

Conhecimento das práticas de grupos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) numa perspectiva territorial

Lílian Costa e Silva¹
Suely Maria Rodrigues²
Elaine Toledo Pitanga Fernandes³

Resumo

Este ensaio objetivou identificar o conhecimento dos usuários sobre as práticas de grupos ofertadas no território do NASF-AB. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa realizado em um município no leste de Minas Gerais. Selecionaram-se vinte e sete indivíduos por meio de amostra intencional, por conveniência e saturação dos discursos. Os dados foram coletados com base num roteiro semi-estruturado e analisados segundo a técnica “Análise de Conteúdo” de Bardin, com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Vale do Rio Doce. Com os resultados observou-se a precariedade no conhecimento dos usuários sobre o significado da sigla NASF-AB e a identificação dos responsáveis pelas atividades realizadas por esta equipe. No entanto, isso não impediu a participação destes indivíduos nas práticas de grupos e conseqüente melhoria em sua qualidade de vida. Concluiu-se que, a maioria dos usuários demonstrou pouco conhecimento sobre o que é o NASF-AB e os tipos de atividades desenvolvidas pela equipe. Uma proposta de educação em saúde poderá ser uma estratégia eficaz e indispensável para transformar/construir o conhecimento dos usuários e profissionais quanto as práticas de grupos realizadas no território do NASF-AB.

Palavras-chave: Práticas de Grupo; Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

This essay aimed to identify the users' knowledge about the practices of groups offered in the NASF-AB territory. This is an exploratory, descriptive study of a qualitative approach carried out in a municipality in the east of Minas Gerais. Twenty-seven subjects were selected by means of an intentional sample, for the convenience and saturation of the speeches. The data were collected based on a semi-structured script and analyzed according to the “Content Analysis” technique of Bardin, with the approval of the Ethics Committee of the Vale do Rio Doce University. With the results, it was observed the precariousness in the users' knowledge about the meaning of the NASF-AB acronym and the identification of those responsible for the activities carried out by this team. However, this did not prevent

¹Enfermeira – Mestre em Gestão Integrada de Território

²Orientadora Prof^a Dra do curso de Mestrado em Gestão Integrada de Território da Universidade Vale do Rio Doce

³Co-orientadora Prof^a Dra do curso de odontologia da Universidade Vale do Rio Doce

the participation of these individuals in group practices and consequent improvement in their quality of life. It was concluded that the majority of users showed little knowledge about what NASF-AB is and the types of activities developed by the team. A proposal for health education could be an effective and indispensable strategy to transform / build the users 'and professionals' knowledge regarding group practices carried out in the NASF-AB territory.

Keyword: Group Practices; Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care; Family Health Strategy.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) configura-se como porta de entrada do sistema de saúde, é o primeiro nível da rede de atenção e desenvolve ações e planejamentos com o intuito de aumentar sua efetividade. Instituído em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) buscou reorganizar o modelo de atenção com foco principal na saúde familiar a partir do seu ambiente físico e social priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade (BRASIL, 2001).

Em 2006, o PSF passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) visando a continuidade e a reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2006; 2017). No ano de 2008, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) buscando fortalecer este modelo de atenção à saúde com intervenção multiprofissional e interdisciplinar baseadas na promoção da saúde. Neste contexto, o NASF busca qualificar as ações da ESF de forma compartilhada integrando a construção da rede atenção e cuidado à saúde superando o modelo fragmentado e hegemônico anterior de saúde buscando o alcance da integralidade das ações ofertadas (BRASIL, 2008). Em 2017, com a reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o NASF passa a ser definido como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) garantindo o atendimento horizontal e interdisciplinar na gestão do cuidado em saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB define essa reorientação do modelo de saúde através da busca de um trabalho humanizado que transcende a visão positivista do processo saúde-doença por meio de ações multiprofissionais com foco na família e comunidade (BRASIL, 2017). Tem como base o território definido da ESF e o processo de territorialização desta equipe, e busca construir um di-

álogo multiprofissional e relacional a partir do processo saúde-doença no território e reestruturar a atenção à saúde ampliando o leque de profissionais com habilidades e atitudes implementando a APS (SANTOS, PEKELMAN, 2008).

A territorialização das equipes de saúde é feita a partir da estruturação territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) que vem avançando em termos de planejamento e mudança da qualidade de vida (FARIA, 2013). O território da ESF passa a se tornar um espaço em permanente construção e reconstrução de concepções nos aspectos econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos (MENDES, 1999).

O reconhecimento do território baseia-se na caracterização da população e identificação de problemas de saúde, mas, também, permite o desenvolvimento de vínculos entre a equipe e os usuários mediante as práticas de saúde definidas geograficamente (MONKEN, BARCELLOS, 2005). Com uma base cartográfica definida, é possível realizar a análise situacional de saúde local que pode interferir no processo saúde-doença caracterizando uma estratégia para a qualidade da assistência ofertada (TAVARES, MENEZES, HOLLANDA, s/d).

O NASF-AB se territorializa dentro da ESF compartilhando e apoiando as práticas de saúde definidas no território das equipes de Saúde da Família. A organização do processo de trabalho tem como foco o território sob sua responsabilidade através de ações estruturadas que priorizem o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidade mútuas (BRASIL, 2010). Sob esta perspectiva de territorialização das equipes e visando a busca pela resolubilidade e integralidade do sistema de saúde, a prática de grupo vem se tornando o foco das ações multiprofissionais que fortalecem e integram a APS.

As práticas de grupos realizadas no território do NASF-AB constituem um importante recurso no cuidado à saúde, que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, troca de experiências e saberes e construções coletivas, que visam o empoderamento, a participação e a corresponsabilização tornando-se um excelente espaço de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2014).

Neste sentido, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo de identificar o conhecimento dos usuários sobre as práticas de grupos ofertadas no território do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Metodologia

Este artigo faz parte de uma pesquisa intitulada “As práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na visão dos usuários” que foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP - UNIVALE) aprovado pelo Parecer nº 1.335.248 de 24 de novembro de 2015.

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa baseada em um estudo observacional, descritivo e 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).

Foi realizada no município de Governador Valadares situado no leste do Estado de Minas Gerais com uma população de aproximadamente 263.689 habitantes, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010b).

O NASF-AB foi implantado no município estudado 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) totalizando oito (08) equipes na modalidade I. A equipe de NASF 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 (cinco) ESF's, distribuídas conforme o quadro 1.

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

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

De acordo com a Coordenação Municipal de Saúde, as oito equipes do NASF-AB 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).

A seleção de uma das equipes de NASF-AB foi realizada por meio de sorteio simples em que foram incluídas as equipes de ESF que apresentavam maior número de usuários inseridos nas práticas de grupo desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB 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-AB em Governador Valadares sendo assim, a equipe sorteada foi a de NASF-AB 8 (conforme distribuição no quadro 1) que abrange os bairros Vila Park Ibituruna, Jardim Primavera, Atalaia, Azteca e Ipê.

Nesta amostra, foram incluídos todos os indivíduos cadastrados nas equipes de ESF sorteada que participam das práticas de grupo desenvolvidas pelo NASF-AB. Os critérios utilizados para inclusão 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.

Para a seleção dos sujeitos, as pesquisadoras compareceram em cada uma das atividades de grupo realizadas pela equipe do NASF-AB 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 participar de uma entrevista agendada para depois da execução da atividade no qual estavam inseridos.

Inicialmente, para a realização da coleta de dados foi solicitado autorização do Secretário de Saúde Municipal. Após, as pesquisadoras se reuniram com o coordenador do NASF-AB 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-AB 8, conforme mencionado anteriormente.

Posteriormente, foi agendada uma reunião com os profissionais do NASF-AB 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 da pesquisadora 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. 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-AB, características das atividades, benefícios advindos da participação nas

atividades de grupo, tempo de participação, periodicidade da atividade, relação com os profissionais.

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-AB, levando em consideração que a pesquisa não poderia interferir no funcionamento das atividades programadas pelas equipes da ESF/NASF-AB. 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 ser arquivadas em mídia digital por um período de cinco anos nos computadores do SAIS e também em arquivos pessoais das pesquisadoras.

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. Em seguida, estas informações foram agrupadas a partir das seguintes temáticas: Conhecimento/entendimento sobre o NASF-AB; e (Re)conhecimento a respeito das atividades – práticas de grupos desenvolvidas pelo NASF-AB.

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.

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. 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.

Resultados e Discussão

As atividades iniciam-se com a abordagem da temática conhecimento que os indivíduos entrevistados, participantes das práticas de grupos do NASF-AB, dispõem sobre o programa e as atividades ofertadas. Diante disso, convém lembrar que, o NASF-AB apresenta-se como uma estratégia para a melhoria da APS ampliando seu escopo de ações ofertadas por meio do compartilhamento de saberes visando a resolutividade e integralidade da atenção (BRASIL, 2014). Propõe

ações multiprofissionais para fortalecer a atenção em saúde mediante os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

As práticas de grupos permitem a transformação do sujeito na construção de novos saberes garantindo a melhoria da qualidade de vida a partir das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Sendo assim, Pichon-Rivière (2005, p. 242), define que grupo é “um conjunto de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade”. A técnica de grupo proporciona aprendizagem relacional, estabelece vínculos e acolhe os indivíduos/famílias como subsídios para uma vida mais saudável.

Conhecimento dos usuários sobre as práticas de grupos do NASF-AB

Faz-se aqui identificar a presença ou ausência de conhecimento dos usuários a respeito das práticas de grupos ofertadas no território da equipe de NASF-AB sorteada. O NASF-AB não se constitui porta de entrada do sistema de saúde, mas estabelece apoio às ESF com eixos norteadores de responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado. Possui responsabilidade de atuar e reforçar as diretrizes do cuidado mediante a interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação em saúde, território, integralidade, controle social, educação permanente, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

A maioria dos entrevistados desconhece o significado da sigla NASF-AB e os tipos de práticas de grupos realizadas, o que se revela possivelmente, em um precário nível de fornecimento de informações básicas sobre o sistema de saúde brasileiro.

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).

O NASF-AB é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em

saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF. A equipe de NASF-AB é composta por nove áreas estratégicas, 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 (BRASIL, 2010).

O NASF-AB foi criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de apoiar, ampliar as ações de saúde e aumentar a resolubilidade da Atenção Básica, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2008; 2010).

Podem fazer parte desta equipe de NASF-AB os seguintes profissionais: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; 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 sanitaria (BRASIL, 2014).

Evidencia-se que os indivíduos participantes das práticas de grupos não dispõem destas informações acima citadas, que podem ser essenciais no processo de divulgação das ações ofertadas pelo NASF-AB. Ao se fornecer informações essenciais sobre as atividades praticadas, da qual os indivíduos participam, através da comunicação em grupo, permite-se uma valorização do usuário, bem como, um sentimento de inclusão e pertencimento àquela equipe de saúde, fornecendo assim, subsídios para o enfrentamento de seus problemas de saúde e sustentação de sua identidade relacional. Para isso, Tuan (1980, p. 5) deu o nome de Topofilia, que é “o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico” que pode ser vivenciado pela relação efetiva de apropriação do lugar formando um elo de ligação entre o território do NASF-AB e os indivíduos participantes das práticas de grupos.

No entanto, as precárias informações ofertadas aos usuários, não impediu que estes indivíduos participassem da realização das atividades em grupos. A promoção de vínculo relacional e o acolhimento estabelecido no espaço de realização das atividades práticas podem contribuir para a mudança no estilo de vida possibilitando a abertura para o diálogo e o resgate de informações pertinentes à equipe de NASF-AB.

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

Eu acho que é muito bom o grupo. Ajuda a fortalecer a gente. Sabe porque? Eu cheguei de lá, eu cheguei apática, entrei em depressão, aí eu comecei a vim no grupo e tô me sentindo melhor, tô sentindo fortalecida nos grupos... (U:27).

Em um estudo realizado em Belo Horizonte/ MG por Araújo (2014), constatou-se que o desconhecimento sobre o NASF-AB pode não impedir a participação dos usuários nas atividades desenvolvidas, mas com o tempo, pode comprometer a articulação de uma proposta de corresponsabilização do cuidado em saúde, entre profissionais e usuários. Com isso, nota-se que a comunicação (CLAVAL, 2002) é relevante na construção de espacialidades na ESF/NASF-AB e apresenta-se como elemento-chave da construção social. Sendo assim (RAFFESTIN, 1993), “toda relação é comunicação”. É através da comunicação, afirma Rosemberg (2000), que se estabelecem relações entre indivíduos e entre eles e o meio social, resultando em trocas simbólicas relacionais. E isso tenciona como estratégia para a produção do cuidado em saúde e manutenção da horizontalização das informações fornecidas aos usuários do SUS.

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 apresentaram precariedade no conhecimento sobre o NASF-AB que foi desencadeado por deficiência de informações. Por meio de uma informação adequada sobre as atividades do NASF-AB, 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).

Eu acho bom, porque igual, a gente chega aqui, ela vem e conversa com a gente, e isso ajuda também né. (U:1).

O estabelecimento de vínculos afetivos entre usuários e profissionais apresenta um estreitamento relacional entre eles. Os participantes identificam as atividades que realizam por meio dos profissionais

que as conduzem. O relacionamento estabelecido entre eles dá significado ao território de realização das práticas de grupos, sendo assim, para Tuan (1980, p. 3) “o lugar é segurança e o espaço é liberdade” e estes estão interligados pela vivência familiar. O estreitamento de vínculos estabelecidos no território do NASF-AB por meio das práticas de grupos favorece a construção de um espaço vivido carregado de culturas, sentimentos, movimentos, transformação de significados e identidades.

Diante do exposto, Claval (2001, p. 179) revela que “a identidade é construída a partir da interiorização de uma tradição, são afinidades que são estabelecidas transmitindo às pessoas que as vivenciam o sentimento de pertencer a determinados grupos sociais”. Bonnemaïson; Cambrèzy (1996) afirmam que o domínio do espaço territorial se cerca de valores materiais, éticos, simbólicos e afetivos. Sendo assim, Jorge *et al.* (2007) estabelecem que a boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento.

A partir de uma visão simbólica das práticas de grupos realizadas no território do NASF-AB, Haesbaert (2009), considera o território como produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido que se revela através da comunicação. O território compreenderia uma apropriação simbólico-identitária, determinados por ações de grupos sociais sobre o espaço onde se apresentam socialmente. A apropriação do espaço (FERREIRA, 2014) por um grupo social passa a não ser mais compreendida sem o seu território que é base de sua história, cultura e sustentação. As práticas de grupos do NASF-AB 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.

As práticas realizadas em grupos permitem vivenciar e aprender coletivamente a construção de saberes baseados na responsabilização pelo cuidado no território. O conhecimento sobre as práticas de grupos deve ser discutido com os usuários como uma abordagem de mudança de estilo vida e de estimular o comportamento saudável. A aquisição de conhecimentos permite valorizar o estreitamento de vínculos entre profissional e usuário. A interação social também

pode influenciar na conduta do usuário para o empoderamento em saúde.

O diálogo pressupõe reflexões humanizadas e transformadas pela construção de saberes. Sendo assim, o conhecimento das práticas de grupos do NASF-AB propõe uma perspectiva territorial a partir da identidade relacional estabelecida por vínculos e valorização que promovem a saúde dos usuários participantes.

CONCLUSÃO

A maioria dos usuários demonstrou pouco conhecimento sobre o que é o NASF-AB e os tipos de atividades desenvolvidas pela equipe. O estabelecimento de vínculo relacional entre profissionais e usuários permitiu a construção de promoção da saúde mediante o acolhimento, a valorização do indivíduo e a confiabilidade de pertencer àquele grupo a partir do laço afetivo vivenciado entre eles.

Ressalta-se a necessidade de uma proposta de educação permanente com os usuários e profissionais. Dessa maneira, a realização das práticas de grupos do NASF-AB poderá proporcionar maior compreensão das ações na construção de identidades culturais e na horizontalidade das ações ofertadas. São esperadas mudanças no comportamento dos indivíduos atendidos pela equipe de NASF-AB refletindo na melhoria de sua condição de saúde individual e coletiva o que concretiza os objetivos da implantação do NASF-AB.

O presente estudo demonstrou que a realização das práticas de grupos no território do NASF-AB vem de encontro às diretrizes do SUS na busca pela promoção da saúde e prevenção de doenças enfatizando a qualidade de vida e autocuidado em saúde mediante a relação simbólica vivenciada na busca pela construção do conhecimento dos usuários pelas práticas de grupos do NASF-AB. A precariedade de informações sobre a equipe, não impediu que os usuários participassem das práticas de grupos ofertadas. Sendo assim, a busca dos usuários pela realização das práticas de grupos demonstrou resultado positivo na intervenção do cuidado de saúde.

Referências

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; p. 27-44, 1994.

- 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. [acesso out 2017]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9L7GNQ/analise_exploratoria_dos_indicadores_de_resultado_dos_nucleos_de_apoio_sa_de_da_familia_1_.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 out 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BONNEMAISON, J; CAMBRÈZY, L. **Le lien territorial: entre frontières et identités.** Géographies et Cultures. Le Territoire, n. 20. Paris: L'Harmattan, 1996.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010.** Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: MS, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** MS, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** MS, 2010. [Cadernos de Atenção Básica, n. 27].
- _____. 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.** MS, 2014. [Cadernos de Atenção Básica, n. 39].
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde:** as cartas de promoção da saúde. Brasília: MS, 2001.
- CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 4ª ed. São Paulo: Cotez; 2000.
- CLAVAL, P. **A geografia cultural.** 2. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.
- _____. **A volta do cultural na geografia.** Mercator: revista de Geografia da UFC, Fortaleza, 2002, 1(1):19-28.
- 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.** 2013; 9(16):131-147.
- FERREIRA, D. S. Território, territorialidade e seus múltiplos enfoques na ciência geográfica. **Campo-território:** revista de geografia agrária. 2014 Abr; 17(9):111-135.
- HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade.** 2 rev. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- 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.
- MENDES, E. V. **Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida:** contribuição para as conferências de saúde. Cad. Saúde Pública. Ago/Set 1999.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONKEN, M; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005; 21(3):898-906, mai-jun, 2005.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- RAFFESTIN, C. Raças, etnias e poder. In: **Por uma geografia do poder.** São Paulo, Ática, 1993.
- ROSEMBERG, M. **Le marketing urbain en question – Production d'espace et de le discours ans quatre projects de villes.** Paris : Anthropos, 2000.
- SAMPIERI, R. H, COLLADO, C. F, LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2006.
- SANTOS, A. A. S; PEKELMAN, R. **A escola, o território e o lugar - a promoção de espaços de saúde.** Okara: geografia em debate [internet]. 2008; 2(1):3-11 [acesso 11 ago 2017]. Disponível em: <http://www.okara.ufpb.br/ojs2/index.php/okara/article/view/1508/2699>.
- TAVARES, E. C; MENEZES, A. R. B, HOLANDA, I. M. B. **A territorialização na atenção a saúde da família sob o olhar da residência multiprofissional.** [internet]. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. [Acesso em 24 set 2017].
- TUAN, Yi-Fu. **Topofilia.** Um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. DIFEL, Difusão Editorial S.A, 1980.