



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLÉIA GUIMARÃES DE SOUZA

**DESAFIOS NA RETOMADA E MANUTENÇÃO DE UMA ATIVIDADE
COLETIVA PELAS EQUIPES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CAMAÇARI

2018



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLÉIA GUIMARÃES DE SOUZA

Trabalho de conclusão do curso de especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Esp. Amanda Menegola Blauth.

CAMAÇARI
2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA	6
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	8
3.1 PERCURSO E DESAFIOS NA RETOMADA DO GRUPO QUALIDADE DE VIDA	9
3.2 NEM TUDO SÃO FLORES: PRIORIDADES NA AGENDA, PAPEL DA EQUIPE DO NASF E EQUIPE MÍNIMA E SUSTENTABILIDADE DO GRUPO QUALIDADE DE VIDA	14
3.3 FORTALECENDO O VÍNCULO E O EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DO GRUPO	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

O caminho por mim trilhado na Saúde Coletiva começou no oitavo semestre da graduação, no ano de 2011, do curso de Bacharel em Fisioterapia da União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), no município de Lauro de Freitas-Bahia. Pude vivenciar a Saúde Coletiva, pouco discutida no curso, através do estágio curricular supervisionado da disciplina Fisioterapia e Comunidade na Unidade de Saúde da Família (USF) Santo Antônio, no período de três meses. Através do estágio tive a possibilidade de ressignificar a minha formação em saúde e participar de estratégias de formação voltadas para a atenção básica, com o foco na prevenção de agravos e promoção da saúde. Porém, uma única vivência não deu conta de abranger a dimensão que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e foi possível sentir um grande prejuízo da formação na graduação com embasamento sobre saúde pública, tanto na teoria quanto na prática, por me identificar e por ter a vontade de aprofundar mais meus conhecimentos sobre o tema.

Ao final da graduação, a minha orientadora me apresentou algumas possibilidades de vivenciar e compreender o SUS mais de perto, uma delas foi a Residência em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), até então a única que existia em Salvador. Porém, no decorrer dos anos, não houve abertura de edital.

No final ano de 2015, uma colega me falou sobre a Residência em Saúde da Família que estava fazendo em Camaçari e que achava ter muito a ver comigo. Fui pesquisar sobre, me identifiquei e me interessei, realizei a inscrição, fiz a prova e fui habilitada para a turma de 2016.

Quando entrei no Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Fundação Estatal Saúde da Família, em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS/FIOCRUZ), em março de 2016, vi ali a possibilidade de poder mergulhar num SUS que tanto me encantava e que até então havia sido, por mim, pouco explorado. Confesso que não foi nada fácil, afinal a minha formação foi em uma faculdade privada, tendo nos atendimentos ambulatoriais o foco de formação/atuação.

Compreendo os Programas de Residência em Saúde como ações estratégicas para a reorientação da formação em saúde no Brasil, e têm como foco a atuação no Sistema Único de Saúde, cujo modelo de atenção à saúde é orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990, foi um marco histórico na organização dos serviços de saúde do país, representando uma importante modificação no padrão hegemônico historicamente consolidado (ESCOREL *et al.*, 2007). O SUS tem apresentado uma grande relevância na reorganização de estratégias e modos de ofertar cuidado, tratar e prestar assistência à saúde individual e coletiva. Motivando, portanto, importantes mudanças no método e modo de ensino e aprendizagem sem que, todavia, se tenha criado uma metodologia potente aos modos de formação dos trabalhadores (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Em 21 de outubro de 2011 é decretada a Portaria nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituindo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde -PACS (BRASIL, 2012). A atenção Básica (AB) define-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de ofertar uma atenção integral que seja capaz de modificar de forma positiva a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2012). A ESF objetiva à reorganização da AB no País, de acordo com os princípios do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como um método de qualificação, consolidação e expansão da AB por permitir uma reorientação dos processos de trabalho dos profissionais da saúde com base nos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, ampliando a resolutividade e repercussão na situação de saúde da população, além de favorecer uma importante relação entre custo e efetividade das ações em saúde (BRASIL, 2012).

A equipes que compõem a ESF são compostas por profissionais de várias categorias profissionais (médicos, enfermeiros, tec. de enfermagem, dentistas, aux. de saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde), responsáveis por um território adscrito e que podem contar com uma equipe de matriciamento chamada de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012). Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o NASF é composto por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua conjuntamente com as equipes de Saúde da Família (eqSF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB. Fundamenta-se como um

dispositivo estratégico para ampliar e qualificar as ofertas da AB, atuando de forma integrada e apoiando os profissionais das eqSF e das equipes da Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), através do compartilhamento de práticas e saberes em saúde, auxiliando-as no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como incorporando práticas, na AB, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014).

Dessa forma, podemos dizer que com o NASF almeja-se uma retaguarda especializada para as eqSF, atuando *in loco* no território da AB, desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2009). A primeira cria ou reflete sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda cria ação de apoio educativo com e para as equipes. O apoio e a atuação do NASF também podem acontecer através de ações que envolvem coletivos, como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe, tomando como objeto de trabalho os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente (BRASIL, 2009).

Inúmeras atividades podem ser desenvolvidas tanto pelas eqSF como também pelo NASF, que abrangem tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica (ou até as duas ao mesmo tempo). Sendo a equipe do NASF, uma equipe de apoio que lida com as diferentes e complexas realidades de cada uma das equipes de SF ou de AB vinculadas. Dessa forma, faz-se necessária a construção de uma agenda de trabalho que contemple as várias possibilidades de ações para um trabalho integrado. Para isso, a agenda dos profissionais deve contemplar alguns elementos considerados importantes como reuniões de eqSF e do NASF, visitas domiciliares, grupos e atividades coletivas, entre outras (BRASIL, 2014).

As atividades em grupo ou Atividades Coletivas representam um importante recurso no cuidado aos usuários da AB. O trabalho grupal propicia a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos, tendo como foco principal a educação em saúde, sendo o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários, alguns de seus objetivos (BRASIL, 2014). Porém, na maioria das vezes, prevalece um tipo de prática que, de acordo com Campos (2003), poderíamos chamar de degradação dos grupos ou “clínica degradada”, onde os usuários participam de uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se resumem a

sessões informativas que, muitas vezes, estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes.

Campos (2003, p. 09) afirma ainda que o trabalho das equipes e dos serviços de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensar em um contexto social e cultural”. Para o autor (p. 09), “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. Ele também defende que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas” (CAMPOS, 2003, p. 09).

Considerando os aspectos de organização do SUS e da AB no Brasil, assim como a necessidade de produzir processos formativos de profissionais com base nas necessidades desse sistema e próximos à realidade da população, que a RMSF da FESF-SUS/Fiocruz foi implantada e iniciada no município de Camaçari-BA em 2015, tendo como composição físico/estrutural cinco USF.

O Programa tem como objetivo geral propiciar ao residente uma formação crítico-reflexiva do ponto de vista ético, político e técnico-científico para que estes possam atuar no campo da atenção primária à saúde e Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo como foco dos processos de trabalho os indivíduos, famílias e comunidades, garantindo que sejam assegurados os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção (FESF, 2017).

Os residentes atuam por um período na Estratégia de Saúde da Família e posteriormente em outros serviços da RAS. As categorias profissionais que compõem essa residência são: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Saúde Coletiva (graduado ou pós-graduado) (FESF, 2017).

Entendendo a relevância da RMSF para qualificação na formação profissional através do aporte pedagógico teórico e prático associado à vivência in loco, principalmente sobre o fazer do NASF, visto ser um núcleo ainda pouco compreendido e demandado e por esse motivo subutilizado pelos demais profissionais da ESF, atrelado às minhas inquietações sobre esse processo e também no desafio das equipes em priorizar atividades coletivas em detrimento a demais ações nas unidades, percebendo a relevância da integração NASF/eqSF, mas principalmente pelos desafios de priorizar na agenda dos profissionais, de ambas as equipes, de atividades coletivas, este trabalho tem como objetivo relatar minha experiência como fisioterapeuta do NASF, atuando como apoiadora matricial de uma USF de Camaçari, diante da retomada/manutenção

de uma atividade coletiva, no período de março de 2016 a abril de 2017. Como objetivos específicos este trabalho pretende: descrever as estratégias desenvolvidas para adesão dos usuários, planejamento e execução da atividade; relatar os desafios enfrentados e estratégias desenvolvidas no processo de priorização da atividade coletiva pelas equipes da USF e minhas inquietações diante desse processo;

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva, baseado na minha vivência atuando na Atenção Primária à Saúde, através de uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Camaçari/BA. Utilizou-se, como resgate contextual, além das memórias e afetos vividos, o registro em diários, portfólios e documentos institucionais.

Relato de Experiência é a escrita crítica e reflexiva sobre uma vivência que foi significativa em sua trajetória, considerada exitosa ou não. Esta experiência deve ter relevância e potencial de contribuição para as práticas de outros sujeitos. Envolve a descrição detalhada da experiência, reflexão do (a) autor (a), discussão a partir de referenciais teóricos em torno do tema e proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde. O relato pode ser compreendido como um gênero discursivo feito em 1ª pessoa, de forma subjetiva, detalhada, geralmente em linguagem coloquial. O assunto é abordado destacando a participação e o ponto de vista do enunciador sobre o que é relatado, ou seja, sobre fatos ocorridos no passado. Por isso, mesmo o tempo verbal utilizado, é o pretérito perfeito (FESF, 2016, p.02).

A experiência relatada se deu na Unidade de Saúde da Família Nova Aliança (USF-NA), sendo esta um dos campos de práticas do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Fundação Estatal Saúde da Família/Fiocruz.

O município de Camaçari está localizado na região metropolitana de Salvador, sendo a quarta cidade mais populosa da Bahia, caracterizado como cidade de Polo Industrial por abrigar o primeiro complexo petroquímico planejado do país e o maior complexo industrial integrado do hemisfério sul. Trata-se de uma das cidades mais ricas do nordeste brasileiro, com PIB per capita de R\$ 62.409,50 no ano de 2014 (IBGE, 2014). É dividido em oito Regiões de Saúde, dentro destas existem os serviços de saúde vinculados à AB que são coordenados e gerenciados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do município.

A Região quatro é o espaço geográfico onde está implantada a RMSF. Conta com a composição técnico/multiprofissional, entre elas uma equipe de seis sanitaristas que realizam o Apoio Institucional, dezesseis Equipes de Saúde da Família cobertas por

dez equipes de Saúde Bucal (eqSB)¹ e dois NASF compostos por fisioterapeutas, professores de educação física e nutricionistas, distribuídos por cinco Unidades de Saúde da Família (Nova Aliança, PHOC/CAIC, PHOC III, Piaçaveira e Parque das Mangabas).

O território adstrito da USF-NA tem responsabilidade sanitária com micro áreas que possuem grande diferença no perfil econômico dos usuários. Considerada uma das Unidades de Saúde mais antigas do município, existente há mais de 30 anos, passou por diversas transformações de modelos de atenção à saúde, sendo Policlínica, Unidade Básica de Saúde (UBS) e, somente em 2015, com a chegada da RMSF, a Unidade foi transformada em uma USF.

A USF-NA divide o espaço físico com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo separadas apenas por uma porta de acesso restrito. É composta por quatro eqSF e duas eqSB - três médicos, quatro enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas dentistas que se dividem entre as equipes, uma auxiliar de saúde bucal e quatorze agentes comunitárias de saúde (ACS) -, além de duas auxiliares administrativas, duas higienizadoras, uma assistente social (que prestava suporte para todas as unidades da Região Quatro), uma gerente da unidade e uma vigilante patrimonial. Essa grande equipe era responsável por ofertar cuidado em saúde à um território composto por 13.000 usuários distribuídos entre os bairros da Gleba C, PHOC I e PHOC II.

¹ Quando falamos em eqSF pensando na 2488/2011, percebemos que não há uma integração das demais equipes com as de odontologia, inclusive, na nossa realidade dentro da RMSS, cada eqSB cobrem duas eqSF, como é o caso da USFNA.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que se possa efetivamente entender um processo ou serviço, é necessário compreender as condições em que o mesmo acontece, por isso é necessária uma avaliação constante quando se busca identificar dentro dos processos de trabalho ou serviço os pontos frágeis para que as dificuldades possam ser atenuadas e, se possível, sanadas.

No primeiro ano de residência, como prática habitual, realizamos o reconhecimento e apropriação do serviço, do território, do perfil epidemiológico para compreendermos as necessidades da população e então traçar estratégias para ofertar cuidado à saúde. Para tal faz-se uso de material teórico, troca de experiências/vivências com profissionais mais antigos, leitura de documentos desenvolvidos e utilizados no serviço para entender a rotina, fluxo, ofertas e demandas. Na maioria das vezes já existe uma organização funcional dentro do serviço, o que demanda apenas reavaliação e requalificação dos processos de trabalho, sem modificações grandiosas.

Dentre as diversas atividades já desenvolvidas na unidade, existia o grupo de convivência Qualidade de Vida (QV), uma atividade coletiva que se mantinha na unidade desde a época que esta era uma UBS, e é sobre a retomada dessa atividade que se dará o meu relato.

Relatarei aqui, no formato de subcapítulos, como se deu o recomeço do grupo Qualidade de Vida na USF-NA. O primeiro subcapítulo é intitulado de “Percurso e desafios na retomada do grupo qualidade de vida”, nele contextualizo o histórico do grupo, como se deu a minha inserção, como passou a ser planejado o grupo após a retomada do mesmo, qual a relevância do grupo para a unidade e quais eram os profissionais envolvidos; no segundo subcapítulo “Nem tudo são flores: prioridades na agenda, papel da equipe do NASF e equipe mínima e sustentabilidade do grupo qualidade de vida”, descrevo como aconteceu a aceitação, apropriação e adesão no planejamento e participação dos profissionais das equipes mínimas, como foi feita a organização das agendas afim de contemplar a participação de todos, quais os entraves encontrados no decorrer do processo e como se deu a continuidade e sustentabilidade do grupo pelos profissionais da unidade; no terceiro subcapítulo “Fortalecendo o vínculo e o empoderamento dos usuários” relato como ocorreram os primeiros encontros, a participação e adesão dos usuários à proposta do grupo com uma nova equipe técnica

de referência e como se aconteceu a identificação e empoderamento dos usuários participantes.

3.1 PERCURSO E DESAFIOS NA RETOMADA DO GRUPO QUALIDADE DE VIDA

Com a modificação de UBS para USF e a lotação dos residentes da primeira turma na unidade, muita coisa mudou. Dentre elas, o tipo de atendimento ofertado. Antes, era o atendimento especializado, característico de UBS tradicional, agora o atendimento passava a ser clínico ampliado, tendo os usuários, famílias e comunidade como o foco do cuidado e ofertas à saúde, contando com uma equipe de apoio matricial para ampliar e qualificar as ofertas de cuidado longitudinal. Mas algumas coisas se mantiveram, como a maioria do corpo técnico e administrativo e uma atividade coletiva.

Quando adentrei a unidade, como componente técnica do NASF busquei me apropriar da rotina do serviço, conhecer melhor os profissionais que ali trabalhavam e quais as atividades que vinham sendo desenvolvidas para ampliar as ofertas de saúde para os usuários. Nessa apropriação fui apresentada ao grupo de convivência Qualidade de Vida, uma atividade coletiva que já existia na unidade há mais de 30 anos, desde quando a unidade era uma UBS, e era mediado pela assistente social da época. Essa contextualização foi relatada por uma ACS que atua na unidade desde o mesmo período e já havia participado de diversas atividades do grupo.

O Qualidade de Vida era um grupo de convivência de perfil aberto, ou seja, não havia limites de participantes, era ofertado para ambos os sexos independente de idade e do território de referência, acontecia uma vez por mês, com um quantitativo de usuários ativos em torno de 30 pessoas, e devido a modificação do perfil da unidade e mudanças dos profissionais acabou sendo inativado.

Para uma apropriação mais fidedigna, tentei buscar em documentos ou registros informações sobre o grupo, como as atividades eram planejadas e realizadas e quais eram os atores envolvidos, além dos usuários e da assistente social, mas isso não foi possível. Nenhum registro foi deixado pela equipe da antiga UBS e todo esse histórico ficou apenas na recordação da ACS que vivenciou participando de vários encontros do grupo e que me fez os relatos. Tentei entrar em contato com a assistente social que era a mediadora do grupo na época, mas não obtive sucesso. Fui informada que ela não se encontrava mais no município.

Percebi que a falta de informações sobre a atividade como o porquê da escolha desse tipo de grupo, como eram realizados os planejamentos, temáticas trabalhadas, formato do grupo, metodologia utilizada, seria um grande entrave na compreensão, análise qualificativa e continuidade do grupo. Conforme Roman (2009), as eqSF devem se apropriar e incorporar essas novas formas de organização e registro em seu processo de trabalho diário, a fim de ofertar cuidado centrado nos usuários, nas famílias e nas comunidades de seu território. Entretanto, percebo que os profissionais apresentam uma certa resistência para realizar registros de atividades/ações desenvolvidas dentro do serviço, e isso desqualifica muito os processos de trabalho, pois impossibilita uma organização do serviço e continuidade das ações, principalmente quando há a mudança de atores nestas.

Ainda durante o processo de apropriação sobre o grupo, identifiquei a minha necessidade de aprofundamento de conhecimentos sobre condução de grupos, atividades coletivas, roda de terapia comunitária para que tivesse mais segurança, pudesse realizar um planejamento para a realização de atividades factíveis e que fizesse sentido para o grupo, e, no caso de necessidade de mediação, saber a melhor forma de conduzir a situação. Comecei a ler documentos pertinentes e artigos científicos que trouxessem as experiências exitosas ou não de outros profissionais.

Desde o meu egresso na unidade, em abril de 2016, até o mês de junho de 2016 (período de apropriação da rotina da unidade) não houve nenhum encontro do grupo. Em conversa com residentes do NASF, da primeira turma da RMSF, fui informada que o grupo não estava bem organizado, não havia momento de planejamento coletivo, o grupo era mediado somente pelo NASF e não havia em nenhum momento a participação dos integrantes das equipes mínimas, que desde o ano de 2015 só houveram quatro encontros, com temáticas aleatórias, sem uma periodicidade definida e que o definiriam mais como uma sala de espera do que como um grupo de convivência. Também relataram que a participação dos usuários não era tão positiva por não haver uma periodicidade dos encontros, os participantes acabavam achando que não aconteceria ou esqueciam da data, quando essa era programada. A equipe do NASF também não tinha a prática de relatar o planejamento e como eram realizados os encontros.

Depois de toda a contextualização histórica possível do grupo, associada às buscas teóricas e metodológicas sobre atividades coletivas, tendo o corpo pedagógico da RMSF como um suporte fundamental no processo de qualificação e planejamento, a

equipe do NASF decidiu elencar um momento durante a semana para refletir a relevância e a possibilidade de retomada dessa atividade.

Durante uma reunião do NASF, ainda no mês de abril, foi criado um turno na agenda do núcleo, chamado de Planejamento de Atividades Coletivas, para que fosse possível organizar e estruturar as ideias para o grupo e futuramente realizar o planejamento dos encontros. O turno de planejamento ocorria semanalmente somente com os profissionais do NASF, onde discutíamos sobre atividades coletivas, metodologias, e buscávamos desenvolver materiais lúdicos, dinâmicos e práticos que futuramente iriam ser utilizados para facilitar a discussão no grupo. Até aqui, não havia acontecido nenhum encontro, o QV estava apenas nos planejamentos do NASF.

A discussão sobre o QV deixou de ser pauta sugerida e tornou-se pauta fixa nas reuniões de NASF, que aconteciam uma vez por semana, pois os integrantes compreendiam a relevância do grupo para a oferta de educação em saúde com os usuários e estimular a autonomia do cuidado com a saúde, além da identificação do grupo, pelo núcleo, como uma estratégia importante de vinculação da comunidade com as equipes, com o serviço. Foi avaliado também que o grupo proporcionaria ao profissional exercer atribuições para além do consultório, ser visto e compreendido como um profissional da saúde, e não somente no âmbito clínico de sua classe de formação, saindo da sua zona de conforto e explorando outras ferramentas possíveis para ofertar cuidado e saúde.

Os profissionais de saúde têm um papel importante no que se refere à educação em saúde, pois através deles surge a aproximação entre o saber técnico-científico e o empírico (ALVES, 2005). Possuem um papel de destaque quanto aos aspectos relativos à educação em saúde, por serem responsáveis pela aproximação desses dois saberes, oportunizando a construção compartilhada, e, desta forma, estimulam mudanças efetivas no estilo e qualidade de vida da população, tendo em vista que foi produto de um processo conjunto de envolvimento, permeado de novos sentidos e significados para os usuários. Mas para que isso aconteça é importante que os profissionais se desnudem de um conhecimento hegemônico e passem a incorporar também o saber e compreensão em saúde da população (ALVES, 2005).

A partir desses novos entendimentos, de muita discussão e planejamento na equipe do NASF, em maio de 2016 a proposta do grupo foi levada para a reunião das equipes mínimas, que aconteciam semanalmente, com o intuito de apresentar o QV, que eles ainda não conheciam. As eqSF viram factibilidade e viabilidade na proposta,

inclusive as ACS se sentiram felizes com a ideia da retomada do grupo. Porém, por uma questão de agenda reprimida, visto que os serviços de saúde do município passavam por um período de greve dos servidores que já perdurava quatro meses, e por esse motivo a USF-NA ficou sem realizar atendimentos clínicos por quase três meses, os profissionais das eqSF identificaram não ser o momento ideal de incluir na agenda deles a participação nas ações do grupo, entendendo que a prioridade deles naquele momento era dar conta das agendas lotadas. Nesse sentido, Costa (2014) afirma que o processo de trabalho do NASF acontece com uma ampla oferta de ações, porém é fundamental que haja um investimento maior na ampliação da clínica a fim de gerar mudanças no modelo de atenção em saúde, incentivando à auto avaliação e a adoção de estratégias e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos das eqSF, através de tecnologias leves e leve-duras².

Mesmo com todos esses percalços, as eqSF juntos com a equipe do NASF, nas suas respectivas reuniões do mês de maio, participaram da construção da modelagem e estruturação do grupo, onde todos puderam contribuir para que pudéssemos definir o perfil do QV.

No início de junho de 2016, a proposta final do perfil do QV, que foi desenhada pelo NASF juntamente com as eqSF nas reuniões das equipes, ficou da seguinte forma:

- Grupo aberto;
- Encontros quinzenais;
- Objetivando ofertar educação em saúde, estimular o autocuidado à saúde e empoderamento dos usuários;
- Temáticas diversas elencadas por ordem de prioridade pelas equipes;
- Planejamento a ser realizado em um turno protegido na agenda uma semana antes do encontro, com os profissionais responsáveis pela mediação;

² Segundo Emerson Merhy et al. (1997) e Merhy (2002) o trabalhador de saúde pode orientar suas ações a partir de três tipos de tecnologias: tecnologias leves, associada as relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; tecnologias leve-duras, que seriam os saberes já estruturados; e as tecnologias duras as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 1998; 2002).

- Materiais de apoio produzido pelos próprios profissionais, incluindo lista de presença, convites, materiais para exposição e distribuição;
- Avaliação qualitativa sobre o grupo ao final de cada encontro.

Nesta mesma reunião foi acordado com as eqSF que o NASF se responsabilizaria pelo planejamento e mediação do grupo até as equipes conseguirem reorganizar as agendas e assim pudessem garantir as suas participações tanto no planejamento quanto na mediação, pois se fazia importante incorporar nos usuários o interesse por atividades que extrapolassem as consultas individuais, fazendo-os dar valor as ações de educação em saúde como forma de cuidado. Foi acordado entre as equipes um prazo máximo de um mês para a organização das agendas e dos processos de trabalho dos profissionais.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 39 do Ministério da Saúde, provisoriamente ou não, os profissionais do NASF podem agregar a oferta de novas ações na Atenção Básica, por meio de sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas que as equipes de Saúde da Família dificilmente conseguirão fazer sozinhas, por requererem competências específicas de algumas ocupações ou formações profissionais, ou pela disponibilidade de tempo (BRASIL, 2014, p. 20).

Por esse motivo, compreendia que não seria uma subutilização do NASF tornar-se a equipe de referência, naquele momento, para dar continuidade ao grupo, mas também era necessário produzir nas equipes mínimas uma reflexão sobre a relevância da sua inserção na atividade coletiva, objetivando o desenvolvimento de práticas que extrapolassem o fazer clínico/assistencial, além de qualificar o seu processo de trabalho e de formação. Essa questão é trazida por Andrade, Franco e Ferreira (2009), em seus estudo, quando referem que a super valorização das práticas curativas dadas pelos usuários é decorrente da desinformação sobre o fazer saúde, corroborada pela dificuldade na organização das agendas e processos de trabalhos tidos como prioridades pelos profissionais de saúde que não permitem uma maior construção de vínculo com a população e não oportuniza espaços de diálogos dicotômicos sobre a hegemonia, o modelo biomédico, a ESF e o novo modelo de fazer e prestar cuidados à saúde.

O grupo, desde que foi assumido pelo NASF, sempre foi pauta fixa tanto na reunião de NASF quanto na reunião das quatro equipes da USF-NA ocorridas no mês

de junho de 2016. Até que numa reunião geral de unidade, no final de junho, durante uma discussão sobre agendas, surgiu a proposta de cada equipe garantir a sua participação no grupo uma vez como mediadora, elencando pelo menos um profissional de referência para participar. Isso possibilitaria a participação de todas as equipes a cada de dois meses, já que a unidade contava com quatro eqSF, e por ser um encontro quinzenal, não geraria prejuízo nas agendas. A partir de então as discussões se tornaram constantes nas reuniões de equipe. As equipes mínimas incluíram nas agendas um turno de planejamento das atividades coletivas e um turno no QV a cada dois meses.

O primeiro turno de planejamento do Qualidade de Vida integrado entre o NASF e eqSF para o aconteceu no início de junho de 2016, tendo a enfermeira da equipe 1 como a referência da eqSF e eu como a do NASF. Planejamos a temática com o intuito de apresentar aos usuários a nova configuração da USF-NA, perfil de atendimento, rotina e cardápio de ofertas da unidade, os profissionais e qual a diferença entre uma USF com residentes compondo as equipes, posteriormente abriríamos fala para esclarecimento de possíveis dúvidas. Também planejamos uma forma de divulgar o encontro e convidar os usuários no decorrer da semana, entregando um convite impresso com informações sobre o encontro, distribuindo cartazes sobre o grupo pela unidade e realizando a busca ativa através do telefone e contato pessoal com usuários ativos e participativos da unidade.

3.2 NEM TUDO SÃO FLORES: PRIORIDADES NA AGENDA, PAPEL DA EQUIPE DO NASF E EQUIPE MÍNIMA E SUSTENTABILIDADE DO GRUPO QUALIDADE DE VIDA

Em um dado momento, surgiu no NASF uma sensação de responsabilização sobre o grupo que não era compartilhada com as eqSF. Por muitas vezes, os turnos que estavam protegidos nas agendas das equipes para planejamento dos encontros, passaram a não ser a prioridade, sendo submersos por outras atividades nas agendas como o acréscimo de atendimentos individuais e visitas domiciliares pelas equipes, entendendo que esta era a prioridade deles naquele momento. Porém, nós do NASF, entendíamos que era de fundamental importância e precedia qualquer a ação o planejamento e não estar inserido nesse processo seria prejudicial para a mediação no dia do encontro.

Corroborando com o vivenciado, Costa (2014) constatou em seu estudo que grande parte das ações que transpassavam o limite da clínica aconteciam por indução do NASF nas reuniões junto às equipes SF, e nos momentos de execução as atividades acabavam sendo direcionadas prioritariamente à equipe do NASF. Caso o NASF não assumisse o protagonismo das ações, estas muitas vezes não aconteciam, e quando aconteciam era de forma totalmente diferente do que havia sido discutido e pactuado.

Ainda de acordo com Machado (2007) os processos de trabalho na ESF são ordenados pela concepção de produção social da saúde, através da noção de oferta de cuidado. O entendimento sobre saúde, a assistência prestada e as propostas de intervenção necessitam de articulações que extrapolam a esfera relacional e individual, como também a proposta de cuidado e a construção de novas possibilidades para favorecer a vinculação com o usuário em si não garantem um entendimento ampliado da necessidade de oferta de cuidado para a população. Por esse motivo, utiliza-se estratégias de acolhimento, humanização, interdisciplinaridade, atendimento integral, de clínica ampliada, que exigem do profissional de saúde um planejamento de ações que favoreçam ofertas para além dos atendimentos individuais. (MACHADO, 2007)

Os colegas de núcleo se sentiam desvalorizados, por entenderem que não era essa a proposta para o NASF, a de responsabilização direta e única por atividades da unidade e sim de apoio matricial, co-responsabilização, de cogestão do cuidado, por esse motivo a discussão sobre QV começou a apresentar divergências de opiniões, os colegas do NASF não concordavam que eu continuasse a assumir a referência do grupo sem a participação da eqSF, entendendo que a participação das equipes mínimas era necessária. Havia ainda uma escassez de insumos para a confecção dos materiais à serem utilizados nos encontros. Muitas vezes tivemos que utilizar recursos próprios para comprar materiais de papelaria ou fazer impressões para que as atividades acontecessem. Essa escassez tornou-se um motivo de desestímulo para equipe no NASF continuar tocando a atividade, pois esse investimento pessoal tornou-se rotina. Frequentemente realizávamos “colaboração solidária” para conseguir comprar os materiais e confeccioná-los.

O desestímulo da equipe do NASF acabou gerando em mim uma necessidade de assumir as atividades/ações pertinentes ao grupo, fazendo com que me sentisse sobrecarregada. Me angustiava perceber que o grupo poderia mais uma vez se perder e que os usuários se sentiriam novamente desassistidos, por esse motivo assumi a responsabilidade de estar levando novamente para as reuniões de equipes a

importância de garantir e participar dos turnos de planejamento e dos encontros dos grupos. Assumo que não foi nada fácil. Muitas vezes me encontrei sozinha no planejamento das atividades, mesmo tentando com muito custo correr literalmente de um lado para o outro dentro da unidade, atrás dos profissionais da equipe mínima que estavam na escala do turno de planejamento, e muitas vezes não conseguia captá-los por já estarem em outras demandas.

Lancei mão da estratégia de desenvolver o planejamento e depois apresentar para eles, para que pudessem dar as suas contribuições, para que a atividade não deixasse de existir. Mas essa estratégia deu certo por pouco tempo, pois cada vez mais a co-responsabilização pela equipe mínima se tornava inexistente, ficando sobre a minha responsabilidade do planejamento e repasse para as equipes mínimas, tendo os profissionais das eqSF como simples ouvintes do planejamento.

Foi daí que surgiu em uma reunião de NASF a ideia de realizarmos o planejamento não mais num turno protegido para tal e sim na própria reunião da equipe que fosse a referência do próximo encontro, pois poderíamos realizar o planejamento garantindo a participação dos profissionais da eqSF, sem comprometer a agenda, estimulando, inclusive, a participação das ACS nas ações.

Em meados do mês de junho o planejamento do QV tornou-se pauta fixa de todas as reuniões das equipes e aconteciam de forma leve e facilitada. As ACS passaram a sentir-se integrantes desse processo, contribuindo de forma positiva com o planejamento e se disponibilizando para participarem dos encontros quando fosse possível, visto que a demanda do território e as atividades burocráticas ainda apresentavam grande demanda devido ao processo de transformação do perfil da unidade, de UBS para USF, como, por exemplo, o cadastramento e confecção dos cartões das famílias adstritas.

No mês de julho, pouco mais de dois meses de muito planejamento, aconteceu a reativação do grupo Qualidade de Vida. Desde então os encontros passaram a ocorrer quinzenalmente, tendo sempre um profissional do NASF e um da eqSF como referência.

Os encontros do QV aconteciam em um espaço coberto e protegido que fica localizado na área externa da USF-NA, sendo este pertencente ao espaço físico da unidade. A estrutura do local é ampla e disponibilizava um número suficiente de cadeiras para acomodar todos os participantes, porém o espaço não apresenta um

sistema de ventilação natural ou artificial boa o suficiente para torná-lo mais agradável. Muitas vezes os usuários reclamavam do calor e abafamento da sala.

Passando-se cinco meses, em dezembro de 2016, solicitei o gozo do meu período de férias para o mês de janeiro à coordenação da RMSS, o qual foi deferido. Por esse motivo tive que levar para a reunião de NASF mais uma vez a pauta sobre o QV, que por algum tempo só entrava como informe. Precisávamos definir quem da equipe assumiria o meu papel de ser o profissional de referência do NASF na co-responsabilização dos planejamentos e tensionamentos das equipes para que os encontros dos grupos acontecessem com a participação de todos os envolvidos. A princípio ninguém da equipe se colocou para assumir o papel, visto que não concordavam com essa responsabilização. Depois de muito discutirmos, a nutricionista do NASF decidiu assumir a cogestão do grupo pelo período de um mês, tempo referente às minhas férias.

Todo o repasse necessário sobre a atividade foi feito para a colega, que já havia participado de alguns encontros como observadora/participante, mas que não tinha tanta propriedade com a atividade. À ela foram apresentadas as atividades que havíamos planejado, como aconteciam os planejamentos nas reuniões de equipes, a forma mais facilitada de mediar o grupo, os impressos e insumos que utilizava para a confecção dos materiais para o grupo, a agenda com as datas e temáticas dos próximos encontros no período em que estaria ausente. Tudo foi feito conforme planejado para deixar a colega mais segura e confiante, entendendo que a mediação de um grupo não é uma tarefa fácil quando você não tem propriedade para tal.

Passado o período de um mês das minhas férias, retorno a unidade e para a minha surpresa, neste período, não aconteceu nenhum encontro do grupo, havendo ainda diversas mudanças na rotina da unidade e das equipes, fatores que contribuíram para a não continuidade das ações voltadas para a atividade coletiva. Por ser início de ano, período de muitos festejos e encontros familiares, muitos usuários que eram assíduos e ativos se ausentaram, alguns profissionais desistiram da residência gerando um desfalque nas equipes, o planejamento QV deixou de ser pauta de reunião das equipes, passando a ser suprimida por outras pautas jugadas mais necessárias pelas equipes. Atrelado a isso, a colega que estava como minha substituta na cogestão do grupo, não se sentia confortável em estar sempre tensionando a equipe para estimular a continuidade do planejamento e condução do grupo, deixando de lado esse papel e assumindo outras atividades que surgiram no momento.

Como o período que retornei à unidade foi em fevereiro e coincidiu com as comemorações carnavalescas, percebemos, na reunião de NASF, que não seria tão estratégico a retomada do grupo naquele mês, visto que os usuários ainda não haviam retornado das suas viagens e muito provavelmente a adesão seria muito baixa, para não dizer nenhuma. Decidimos passar o mês fazendo planejamento nas reuniões junto às equipes para o retorno do grupo em março, organizando novamente as agendas, temáticas e planejando pedagogicamente as ações.

Entretanto, não foi possível retomar o grupo no mês de março, visto que os usuários ainda não haviam retomado o seu fluxo normal de acesso a USF-NA, mesmo tentando mobiliza-los através da busca ativa. Atrelado a isso veio período do segundo ano de residência (R2) e como é projetado pelo PPP da RMSF este período é formado por estágios fora das unidades, começaria um novo ciclo de vivências em outros pontos estratégico da Rede Municipal de Saúde. Por esse motivo, a equipe do NASF se responsabilizou em fazer o repasse da atividade coletiva para os novos residentes antes de sermos lotados nos campos dos estágios, afim de que eles tivessem a capacidade de dar continuidade ao grupo, mas essa continuidade não foi dada. E mais uma vez o grupo Qualidade de Vida deixou de existir na USF-NA. O grupo mais uma vez foi identificado como não sendo uma prioridade pelos novos profissionais. Embora um dos atributos mais importantes da ESF seja o vínculo longitudinal e este esteja presente no cotidiano dos processos de trabalho dos profissionais que estão atuando, a rotatividade de profissionais, principalmente dos médicos e enfermeiros, fragiliza o vínculo das eqSF com a comunidade e interfere de forma negativa no alcance dos resultados e a efetividade do modelo (RIQUINHO et al., 2018).

3.3 FORTALECENDO O VÍNCULO E O EMPODERAMENTO DOS USUÁRIOS DO GRUPO

Desde a retomada o grupo, em julho até dezembro de 2016, realizamos um total de doze encontros do grupo Qualidade de Vida, um encontro a cada quinze dias, com temáticas diversas.

Os discursos dos usuários sempre nos surpreendiam, pois o grupo possibilitava um espaço de fala diferente do consultório, por diversas vezes os participantes relataram situações que nunca havia informado em consulta com o seu profissional de

referência. Aos poucos, fomos percebendo que a existência daquele espaço permitia a abertura de fala, de desabafo, além da troca de experiências entre eles e a cada encontro a equipe percebia que esse momento fortalecia os usuários. Segundo Queiroz e colaboradores (2016) as atividades em grupo são consideradas uma possibilidade de fomentar o empoderamento dos sujeitos envolvidos, através da troca de experiências entre pessoas com situações de vida semelhantes.

O grupo possibilitou estimular o empoderamento e participação popular, fomentar o controle social, aumentar e fortalecer o vínculo dos usuários com a unidade para que, futuramente, eles compreendessem a necessidade e desenvolvessem o interesse em instituir espaços coletivos, como por exemplo o Conselho Local de Saúde, ainda não existente na USF-NA. Além disso, era uma ferramenta estratégica para a equipe trabalhar temáticas voltadas a prevenção de agravos, oferta, promoção e educação em saúde para a população, proposta que quebrava a barreira dos consultórios e possibilitava às eqSF um novo modo de fazer saúde.

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), a abordagem através de atividades em grupo das eqSF possibilita o alcance de objetivos variados, dependendo do perfil do profissional e da necessidade e realidade de cada território/comunidade, tornando-se uma estratégia para garantir maior envolvimento e comprometimento da população, objetivando identificar as questões que afetam à saúde dos indivíduos. Porém esse tipo de ação ainda é pouco explorada pelos profissionais nos serviços de saúde, assim como a abordagem familiar e, quando esta se torna oferta do serviço, muitas vezes tem o perfil curativo e individualizado.

Dentro do grupo, além da roda de conversa com temáticas específicas, buscávamos associar a discussão com o serviço que poderia ser ofertado pelos profissionais da USF-NA, assim os usuários percebiam que não era somente uma discussão vazia, mas a partir daquela análise reflexiva eles teriam meios de buscar ajuda dentro do serviço. No caso de vulnerabilidade social, por exemplo, fazíamos a ponte do usuário com o serviço social para que os devidos encaminhamentos fossem feitos.

Começamos a perceber, de forma subjetiva, o quanto o QV estava modificando a relação dos usuários com a unidade, tornando-os mais próximos e frequentes dentro do serviço, pois através do grupo tínhamos a possibilidade de estar divulgando e explicando o cardápio de ofertas da USFNA, convidando-os para atividades outras desenvolvidas na unidade ou no território adstrito, sensibiliza-los sobre a importância do

acompanhamento da saúde e esclarecer possíveis dúvidas, quando essas surgiam, sobre a rotina do serviço.

Houveram momentos bem marcantes sobre esse processo de vinculação, como por exemplo o caso de uma usuária com quadro de esquizofrenia que estava sem aceitar tratamento medicamentoso há três anos, sendo ela a responsável pelo cuidado da sua mãe, hipertensa e diabética insulino dependente. A usuária com quadro de esquizofrenia descompensada, além de recusar o seu acompanhamento, apresentava uma difícil aceitação do acompanhamento clínico para a sua mãe, inclusive se recusando a prestação da assistência medicamentosa pela equipe da unidade. Foram feitas diversas visitas ao domicílio para tentar vincular essa família à equipe e conseguir prestar a assistência devida às usuárias, mas sem sucesso. Foi, através da participação no grupo que essa usuária passou a sentir-se parte integrante da unidade, se fazendo presente na rotina do serviço, buscando assistência quando necessário, inclusive para a sua mãe, algo que antes ela apresentava resistência, levando-a para as consultas clínicas de rotina para o controle da hipertensão e diabetes e para a dispensação medicamentosa na farmácia da unidade. Isso tudo só foi possível através da relação construída dentro do grupo de convivência, onde ficou perceptível que ela passou a se sentir acolhida.

Os usuários apresentavam uma integração muito boa dentro do grupo, os seus relatos sobre a retomada do grupo eram de elogios e expectativas positivas, os componentes das equipes mínimas passaram a se identificar com o grupo, sentindo-se reconhecidos naquele espaço e percebendo que era possível fazer saúde e construir vínculos, além de promover conhecimento aos usuários e o empoderá-los. O grupo começava a ganhar um formato organizado, mesmo com a pequena adesão de 8 usuários, o que era esperado por ter ficado tanto tempo inativo.

Durante algumas avaliações ao final de cada encontro começamos a perceber que a poderíamos ampliar e qualificar o grupo realizando algumas modificações. Primeiramente vimos que a proposta metodológica de forma expositiva, com a equipe a frente, não estava sendo tão convidativa aos usuários, então pensamos na estrutura do grupo no formato de roda de conversa para que os usuários se sentissem mais próximos e no mesmo nível de participação dos profissionais. Percebemos que poderíamos abrir a sugestão da temática para que a escolha também fosse feita pelos usuários, de acordo com a necessidade por eles enxergada, e daí passamos a adotar as escolhas da temática uma vez a equipe e na outra os usuários, dessa forma tornava-

os mais ativos, participativos e reconhecidos dentro do grupo; outra modificação que fizemos foi a forma de abordagem da temática, onde começamos a inserir os usuários no momento da discussão de forma bem ativa, eles eram convidados a encenar, ler uma poesia, cantar uma música, tudo girando em torno da temática, além das falas e trocas de experiências que já faziam parte do grupo desde o início.

Com essa nova modelagem os usuários se tornaram cada vez mais assíduos, se envolvendo cada vez mais nas discussões, buscando saber de qual forma poderiam contribuir com os profissionais da unidade. Apresentavam a necessidade e interesse de participarem de espaços instituídos de discussão coletiva, como as reuniões de unidade e o Conselho Municipal de Saúde de Camaçari, por passarem a compreender a importância deles nesses locais.

Percebemos também que o grupo tinha um grande potencial para desenvolver o empoderamento nos usuários, e, desta forma, apoiar na ampliação do autocuidado a partir das orientações e troca de experiências entre os diversos atores que apresentavam semelhança nas condições de saúde e de vida, o que era muito comum no grupo. Segundo Macedo e colaboradores (2017), ao estimular o empoderamento pode-se contribuir para a melhora de resultados psicológicos e clínicos, pois este influencia e promove a mudança do comportamento para o autocuidado dos usuários, à medida que aumenta a autonomia do usuário quanto a sua capacidade de cuidar da sua própria saúde. A prática educativa em grupo possibilita a corresponsabilização do cuidado, pois é a partir dela que os usuários adquirem conhecimento, consciência de sua condição e dos comportamentos necessários para o cuidado com a saúde (MACEDO *et al.*, 2017). Ainda de acordo com Macedo e colaboradores (2017) a prática educativa em grupo, tendo como objetivo primário o empoderamento, possibilita a aquisição de novos conhecimentos a partir da troca de experiências e participação ativa dos usuários no processo de aprendizagem, estimulando a ressignificação das realidades de saúde vividas.

Todas essas modificações deram uma nova cara ao grupo, tornando-o de fato um grupo de convivência, onde cada vez mais os usuários eram os atores principais que iam conduzindo as discussões, desenvolvendo as propostas dentro do grupo para o próximo encontro e trazendo soluções para as problemáticas levantadas, quando essas existiam. Começaram a estimular um aos outros para a participação e assiduidade, se reconheciam como peça importante dentro da atividade e tinham a necessidade de estarem sempre presentes nos encontros.

De acordo com Stotz (2005), é fundamental que o profissional de saúde reconheça que a interação entre sujeitos e o saber popular são os construtores de relações sociais, ele ainda propõe que a escuta da comunidade adstrita e o diálogo com ela sejam o foco para organizar as práticas de saúde, sendo estes, fundamentais para a organização dos processos de trabalho e ofertas das eqSF. Além disso, respeitar as diferenças, saber abordar e realizar uma escuta qualificada com os usuários são competências fundamentais para qualquer profissional da saúde, pois através delas consegue-se construir e fortalecer vínculos na relação profissional-usuário no cotidiano do trabalho em saúde, ampliando as possibilidades de cuidado e a adesão ao tratamento e aos serviços ofertados (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

Os planejamentos vinham sendo programados e acontecendo com a participação das eqSF e o NASF, o QV sempre sendo pautado nas reuniões das equipes para que as mesmas pudessem convidar os usuários à participarem do encontro, e assim o grupo foi se adequando às necessidades trazidas pelos usuários e a cada encontro tornando-se uma ação coletiva integrada entre profissionais e usuários.

Estudos apontam que atividades grupais e coletivas geram segurança na convivência e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além de serem ações que possibilitam a escuta das demandas e das questões que os usuários trazem; a escolha coletiva de temas e questões a serem discutidas, visando a necessidade de todos; e estimula a reflexão e construção de autonomia ao grupo, inclusive para o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento de vulnerabilidades (BRASIL, 2010).

As propostas pedagógicas planejadas para mediação dos grupos se tornavam cada vez mais atrativas para os usuários participantes. Foram realizadas encenações sobre violência contra mulher, depressão e desemprego; montamos um self-service para discutirmos sobre alimentação saudável; construímos uma tabela nutricional gigantesca para falarmos sobre os alimentos, seus valores nutricionais e como escolher um alimento com um custo/benefício acessível; organizamos um quebra-cabeças gigante para falarmos sobre acidentes domésticos com animais; realizamos uma oficina de confecção de cartazes sobre a reforma trabalhista e direitos sociais; demonstração de vários tipos de drogas lícitas e ilícitas e os seus efeitos no corpo humano e na sociedade; entre outras abordagens e temáticas, ofertando educação em saúde e cidadania, incentivando o empoderamento dos usuários, participação popular e controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente foi cogitada, pela equipe do NASF, a possibilidade de haver resistência por parte dos profissionais das eqSF, por sempre se queixarem da sobrecarga dos atendimentos, das agendas superlotadas, dos acolhimentos exaustivos, da grande demanda para visita domiciliar, das fichas, relatórios, malotes que tinham que entregar toda semana e ainda vinha o NASF e lançava a proposta de participação em mais uma atividade, e o pior coletiva? Mas no final deu tudo certo. Eles entenderam a relevância daquele grupo para os usuários e o quanto o QV facilitaria a vinculação deles com as equipes, com a unidade. Acredito que essa adesão facilitada tenha se dado por sermos, a maioria das equipes, residentes que estão vivenciando o mesmo contexto de formação e qualificação profissional, discutindo constantemente a importância dos momentos de EPS e que buscamos nos apoiar nas atividades desenvolvidas afim de explorarmos todas as possibilidades de aprendizagem. O Programa de Residência possibilita essa autonomia e integração profissional mais facilitada, estreitando as relações e fortalecendo os vínculos entre os profissionais envolvidos.

Farias e colaboradores (2018) afirmam que para que haja a interdisciplinaridade por meio da intervenção interprofissional se faz necessário que alguns desafios sejam superados. Os profissionais precisam entender a diferença entre o modelo da lógica profissional e o da colaboração interprofissional. Para isso a Educação Permanente em Saúde (EPS³), voltada para a interprofissionalidade, torna-se uma importante estratégia para problematizar essas concepções e construir soluções factíveis para a superação das dificuldades de planejamento e execução das ações coletivas. A integração dos processos de formação pautados na lógica da interprofissionalidade é um ponto muito importante, e as residências multiprofissionais permitem e promovem esse tipo de espaço e discussão. Corroborando com Farias e colaboradores, Medeiros (2015) afirma que é perceptível a grande dificuldade sentida pelos trabalhadores para transformar as práticas de saúde diariamente. Apresentam resistências em implantar a integralidade e intersetorialidade, pois, é necessário envolver pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional, algo bastante complexo para quem não tem prática.

³ A Educação Permanente em Saúde é definida por Ceccim (2005) como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

No entanto, julgo ser necessário uma reavaliação constante das prioridades de ações e contemplações destas nas suas agendas pelas eqSF no que tange a busca da autonomia e cogestão do cuidado da saúde do usuário, pois quando essas apresentam um perfil de priorização de ações curativistas, desvalorizando os espaços coletivos, só reforça nos usuários o modelo biologista, o que gera dificuldade de adesão futura para propostas como uma atividade em grupo.

A partir de tudo que foi vivenciado e das análises realizadas, compreendo que as atividades desenvolvidas pelo NASF vão desde o apoio assistencial direto através do saber clínico específico, a troca de experiências e saberes em ações compartilhadas com as eqSF até as ações de apoio matricial (ações de educação permanente com foco no “campo do saber/fazer” e na cogestão da clínica). Percebo que essa foi uma grande fragilidade surgida no núcleo, pois alguns profissionais apresentaram resistência em participar de ações/atividades como responsáveis diretos, não compreendiam, muitas vezes, que essa também era uma forma de prestar apoio matricial e por esse motivo, muitas vezes se recusaram em assumir o grupo, por exemplo.

As atividades coletivas como proposta de ações de educação em saúde se justificam pela caracterização de oferta de cuidado ampliado, com foco no indivíduo, família, comunidade e situações de vulnerabilidade social, porém as eqSF tem dificuldades em incorporarem esse tipo de ação no seu cotidiano, e a ausência de um profissional específico que esteja disposto a tencionar, valorizar e estimular a adoção dessas ações, objetivando a autonomia dos sujeitos, modificação e qualificação dos processos de trabalho, dificultam o desenvolvimento e continuidade das propostas planejadas. Para tal, as ações de educação permanente tornam-se necessárias para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes NASF (discussão sobre o papel do apoio matricial e de diferentes modelos de agendas de equipe, problematização do conceito e diferenciação entre promoção da saúde e prevenção de doenças e da importância da incorporação dessas atividades ao processo de trabalho da equipe), já que as eqSF apresentam dificuldade de entendimento sobre o AM e a relevância das atividades coletivas como proposta de ação para ampliação e efetivação das ofertas de cuidado à saúde. Entendendo que, se as eqSF não planejam e executam suas ações de acordo com os princípios da ESF, o Apoio Matricial ofertado pelo NASF fica extremamente deficitário.

A partir dessa experiência, percebo que o investimento do NASF deve permear o apoio matricial tendo como foco as discussões e troca de saberes de ações clínicas coletivas, gerando mudanças no modelo de atenção à saúde das equipes por meio da clínica ampliada, e assim ofertando serviços de saúde que gerem melhoria na qualidade de vida dos usuários, além de exercitar a lógica da cogestão e reavaliação das ações desenvolvidas. Para que isso aconteça, é importante que cada núcleo, no seu saber específico, contribua com suas experiências, vivências e competências, gerando ampliação nas ofertas de cuidado e de serviços de saúde dentro da ESF.

É importante sinalizar que, apesar das atividades desenvolvidas dentro da unidade serem de responsabilidades das eqSF, a equipe do NASF pode/deve contemplar nas suas agendas ações clínicas ampliadas diretas com os usuários, seja coletiva ou individual, de modo a garantir o cuidado ampliado à saúde.

Ressalvo que os processos de trabalho do NASF objetivem ofertar ações de saúde ampliadas através de tecnologias leves e leve-duras, estimulando estratégias e ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos nas eqSF.

Outro ponto importante para reflexão é o não entendimento dos usuários sobre a sua participação e importância dentro das ações/atividades desenvolvidas na unidade. Eles não se reconhecem como protagonistas e tão responsáveis por tais atividades quanto os profissionais de saúde. Ainda apresentam dependência no fazer saúde, acreditando que este seja o papel do profissional e que eles apenas ouvem e acatam como verdade absoluta. Vejo a participação popular ainda muito longe da ideal e entendo que esse seja um outro ponto importante a se trabalhar entre os profissionais e com a comunidade, pois no momento de mudanças de rotina da unidade ou de profissionais, como foi o caso da USF-NA, tais ações possam ser continuadas pelos usuários, tendo estes como protagonistas. Se essa fosse uma realidade do grupo Qualidade de Vida muito provavelmente o grupo não teria deixado mais uma vez de existir. Acredito que esse fortalecimento sobre a importância da participação popular não foi alcançado devido ao curto período de retomada do grupo. Julgo que seis meses, não seja tempo o suficiente para desenvolver nos usuários essa postura proativa e torná-los os principais responsáveis por atividades dentro da unidade, principalmente quando não é perfil da maioria dos participantes, que no caso do grupo eram maioria idosas, aposentadas e responsáveis pelos afazeres domésticos.

Identifico outro ponto como uma grande fragilidade na continuidade das ações e atividades do grupo. Por se tratar de uma unidade que as equipes de nível superior são

formadas por residentes, e a cada ano há a rotatividade de residentes, saída dos antigos para outros pontos da rede e a chegada dos novos residentes para assumirem o serviço, isso dificulta a continuidade das atividades, por questões de apropriação/adaptação e identificação com a necessidade e atividade desenvolvida, além da vinculação dos usuários associada aos profissionais de referência das atividades.

Esta experiência que teve o período de duração de onze meses, com o objetivo de ser uma forma estratégica de aumentar a resolutividade das ações desenvolvidas na ESF, com foco na atividade coletiva, me proporcionou um enorme amadurecimento e aprendizado, tanto pessoal como profissional, diante dos inúmeros desafios encontrados no período da vivência. Percebo que alguns desafios foram vencidos, e outros serviram de exemplo para que eu pudesse reavaliar a minha postura diante das adversidades individuais e coletivas, identificando como necessidade prioritária a construção do entendimento sobre apoio matricial entre o NASF e as eqSF, gerando assim uma ampliação de ofertas às eqSF, tanto de saberes específicos, quanto de saberes coletivos.

A partir dos resultados foi observada a importância de uma equipe Multi. e Interprofissional para o desenvolvimento da atividade coletiva. Porém faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos e relatos, para melhor compreensão e conhecimento não só sobre a interação do NASF com as equipes mínimas, mas também sobre os demais pontos desafiadores relatados nesse estudo, bem como para a realização de discussão mais aprofundada diante dos resultados obtidos. Visto que, a escassez de estudos sobre tal abordagem temática é incipiente.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Botucatu**, v, 9, n 16, p. 39-52, fev. 2005.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C.. **Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde**. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C.. A produção subjetiva do cuidado: cartografia da Estratégia de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 130- 146.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Rede de Bibliotecas. Indexação: orientações técnicas. Brasília, DF, 2012. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 5 de fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. (Caderno de Atenção Básica n. 39) Brasília, DF, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 5 fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS – 2ª edição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf >. Acesso em: 27 fev 2018.

BRASIL. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Estudo sobre metodologias de trabalho social com famílias no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010. Disponível em: < http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Estudo%20sobre%20metodologias%20de%20trabalho%20social%20com%20fam%C3%ADlias%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Servi%C3%A7o%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0%20Fam%C3%ADlia%20C%AD%20PAIF_2010.pdf >. Acesso em: 27 fev 2018.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 13 jun 2017.

COSTA, A. J. J. Processo de trabalho e diferentes modalidades de Apoio do NASF no Município do Oeste Baiano. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática - 1ª edição. **Rede Unida**. Porto Alegre, 2014.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007. Disponível em: <<file:///E:/TCR%20QV/O%20Programa%20de%20Saúde%20da%20Família%20e%20a%20construção%20de%20um%20novo%20modelo%20para%20a%20atenção%20básica%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 13 de jun 2017.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, Apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev 2018.

FESF. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família Fesfsus/Fiocruz** - 1ª versão. Salvador: Fesfsus, 2017.

FESF. **Termo de Referência: Trabalho de Conclusão da Residência (TCR)** - Turma 2016. Salvador: Fesfsus, 2016.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0029, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MACEDO, M. M. L. et al. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03278, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342017000100467&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev 2018.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, 2015; 1(1): 65-74.

MERHY, E. E. et al. **Em busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o dia-a-dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em Saúde; um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

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.; et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público.* Belo Horizonte: Xamã/ VM Ed., 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. **Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev 2018.

RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, Apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000100163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev 2018.

ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a Atenção Primária à Saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família.** 102 p. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade de São Paulo, USP.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde.** 2005. Disponível em: <[http://www.edpopsaude.net/edpopsaude/Pol%C3%ADticas e Sistemas files/Stotz%20-%20DesafioSUS.pdf](http://www.edpopsaude.net/edpopsaude/Pol%C3%ADticas%20e%20Sistemas%20de%20Saude/files/Stotz%20-%20DesafioSUS.pdf)>. Acesso em: 22 fev 2018.