuntos tratados na entrevista. A análise do material foi realizada buscando-se identificar recorrências e semelhanças em relação a cada tópico da entrevista. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Tendo em vista a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra “E”, acrescidos de algarismos arábicos de acordo com a sequência das entrevistas.

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

## Resultados e discussão

Os resultados apresentados se referem à análise de 27 entrevistas. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (77,7%), casada (70,3%) e possuíam o ensino fundamental incompleto. Este fato pode estar relacionado ao maior cuidado que as mulheres têm com sua saúde em comparação aos homens, bem como diferenças de atitude em relação ao controle e tratamento das doenças.

O predomínio de mulheres participantes nas práticas de grupo pode se dar ao fato da maior inclinação ao autocuidado, assim como uma melhor percepção acerca do estado saúde-doença, buscando com mais frequência auxílio para si e seu lar (LIMA et al., 2011).

A faixa etária dos usuários variou entre 36 e 82 anos, não apresentando diferença entre adultos e idosos.

À época do estudo, grande parte dos mesmos encontrava-se desempregada, seguido de um elevado número de aposentados. Acredita-se que este perfil também possa ter possibilitado a participação destes usuários nos diferentes grupos ofertados pelo NASF.

Quando questionados sobre a motivação para a participação nas práticas de grupo ofertadas pelo NASF, evidenciou-se que a busca pela melhoria da saúde e convívio social foram os fatores mais citados:

*"... entrei em depressão, aí eu comecei a vim no grupo..." (E57)*

*"Ah, na época que eu entrei, em primeiro lugar eu sou diabética né [...] e eu estava precisando de uma coisa assim sabe, para distrair um pouco a cabeça." (E9)*

*"É por causa da minha enfermidade, por causa do problema de coluna, né?" (E2)*

*"Eu gosto de ficar no meio do povo, né?" (E24)*

*"Eu tinha muita dor nas perna.... Eu tinha um morro lá que eu subia, eu subia e num guentava de tanta dor que dava na perna..." (E16)*

Os resultados do presente estudo em relação à motivação mostram-se em concordância com estudo realizado em um município da Paraíba, onde idosos participantes dos grupos de exercícios físicos do NASF citaram o convívio social e revigoramento físico como motivações para a permanência nas atividades, visto que se sentem acolhidos por outros usuários e pelo profissional (ANDRADE et al, 2014).

Conforme depoimentos, percebeu-se que os usuários, em sua maioria buscaram os serviços de saúde para a reabilitação de alguma doença ou agravo, e não para a prevenção. Assim, a melhoria da saúde já comprometida e a busca pela qualidade de vida mostrou-se como um dos principais fatores de motivação para participação nas atividades de grupo. Evidenciou-se ainda que o convívio com os demais participantes e o profissional responsável constituiu-se em um fator motivacional para permanência nas práticas de grupo.

Segundo Carvalho e Pedrosa (2015), a satisfação pode ser considerada uma expressão do contentamento de um indivíduo em relação a uma situação, serviço ou com outros indivíduos. Portanto, um indivíduo é satisfeito quando sua expectativa é alcançada.

Pode ser considerada também como um processo que exige a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma favorável relação paciente profissional/equipe de saúde. A satisfação está diretamente relacionada à adesão terapêutica, aos resultados dos cuidados, influenciando comportamentos de saúde e doença (CROW et al., 2002; ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009).

Quanto à satisfação e benefícios dos usuários na participação dos grupos, a diminuição de dores físicas/bem-estar foi um dos fatores mais mencionados, conforme revelado nas falas:

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

*"Pra mim foi muito bom, foi tão bom que eu não saí mais.*

*Trouxe alegria, prazer, me trouxe melhoria na minha saúde." (E8)*

*"Olha, melhorou a minha saúde, emagreci, controlou a diabetes, tá controlando a pressão, entendeu? Meu joelho tá doendo menos..." (E15)*

*"Dá um pouco mais de tranquilidade, e, saúde também, que mexe com a mente, né?" (E27)*

A partir dos relatos identificou-se que os grupos, em sua maior parte, é composto por usuários com alguma patologia instalada. A diminuição de dores e do uso de medicamentos para o alívio das mesmas, resultou assim na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

O vínculo afetivo também foi citado como fator de satisfação dos usuários em relação à participação nas práticas de grupo. Na maioria dos depoimentos esse sentimento foi evidenciado pela amizade construída ao longo da participação nas práticas, tanto dos participantes entre si, como destes com os profissionais que as conduziam:

*"A vantagem que eu tive? A vantagem que eu tive foi que eu arrumei muita amizade" (E15)*

*"Ahh, a gente faz amizades, né? E tem oportunidade de tá aqui, perto das pessoas, né? e eu*

*"E tem o grupo aqui também é muito bom, é muita amizade, novas amizades que a gente faz, né?" (E19)*

*"Familiar, mesma coisa de ser minhas filhas, meu pai, minha mãe" (E8)*

*"...ela\* trata a gente muito bem." (E2)*

*"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?" (E19)*

*"Todo mundo aqui gosta dela! Não tem um que... Você pode perguntar todo mundo, não tem um que fala mal dela\*, né?" (E20)*

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

A satisfação dos usuários está relacionada à possibilidade da quebra das relações verticais entre o profissional de saúde e o indivíduo, facilitando a expressão individual e coletiva das necessidades, circunstâncias e expectativas de vida que influenciam na saúde do sujeito ou de uma comunidade (BITTAR e LIMA 2011).

A criação de vínculos entre usuários e profissional compreende a integralidade do cuidado, visto que saúde não se define por um desarranjo no estado saúde-doença de um indivíduo ou uma população. A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuários faz diferença na realização das práticas e ações de saúde, já que consiste em uma relação de respeito mútuo necessária para o desenvolvimento do trabalho (MEDEIROS et al., 2010). Após análise dos resultados deste estudo, percebeu-se que o atendimento humanizado e efetivo contribuiu para a melhoria do acesso, convivência e socialização dos usuários.

Segundo Lopes (2014), acolhimento e vínculo são palavras intimamente ligadas dentro da PNH, visto que o vínculo entre profissional/usuário estimula a autonomia do participante, promovendo sua participação durante a prestação de serviços e contribuindo para sua satisfação. É considerado uma postura ética que implica na escuta qualificada, e no reconhecimento do usuário como protagonista no processo saúde e doença (BAIÃO, 2014). O acolhimento tem se mostrado assim, uma ferramenta de inovação institucional proposta pela PNH, que tem qualificado e contribuído para a eficácia dos serviços da APS.

Nos depoimentos dos usuários ficou evidente que o processo de trabalho da equipe do NASF estudado compreende uma prática humanizada, onde o usuário é ouvido e reconhecido pelo nome, estando em conformidade com os pressupostos da PNH. O acolhimento, o bom relacionamento estabelecido a partir de uma relação horizontal entre profissional e usuários, bem como a satisfação diante do atendimento de suas necessidades de saúde, resultou em uma maior adesão ao tratamento e permanência nos grupos.

A humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, com foco nos trabalhos em equipe. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

## Conclusão

Neste estudo percebeu-se que o acolhimento aos usuários constitui uma prática da equipe do NASF, e contribuiu para o fortalecimento de vínculos e atendimento das expectativas e necessidades dos usuários.

A partir dos depoimentos dos usuários concluiu-se que ações de humanização estão presentes nas práticas de grupo ofertadas pela equipe do NASF estudada, estando em conformidade com os pressupostos da PNH. Estas ações se traduzem no acolhimento dos usuários e fortalecimento de vínculo entre usuários e profissionais.

## Referências

ALBUQUERQUE, A. B., DEVEZA, M. Adesão ao tratamento na prática do Médico de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: **Promef-Artmed**; v. 3 n.4, p. 41-72, 2009.

ANDRADE, A. N. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família**. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. 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 B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BAIÃO, B. S. et al. Acolhimento Humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Revista APS**; v. 17, n. 3, p. 291 – 302, 2014.

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BENEVIDES, R., PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BITTAR, C.; LIMA, L.C.V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 101-118, jun. 2012.
- CARVALHO A. P., PEDROSA E. M. Satisfação dos usuários com o acolhimento implantado em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [S.l.], v.1, n. 1, p.37- 42, 2015.
- CROW, R. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol Assess**, [S.l.], v. 6, n. 32, p.1-10, 2002.
- LIMA, L .M., et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); v. 32, n. 2, p. 323-9, 2011.
- LOPES, A. D. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na estratégia saúde da família. 110f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- MARTINS, C. P., LUZIO, C.A. Política Humaniza SUS: ancorar um navio no espaço. **Comunicação Saúde Educação**; v. 21, n. 60, p.13-22, 2017.
- MEDEIROS, F.A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, v.12, n.3, p.402-413, 2010.
- MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde (CUSC)**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- PICHON-RIVIÈRE E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- SILVA, A.L.A.C. et al. Atividades Grupais em Saúde: Características, Possibilidades e Limites. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.11; p.18-24, 2003.

**Endereço para correspondência:**

Melissa Nathielle de Lima Souza

Melissanaty10@hotmail.com

(33) 98419-7411