

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

JULIANA CAMARGO DA SILVA

**OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM ESTUDO NO
MUNICÍPIO DE SANTOS/SP**

Santos

2021

JULIANA CAMARGO DA SILVA

**OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM ESTUDO NO
MUNICÍPIO DE SANTOS/SP**

Dissertação apresentada a UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Angela Aparecida Capozzolo

Coorientação: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

Santos

2021

S586n Silva, Juliana Camargo da.
OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS
GRUPAIS. UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP. /
Juliana Camargo da Silva; Orientadora Angela
Aparecida Capozzolo; Coorientador Sidnei José
Casetto. -- Santos, 2021.
100 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Processos Grupais. 2. Saúde da Família. 3.
Equipe Multiprofissional. 4. Apoio ao Planejamento
em Saúde. 5. Educação Permanente. I. Capozzolo,
Angela Aparecida , Orient. II. Título.

CDD 610.7

Folha de Aprovação

JULIANA CAMARGO DA SILVA

**OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM
ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP**

Aprovada em 19/01/2021

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Viviane Santalucia Maximino

Prof. Dr. Conrado Augusto Gandara Federici

Prof^ª. Dra. Carolina Ozawa

À minha família, meu lugar seguro.

Agradecimentos

À minha mãe, Laura, minha irmã, Adriana e minha sobrinha, Marina, pelo amor, apoio, incentivo e por sempre acreditarem em mim.

Aos professores Angela Capozzolo e Sidnei Casetto, pela incansável dedicação e ensinamentos que levarei para todo sempre.

À Gabriela Muller, companheira de mestrado, pela amizade, sabedoria nos momentos difíceis e por não me deixar desanimar nunca.

Aos colegas da E.E. Marcílio Dias, que torceram e encorajaram desde o momento que resolvi embarcar nessa jornada.

À Rosangela, minha eterna chefe preferida, por possibilitar a realização de várias etapas dessa pesquisa, mesmo após a aposentadoria.

Aos colegas das equipes NASF de Santos, que proporcionaram a realização dessa pesquisa ao aceitaram compartilhar seus saberes e práticas.

Aos meus queridos alunos dos grupos de atividade física das Unidades de Saúde, vocês são a razão dessa pesquisa. Todo o amor, carinho e união que há entre nós, me incentiva a buscar sempre ser uma profissional melhor.

RESUMO

Entre as várias ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão as práticas grupais, que são importantes estratégias de cuidado para possibilitar uma atenção integral. Este estudo teve como objetivo geral investigar como os profissionais dos NASF de Santos/SP planejam e implementam práticas grupais junto às Equipes de Saúde Família (eSF) que apoiam; e como objetivos específicos conhecer as ações grupais desenvolvidas pelas equipes NASF, identificar quais as estratégias utilizadas pelos profissionais das equipes NASF para a implantação e acompanhamento das ações grupais, e analisar as facilidades e dificuldades das equipes NASF na realização das práticas grupais. A pesquisa foi tipo exploratória, com abordagem qualitativa. Foram selecionados dois profissionais de cada equipe NASF existente no município à época da pesquisa, totalizando 10 profissionais com diferentes áreas de formação. A produção dos dados ocorreu por meio de três encontros na forma de Roda de Conversa, na qual foram utilizadas algumas estratégias disparadoras para encetar as conversas, permitindo o livre discorrer dos pensamentos e proposições. Os encontros foram gravados e as transcrições analisadas segundo a técnica Análise de Conteúdo/Análise Temática. As falas desses profissionais geraram núcleos de sentido que foram sintetizados em oito temas, e estes agrupados em quatro categorias: Organização do trabalho, Formação, Planejamento e Concepções de grupo. Foram apontadas dificuldades para a realização das práticas grupais pelas equipes NASF entre as quais destacamos: a difícil articulação entre profissionais do NASF e profissionais das eSF apoiadas nos processos de planejamento e condução das ações grupais realizadas nas unidades, o pouco apoio da gestão, a valorização comparativamente maior dos atendimentos individuais em relação às atividades grupais por parte dos gestores e profissionais das eSF, a cobrança pelo cumprimento de metas, o grande número de eSF que cada equipe NASF apoia, as distâncias geográficas entre as unidades de saúde apoiadas e a quantidade de ações que os profissionais NASF precisam realizar. Há diferentes perspectivas e concepções de práticas grupais entre os profissionais que se traduzem em uma diversidade de ações grupais, com interessantes experiências que envolvem a participação dos usuários, o compartilhamento de saberes e a valorização da formação de vínculos entre os participantes. Verificou-se a importância da garantia de espaços para o planejamento das ações grupais entre os profissionais do NASF e eSF, bem como de momentos de Educação Permanente para viabilizar a troca e acesso de informações, a discussão e a construção de novas possibilidades de práticas grupais entre os profissionais das equipes NASF, como também com os profissionais das eSF apoiadas.

Palavras-chave: Processos Grupais; Saúde da Família; Equipe Multiprofissional; Apoio ao Planejamento em Saúde; Educação Permanente.

ABSTRACT

Among the various support actions developed by professionals from the Family Health Support Centers (NASF) are group practices, which are important care strategies to enable comprehensive care. This study aimed to investigate how NASF professionals in Santos / SP plan and implement group practices with the Family Health Teams (eSF) they support; and as specific objectives, to know the group actions developed by the NASF teams, to identify which strategies are used by the professionals of the NASF teams for the implementation and monitoring of group actions, and to analyze the facilities and difficulties of the NASF teams in carrying out group practices. The research was of an exploratory nature, with a qualitative approach. Two professionals were selected from each NASF team in the municipality at the time of the research, totaling 10 professionals with different training areas. The production of the data took place through three meetings in the form of a Conversation Circle, in which some triggering strategies were used to start conversations, allowing the free discourse of thoughts and propositions. Meetings were recorded and the transcripts were analyzed according to the Content Analysis / Thematic Analysis technique. The speeches of these professionals generated nuclei of meaning that were synthesized in eight themes, and these grouped into four categories: Work organization, Training, Planning and Group conceptions. Difficulties were identified for the NASF teams to carry out group practices, among which we highlight: the arduous articulation between NASF professionals and ESS professionals supported by the planning and conducting group actions carried out in the units, the little management support, the valuation of individual assistance by managers and professionals of the eSF, the charge for meeting goals, the large number of eSF that each NASF team supports, the geographical distance between the supported health units and the number of actions that NASF professionals need accomplish. There are different perspectives and conceptions of group practices among professionals that translate into a diversity of group actions, with interesting experiences that involve the participation of users, the sharing of knowledge and the appreciation of the formation of bonds between participants. It was verified the importance of guaranteeing spaces for the planning of group actions among NASF and eSF professionals, as well as moments of Permanent Education to enable the exchange and access of information, the discussion and the construction of new possibilities for group practices among the professionals of the NASF teams, as well as the professionals of the supported eSF.

Keywords: Group Processes; Family Health; Multiprofessional Team; Health Planning Support; Permanent Education.

LISTA DE ABREVIACÕES

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agentes Comunitário de Saúde

DEAB – Departamento de Atenção Básica

EP – Educação Permanente

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de saúde da Família e Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SEATESC – Seção de Atenção à Saúde da Comunidade

SUS – Sistema único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO	8
2 - INTRODUÇÃO	13
2.1 A Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família	13
2.2 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as Práticas Grupais	16
3 - OBJETIVOS	22
3.1 Geral	22
3.2 Específicos	22
4 – MÉTODO	23
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 - Organização do Trabalho	32
5.1.1 Descrédito e desinvestimento em ações grupais	32
5.2 – Formação	37
5.2.1 O interesse ou as resistências em fazer grupos relacionados ao preparo do profissional	37
5.2.2 O serviço como principal lugar de formação para o trabalho com grupos	41
5.3 – Planejamento	44
5.3.1 Diferentes perspectivas dos envolvidos (equipe NASF, unidade de saúde, profissionais, usuários em seu contexto) no planejamento e realização de um grupo	45
5.3.2 Benefícios e dificuldades de parcerias dos profissionais NASF nas ações grupais	49
5.3.3 Disputa de espaço e tempo para o planejamento dos grupos	58
5.4 – Concepções de grupo	60
5.4.1 Diversidade de objetivos e formatos relativa à posição dos participantes	61
5.4.2 O aprendizado horizontal e a formação de vínculos como efeitos qualitativos dos grupos	65
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	83
APÊNDICE B – Recortes da tabela de Análise de Dados	85
ANEXO 1 – Manchetes produzidas pelos participantes da pesquisa	89
ANEXO 2 – Anotações produzidas pelos participantes da pesquisa	90
ANEXO 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	91
ANEXO 4 – Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde	97

1- APRESENTAÇÃO

Sou profissional de Educação Física formada há 16 anos em uma universidade privada que tinha como ênfase as áreas de educação e esporte. No meu período de faculdade, de 2001 a 2004, o currículo abordava muito pouco o trabalho em saúde, embora a profissão, desde 1997, já fosse reconhecida como integrante desta área.

Em 2005 fui aprovada em um concurso para área da educação do Governo do Estado de São Paulo e também em outro concurso da Prefeitura de Santos. No fim do mesmo ano ingressei como professora no Estado e em fevereiro de 2006 já iniciei minhas funções em uma escola em Vicente de Carvalho, Guarujá. Foi um desafio, pois tinha apenas um ano de formada e como experiência somente o que havia vivenciado nos estágios da faculdade. Atualmente (2020), depois desses 15 anos de magistério, posso dizer que com a busca por formações e aperfeiçoamento das aulas, com uma especialização em Educação Física Escolar, e empenho, fui aperfeiçoando meus recursos didáticos e pedagógicos.

Após três anos e meio de trabalho no Estado, fui finalmente chamada para ingressar na Prefeitura de Santos; estávamos no último semestre de 2009. O concurso era para professor de educação física mas sabia que não se tratava da área de educação. Apresentei-me certa de que iria trabalhar na área do esporte, afinal na faculdade havia sido preparada apenas para atuar nessas duas áreas educação e esporte. Levei a documentação solicitada e iniciei os exames admissionais e durante a realização dos mesmos, no momento da verificação das vacinas obrigatórias, fui surpreendida com a descoberta que estava indo trabalhar na Secretaria de Saúde. Novamente me vi diante de um desafio, pois tinha pouco conhecimento da área da saúde.

Antes de continuar minha história e os motivos que me levaram a esse estudo, vou contextualizar como funciona a saúde em Santos. A Atenção Básica à Saúde (ABS) no município é organizada em 04 regiões sanitárias: Centro/Área Continental, Morros, Orlas e Zona Noroeste. Em 1989 foram implantadas no município as então denominadas Policlínicas, em substituição aos Postos de Saúde às Crianças (Diário Oficial de Santos, 1993). A adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu no ano de 2000, inicialmente apenas no bairro Caruara na Área Continental da cidade. O modelo adotado pelo município foi de uma equipe mínima composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares, 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 oficial administrativo (Diário Oficial de Santos, 2000). Somente em 2004

com a implantação da segunda equipe no Monte Serrat é que a ESF começa a se expandir na cidade (Abdala, 2014).

Todavia, mesmo com adesão do município à ESF a denominação Policlínicas continuou sendo utilizada e somente em 2005 é adotada a denominação Unidade Básica de Saúde (UBS) com a inauguração da UBS do Porto, na região do Centro da cidade, ficando em conformidade com o preconizado para todo o território nacional (A Tribuna, 1998; Diário Oficial de Santos, 2005). Vale ressaltar, que atualmente (2020) no município há os dois modelos de atenção à saúde em funcionamento, as Unidades de Saúde da Família (USF) e as UBS. O município possui 12 UBS e 20 USF, perfazendo um total de 32 Unidades de Saúde distribuídas pelo município.

O Departamento de Atenção Básica (DEAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, contava, desde 2006, com um grupo técnico composto inicialmente por farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo e enfermeiro, que prestava apoio a algumas UBS e USF do município, visto que não havia profissionais em número suficiente para uma cobertura total das Unidades de Saúde da cidade. Em 2010 foi instituída a SEATESC – Seção de Atenção à Saúde da Comunidade, que acrescentou à equipe multiprofissional citada acima outros profissionais, tais como nutricionista, assistente social e profissional de educação física. Esses profissionais continuaram a prestar apoio às UBS e USF, mais ainda com uma quantidade de profissionais insuficiente para conseguir realizar a cobertura de todas as unidades.

Foi nos grupos técnicos do DEAB que me inseri quando ingressei na prefeitura, passando depois para a SEATESC, compondo uma equipe multiprofissional que prestava apoio às Unidades de Saúde na Região Central e Área Continental de Santos. Meu trabalho era realizar grupos de atividade física com os pacientes dessas unidades cadastrados no Programa Hiperdia¹ (hipertensos e diabéticos) e também com pessoas de mais de 60 anos atendidas nessas unidades. Em relação às aulas práticas eu não tinha dificuldade, pois usava de minhas vivências pessoais em atividade física e também das profissionais adquiridas nos tempos de trabalho em academias. O desafio, no entanto, estava em entender a dinâmica de uma unidade de saúde, seus processos de trabalho, as ações e programas preconizados e como o meu trabalho conversava com tudo isso.

¹ Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus, que tem por objetivo cadastrar e acompanhar a situação dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em todo o país, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Havia recebido a orientação de que as minhas ações eram um complemento do tratamento ofertado aos pacientes; que além das consultas médicas, das orientações da equipe de enfermagem e dos remédios, também haveria os benefícios da atividade física. Os usuários das unidades eram informados da oferta de grupos de atividade física e realizavam um cadastro diretamente com o professor de educação física, sendo informados dos dias e horários dos grupos. Porém entendia que, para alcançar os resultados que o trabalho proposto almejava, era necessário que os profissionais envolvidos no cuidado conversassem e integrassem suas ações, o que não acontecia. Realizava minhas aulas de forma isolada, sem sequer aferir a pressão dos participantes antes da atividade física, o que sempre me incomodou, pois acredito que o tratamento integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), necessita das ações das várias áreas da saúde trabalhando junto com o paciente.

Comecei a propor para colegas nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais, que faziam parte da mesma equipe de apoio que eu, a realização em conjunto de grupos, na perspectiva de aumentar a quantidade e a qualidade das informações dos participantes dos grupos de atividade física sobre sua situação de saúde e conseqüentemente contribuindo para o seu tratamento e sua qualidade de vida. Destaco que a maior dificuldade dos profissionais da SEATESC eram as agendas “fechadas”, com a definição previa, a pedido da chefia de seção e do DEAB, dos períodos e das unidades em que cada profissional estaria. Assim, tínhamos que tentar conciliar nossas agendas para realizar uma ação interprofissional, o que pedia um alinhamento das horas e locais de todos os profissionais, sendo algo que raramente conseguíamos. Minha agenda apertada, de 6h diárias, com a realização de atividades em duas unidades de saúde somente pela manhã, dificultava a minha vinculação com a equipe da unidade e, conseqüentemente, o planejamento de um trabalho interprofissional. Esse trabalho isolado, sem conseguir conciliar ações tanto com a equipe da unidade, quanto com a equipe multiprofissional da SEATESC, era um grande incômodo.

Apesar das diversas tentativas de ações interprofissionais, a proposta não ganhava força e em 2015 passei a fazer parte de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em Santos o Conselho Municipal de Saúde aprovou em 2013 a implantação de 03 NASF no município (Diário Oficial de Santos, 2013). Porém, as equipes NASF iniciaram suas atividades somente em abril de 2015, na modalidade NASF 1², conforme a Portaria nº

² Vinculada a, no mínimo, cinco e a, no máximo, nove eSF ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Somatória das Cargas Horárias Profissionais:

3.124/2012, em virtude da morosidade dos processos legais para aprovação nas três instâncias de gestão do SUS, municipal, estadual e federal, e do cadastramento dos mesmos no Ministério da Saúde. Assim, em 2015, os profissionais da SEATESC foram realocados para compor as 03 equipes NASF implantadas inicialmente no município, na lógica de pelo menos 01 profissional de cada área de conhecimento em cada equipe.

A implantação do NASF em Santos veio com a proposta da não adoção de agendas “fechadas” para os profissionais das equipes, permitindo a livre adequação às solicitações e demandas das USF apoiadas. Atualmente (2020), Santos mantém em funcionamento 37 Equipes de Saúde da Família (eSF) e seis NASF prestando apoio nas regiões Central/Área Continental, Morros e Zona Noroeste. Com a colocação dos profissionais da SEATESC nas equipes NASF, que só apoiam as USF, as UBS deixaram de contar com apoio de uma equipe multiprofissional.

As equipes NASF do município são constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, enfermeiros sanitaristas, e a partir de 2020, médicos geriatras. Também a partir de 2018, residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Prefeitura de Santos passaram a compor as equipes NASF. Vale ressaltar que as equipes nem sempre contam com profissionais de todas as áreas de conhecimento em sua composição, em virtude de não haver profissionais efetivos, ou mesmo residentes, em número suficiente para essa distribuição igualitária.

Voltando a 2015, passei a integrar uma equipe NASF que prestava apoio a Unidades de Saúde da Família da Zona Noroeste de Santos e era composta, além de mim, por 1 farmacêutico, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 enfermeiro sanitarista. O NASF possui várias diretrizes que orientam suas ações de apoio, tais como: contribuir para construção e implementação de Projeto Terapêutico Singular (PTS), realizar visitas domiciliares (VD), atendimentos compartilhados (AC) e atividades coletivas. Diante dessa proposta de trabalho e fazendo parte de uma equipe multiprofissional, pensei que finalmente conseguiria realizar ações grupais de forma interprofissional e mais integradas com as equipes das unidades, mas isso não aconteceu da maneira como imaginava; as dificuldades seguiram.

Mudei, assim como outros profissionais, em 2018, de equipe NASF, e, conseqüentemente, de unidades apoiadas, embora ainda na Zona Noroeste, e a situação de ações grupais não integradas com as demais ações de saúde, nem com a participação de outros profissionais, manteve-se. Ao longo de cinco anos de atuação, em conjunto com os profissionais das eSF apoiadas, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, me deparei com vários desafios para implementar ações grupais. Os atendimentos individuais compartilhados e discussões de projetos terapêuticos singulares, em geral, ocupam a maior parte da agenda das equipes, havendo pouco espaço para o planejamento, implementação e realização e avaliação em conjunto das atividades grupais. Gostaria de ressaltar que não desvalorizo os atendimentos individuais, pois nos deparamos com situações pessoais e familiares de extrema complexidade que necessitam de um cuidado mais individualizado. Eu mesma participo de alguns, pois também são ações de responsabilidade do NASF.

Um aspecto a ser destacado é que tenho observado que as ações com grupos são conduzidas, em geral, por apenas um profissional, sem a participação de outros, seja da equipe NASF seja das eSF. Outro ponto diz respeito à percepção de que existem diferentes formas de realização de ações grupais relacionadas às características dos profissionais das equipes (NASF e eSF) e diferentes formas de compreender e implementar as ações grupais.

As práticas grupais também fazem parte das responsabilidades do NASF e acredito no seu potencial. Penso ser uma estratégia de cuidado importante para ofertar um atendimento integral. Ao juntar pessoas que vivenciam semelhantes situações de vida e estados de saúde-doença, pode haver um compartilhamento de saberes e troca de vivências entre os participantes dos grupos.

Desde o meu ingresso na Secretaria de Saúde de Santos, percebo que as ações grupais que realizo, seja de práticas físicas ou de educação em saúde, contribuem para ampliar a autonomia das pessoas que delas participam em relação ao cuidado com sua saúde. Além disso, o vínculo que os participantes desenvolvem cria um ambiente de apoio e cuidado mútuo.

Assim, diante dessa dificuldade que vivenciei durante esses anos em realizar ações grupais, surgiu o interesse em tomar o tema das práticas grupais para investigar.

2 - INTRODUÇÃO

2.1 A Estratégia Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 da população de um determinado território, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas em relação ao seu próprio cuidado e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012).

Buscando melhorar as respostas às numerosas ações preconizadas para a ABS, o Ministério da Saúde, durante a gestão do Ministro Henrique Santillo, formula em Dezembro de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa é implantado oficialmente a partir de 1994 e se expande nos anos seguintes. Inicialmente as equipes eram compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e tinham como perspectiva agregar mais resolutividade aos Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em regiões mais pobres e desvalidas que apresentavam condições adversas de saúde e de acesso aos serviços de saúde. As funções eram distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira (Franco e Merhy, 1999; Rosa e Labate, 2005).

Em 2006 o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia prioritária de reorganização da Atenção Básica no Brasil, sendo a partir de então denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF traz uma nova forma de trabalhar a saúde, enfocando a família e não somente o indivíduo nas ações de saúde e que não espera a população procurar cuidados em saúde (Rosa e Labate, 2005).

A ESF trouxe consigo resultados positivos mas também inúmeros desafios. O conjunto de ações que devem ser desempenhadas na ABS pelas eSF, é complexo e demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Assim, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, e aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (Brasil, 2010; 2014).

Vale ressaltar que a Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 (PNAB 2017) altera o nome de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Todavia, como esse projeto foi idealizado, apresentado à universidade e aprovado com a denominação antiga, optamos manter a denominação NASF.

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das ESF, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e da Academia da Saúde, compartilhando práticas e saberes em saúde (Brasil, 2012).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que, em síntese, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de profissionais das ESF (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento (Brasil, 2014). Assim, de acordo com Bispo Júnior e Moreira (2017), o NASF busca melhorar o desempenho dos sistemas de saúde com foco no trabalho em equipe e na interprofissionalidade.

O NASF pode desenvolver o trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Assim, os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários para ampliar a clínica dos profissionais, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto clínicos quanto sanitários (Brasil, 2012; 2014).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, intervenções no território e na saúde da coletividade com ações grupais, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, educação permanente etc.

O NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da ABS e de facilitar o acesso da população à assistência em saúde, contribuindo para diminuir os encaminhamentos para outros níveis de atenção. Entretanto, como ressalta a pesquisa de Santos et al. (2017), atualmente gestores e profissionais da saúde que atuam em UBS, em ESF e em NASF encontram-se diante de desafios para implementar as propostas das políticas públicas referentes à ABS e ao apoio matricial. Os profissionais se deparam com muitas resistências e dificuldades para realizar ações diferenciadas no território em que trabalham e garantir a realização total de sua função como NASF, desenvolvendo apoio matricial e as demais ações previstas, para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo SUS.

É preciso considerar vários fatores que dificultam as ações de apoio matricial, tais como: a elevada demanda de atendimentos, a avaliação da gestão centrada na produção dos profissionais, a formação e a experiência de cada profissional, a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em trabalhar na perspectiva interprofissional, o fato de que a rede de serviços de referência do território, especificamente a de saúde, é insuficiente para responder à demanda existente (Santos et al., 2017). Pesquisa realizada por Bispo Junior e Moreira (2017) também ressaltou que a elevada demanda e o número excessivo de eSF que o NASF precisa apoiar dificultam o seu trabalho porque os núcleos acabam por não conseguir se fazer frequente e atuante em todas as equipes e territórios.

Os achados do estudo de Arce e Teixeira (2017), evidenciam que o NASF apresenta potencialidade em provocar mudanças no processo de trabalho das eSF, mas a proposta dos núcleos ainda precisa superar várias dificuldades e desafios para que se efetive como objeto de transformação das práticas de saúde. O processo de trabalho dos profissionais do NASF ainda está em construção e amadurecimento, sendo necessário que sejam melhor estruturados, com definições de finalidades, atividades e instrumentos de trabalho coerentes com um objeto ampliado, para além do indivíduo e da doença, o que deve ocorrer de forma atrelada à ESF. Iniciativas que objetivem superar tais dificuldades devem ser viabilizadas.

Assim, Bispo Junior e Moreira (2017), sugerem o fortalecimento das ações de Educação Permanente em saúde abrangendo a metodologia do apoio matricial.

2.2 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as Práticas Grupais

A ferramenta do apoio matricial e a lógica de trabalho do NASF diferem consideravelmente das práticas e das relações tradicionais estabelecidas entre médicos e enfermeiros e os profissionais de outras formações. A forma de organizar o trabalho é diferente, pois são valorizadas as relações interprofissionais que geram uma nova forma de cuidado dos usuários. No entanto, estas propostas não são de fácil implementação. Uma das dificuldades diz respeito aos modelos de formação, no qual ainda predomina a responsabilidade de cada profissional por uma parte do tratamento do indivíduo, sem uma preocupação com uma formação interdisciplinar. Os conhecimentos descontextualizados e as disciplinas abordadas de forma segmentada na formação dos trabalhadores do setor saúde comprometem o alcance de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe, o que implica na baixa resolutividade do cuidado (Bispo Júnior e Moreira, 2017; Farias et al., 2018).

Muitos profissionais de saúde acreditam atuar de forma interprofissional simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles estão trabalhando em uma equipe na qual ofertam atendimentos que não se articulam entre si, fragmentados, deixando de realizar um trabalho integrado na perspectiva de qualificar e produzir um melhor cuidado em comum. Nessa perspectiva, os profissionais das eSF e NASF se encontram diante de uma aposta que pressupõe a conformação de uma relação de trabalho mais colaborativa e integrada, que tradicionalmente não vem sendo priorizada na organização dos serviços de saúde (OMS, 2010; Brasil, 2014).

A implantação do NASF é recente e ainda há muitos desafios para sua consolidação, especialmente o fortalecimento da função de apoio matricial que requer um rompimento com os modelos tradicionais de cuidado curativo e fragmentado e a construção de um trabalho interprofissional na busca do cuidado integral do indivíduo. No Brasil, a dificuldade de se trabalhar ações curativas e reabilitadoras conjuntamente com as ações de promoção e prevenção é ainda marcante e leva os profissionais e gestores a acreditarem que estas duas formas de cuidado não podem se fazer de forma concomitante e articulada (Shimizu e Fragelli, 2016; Bispo Junior e Moreira, 2017).

Apesar de dentre as ações realizadas pelo NASF estarem contempladas a educação popular, a humanização, a promoção de saúde e prevenção de agravos, com base nas demandas dos territórios assistidos, as competências para desenvolver esse processo de trabalho necessitam ser construídas, sendo que uma estratégia de cuidado disponível aos profissionais de saúde para alcançar esses fins são as práticas grupais (Shimizu e Fragelli, 2016).

Alguns autores apontam que as práticas grupais em saúde têm seu início em 1905 com Joseph Pratt, médico generalista de Boston, que passou a atender seus pacientes com tuberculose em grupos. Ele discutia nesses grupos temas relacionados à higiene e à própria tuberculose e depois abria espaço para perguntas dos pacientes. A estratégia trouxe excelentes resultados na recuperação dos doentes (Zimmerman, 1997; Furlan, 2012).

Porém, foi durante Segunda Guerra Mundial que as ações com grupos começaram a ser mais utilizadas, estudadas e desenvolvidas. Kurt Lewin, psicólogo alemão, realizou experimentos nos quais analisou a influência dos grupos sociais a que um indivíduo pertence na formação de sua identidade. Ele é o criador do termo “dinâmica de grupo” e a partir de suas pesquisas é desenvolvida a técnica dos *T-groups* (grupos de treinamento), na qual se analisava as relações nas equipes de trabalho e a aprendizagem por meio da troca de experiências entre os participantes. Teria sido essa uma primeira estruturação da formação para atuação com grupos (Zimmerman, 1997; Furlan, 2012; 2015).

Em 1940 Carl Rogers, na Universidade de Chicago, baseado no referencial de Lewin, realiza “grupos de encontro” com objetivo de propiciar o encontro entre pessoas e o autodesenvolvimento, com impactos em suas relações com o “mundo exterior”. O condutor desses grupos era denominado facilitador e seu papel era propiciar condições para a livre expressão dos participantes de seus sentimentos e assim propiciar o crescimento das pessoas, dos grupos e das organizações (Furlan, 2012; 2015).

Estabelecendo uma relação entre as teorias de Lewin e o materialismo histórico, Pichon-Rivière, francês radicado na Argentina, desenvolve os Grupos Operativos objetivando a relação dos indivíduos com uma tarefa e, por meio dela, trabalhar a aprendizagem e os problemas individuais e grupais. Por meio da tarefa os participantes estabeleceriam um movimento dialético e analítico para formulação de novos aprendizados e estratégias para

superação de eventuais problemas e concretização do proposto, proporcionando um contínuo desenvolvimento pessoal e grupal (Zimerman, 1997; Furlan, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial o psiquiatra W. R. Bion inicia um trabalho com dispositivos grupais, na Clínica Tavistock, na reabilitação dos soldados do exército inglês. São as primeiras tentativas psicanalíticas no trato prático às questões dos dispositivos grupais e da grupalidade em que os indivíduos eram reunidos para desenvolver uma atividade mental específica e alcançar a capacidade de cooperação interna (Silveira e Carvalho, 2010; Furlan, 2012).

No Brasil, destacamos a utilização das práticas grupais em saúde no estado de São Paulo, de 1982-1986, durante o governo de André Franco Montoro (PMDB), norteado pelo projeto de saúde mental implantado em 1973 por Luiz Cerqueira, com a criação dos Programas de Intensidade Máxima (PIM) nos ambulatórios destinados à clientela com sofrimento psíquico intenso. Diversas modalidades de atenção eram oferecidas, entre as quais os grupos com atividades expressivas. Os grupos buscavam proporcionar a circulação da fala e da escuta, da experiência, expressão, do fazer concreto e da troca, do desvelamento dos sentidos, da elaboração e tomada de decisão (Luzio e L'Abbate, 2006; Galvanese et al., 2013).

Mas o que são grupos? Desde o seu nascimento um indivíduo irá fazer parte de uma grande variedade de grupos: familiar, escolar, de trabalho, de amigos, terapêuticos, e muitos outros. Mas essa junção de pessoas são grupos ou seriam apenas agrupamentos? A distinção que se faz entre essas denominações é que na última as pessoas estão reunidas por “interesses comuns” e na segunda por “interesses em comum”. Assim, reunir pessoas não caracteriza um grupo se elas não almejam os mesmos objetivos (Zimerman, 1997).

Em uma entrevista ao Jornal do Conselho Regional de Psicologia, Gregório Baremlitt psiquiatra argentino, discorre sobre os grupos como estratégia de intervenção, fazendo um alerta:

E há um enorme número de tendências que são grupalistas, mas que fazem um uso muito discutível do grupo. Alguns fazem um uso irreprovável, com uma boa teorização. Mas outras fazem uso de forma pragmática e inspirada mais pelo poder multiplicador econômico do mecanismo, com fins mercadológicos. Mas não sabem nada de grupo e o fazem mal. (Baremlitt, 1997, p.4)

Nas instituições de saúde identificamos variados tipos de grupos para os mais diferentes objetivos e tarefas. Para terapias, as mais variadas, para a prevenção de agravos e para a promoção de saúde, os dispositivos grupais são um instrumento poderoso e atual, e Silveira e Carvalho (2010) destacam que precisamos pensar em como transformar esses grupos de um prática repetitiva, com o mesmo formato, em uma prática transformadora. Para tanto, Friedrich et al. (2018) ressaltam que é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas sobre ações em grupo, com o propósito de ampliar o diálogo, bem como motivar os profissionais da ABS quanto às ações coletivas, preconizadas para esse nível de atenção.

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da ABS. Furlan (2015), aponta que o trabalho grupal deve ser pensado como forma de garantir acesso às ações de saúde, proporcionando um espaço para que as pessoas possam falar do seu adoecimento e das suas condições de vida, e assim ofertar uma troca de experiências para que todos possam aprender, se apoiar e criar novas maneiras de enfrentar situações semelhantes. O mesmo autor destaca que pode-se perceber nessas práticas efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais. Para Friedrich et al. (2018), os grupos também são um espaço privilegiado para a construção das redes de cuidado, para a participação popular e a educação em saúde.

Os grupos na ABS podem potencializar o cuidado, na medida que permitem aparecer as necessidades dos usuários, da comunidade e/ou de um território apoiado e as possibilidades de cuidar delas, promovendo a circulação e a participação das pessoas de forma mais ativa em suas comunidades, tensionando a construção de ambientes mais inclusivos e receptivos à diversidade (Nicolau, 2015). Ao possibilitar abertura para os participantes exporem e dividirem com os demais a sua experiência no manejo da doença, compartilhar dúvidas e curiosidades, por meio da troca e participação, contribuem para o cuidado.

Os grupos oferecem mais tempo que uma consulta individual para a exposição pessoal, todavia não devem ser encarados como concorrentes das práticas individuais. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do usuário. Além disso, a comunicação se faz possível não somente pela expressão verbal, mas pelo corpo, pelas intensidades afetivas, subjetivas, simbólicas. As práticas grupais trazem os afetos do compartilhamento, o que potencializa que

o difícil de ser dito seja trazido à tona e isso pode implicar na adesão e participação das pessoas envolvidas (Furlan e Campos, 2010).

O grupo não pode ser considerado somente como uma estratégia para adesão ao tratamento da doença, mas também como um espaço para se estabelecer vínculos, desenvolver relações interpessoais, integrar os participantes, o que leva a uma nova ressignificação do processo saúde-doença. O terapêutico, as informações sobre a patologia e sobre os medicamentos vêm como aspecto secundário, a partir do momento propiciado ao compartilhar as experiências. Assim, gradativamente vamos desconstruindo a ideia de que as respostas para o manejo da doença estão somente no serviço de saúde e nos profissionais de saúde (Fernandes, 2007; Furlan e Campos, 2010).

Na ABS o campo de atuação é muito diverso e complexo, e realizar uma ação grupal que vá ao encontro das necessidades da população assistida exige uma compreensão da diversidade de demandas dos territórios apoiados; assim os grupos abertos são mais interessantes que aqueles fechados, analíticos e mais restritos a uma intervenção específica. Desse modo, os grupos abertos permitem que profissionais da ABS, que muitas vezes não possuem essa formação analítica, desenvolvam ações grupais com enfoques diversos, a partir do compartilhar vivências e conhecimentos, pactuando entre os participantes compromissos para melhorar a situação de saúde (Fernandes, 2007; Furlan e Campos, 2010).

Em estudos realizados por Bispo Junior e Moreira (2018) e Friedrich et al. (2018), os profissionais percebem que o seu trabalho com práticas grupais impacta positivamente na qualidade de vida da comunidade, e que profissionais e usuários da ABS sentem-se motivados a participar de ações grupais por três razões: as relações de vínculo que se estabelecem entre os participantes do grupo; a construção de saberes por meio da troca de experiências; a aquisição de autonomia quanto ao cuidado com sua saúde, com impactos nas condições de saúde, tanto física quanto psíquica.

Como já foi dito, fazer grupo não é agrupar pessoas numa sala, em que o participante pode nem ter clareza da atividade que está sendo desenvolvida, ou estará naquele espaço de forma imposta e em troca de “barganhas” pela participação, tais como receitas médicas, medicação, aferição de glicose e pressão arterial, entre outras. Nesses exemplos as pessoas são reunidas como meros ouvintes, e os profissionais de saúde são considerados os únicos detentores do saber necessário para se ter uma vida saudável e a população é

informada sobre os riscos de certos comportamentos e inteiramente responsabilizada pela sua condição de saúde (Fernandes, 2007; Silva et al., 2010).

Para Silva et al. (2010), as práticas grupais podem ser pensadas dentro da perspectiva da educação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento das condições saúde-doença. Como Nicolau (2015) menciona, trata-se de valorizar o grupo como dispositivo que exerce a função de trabalhar a dimensão coletiva.

Assim, a partir da minha vivência e da leitura de diversos estudos que apontam a importância do trabalho do NASF em práticas grupais, mas que também apresentam desafios no planejamento e implantação da ação pelos profissionais que compõem as equipes, surgiu a intenção de realizar esta pesquisa junto aos profissionais das equipes NASF de Santos.

A pesquisa teve como perspectiva investigar como profissionais de diversas formações acadêmicas, que atuam em territórios distintos e que apoiam eSF com características ímpares, planejam e desenvolvem atividades grupais e propiciar um espaço de reflexão da práxis e de troca de experiências com o intuito de construir um caminho norteador para a realização de ações grupais como meio para produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade.

3 - OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar como os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santos planejam e implementam as Práticas Grupais junto às Equipes de Saúde Família que apoiam.

3.2 Específicos

- Conhecer as ações grupais desenvolvidas pelas equipes NASF.
- Identificar quais as estratégias utilizadas pelos profissionais das equipes NASF para a implantação e acompanhamento das ações grupais.
- Analisar as facilidades e dificuldades das equipes NASF na realização das Práticas Grupais.

4 – MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da cidade de Santos/SP. A abordagem qualitativa parece ser o caminho mais adequado diante dos objetivos propostos, visto que, conforme salientam Iervolino e Pelicioni, (2001), os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.

Os participantes que compõem o estudo são os profissionais do NASF de 5 (cinco) equipes, que era a quantidade de equipes existente na época da produção dos dados (2019), na cidade de Santos, sendo uma equipe da região do Centro/Área Continental, duas equipes da região dos Morros e duas equipes da região da Zona Noroeste. A região da Orla é coberta somente por UBS e, como informado anteriormente, o município só prevê cobertura de equipes NASF em USF.

Os critérios para a inclusão dos profissionais foram:

- 1) profissionais que atuavam havia mais de seis meses na mesma equipe NASF, a fim de garantir a existência de certo conhecimento acerca dos objetivos que se pretendia analisar;
- 2) ao menos um representante de cada categoria profissional, a fim possibilitar explorar diferentes percepções em relação ao tema, com base nas formações acadêmicas;
- 3) ao menos dois profissionais de cada NASF, a fim de incluir as diferenças de atuação nas equipes e territórios cobertos.

O convite aos profissionais para participação na pesquisa ocorreu no mês de abril de 2019 em uma das reuniões mensais que os NASF de Santos realizam, previamente acordado com o coordenador responsável pelos núcleos. As equipes NASF se encontram mensalmente para troca de experiências, informes e alinhamento de ações de cunho geral, e esses encontros contam com a participação do coordenador dos NASF do município, dos profissionais NASF estatutários, dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional, dos estagiários de diversas universidades e áreas de conhecimento que acompanham os

profissionais dos NASF em suas ações nos territórios e, esporadicamente, de um convidado para alguma ação pontual de informe ou alinhamento de ação com outro setor da Secretaria de Saúde ou outro equipamento.

Na reunião foi exposto o projeto, seus objetivos e a metodologia que seria utilizada na produção e análise dos dados. Ficou acordado que cada NASF, em sua reunião semanal de equipe, conversaria para definir os dois profissionais voluntários para participar da pesquisa.

Na reunião geral mensal dos NASF de junho obtive os nomes dos profissionais interessados. Assim a pesquisa teve a participação de 10 profissionais, o que consistia em um número satisfatório para a investigação pretendida no estudo, sendo eles: 2 psicólogos, 1 profissional de educação física, 1 nutricionista, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais e 2 farmacêuticos; na ocasião da produção dos dados médicos ainda não compunham as equipes. Foi contemplada a participação de dois profissionais de três equipes, de uma equipe houve a participação de três profissionais e de uma equipe houve a participação de um profissional.

Um diário de pesquisa foi elaborado desde o início da investigação e durante o transcorrer do estudo foram registradas situações vivenciadas e impressões minhas relevantes para a pesquisa. A escolha do uso desse instrumento de produção de dados se fundamenta no que ressalta Hess (2006), que o diário de pesquisa é uma maneira de preservar a memória das descobertas, mas também das ideias e das reflexões do dia a dia da pesquisa, e que nele o pesquisador registra suas hipóteses e seus achados. Frequentemente, o diário reúne informações que o pesquisador e seus colaboradores pretendem explorar ou tratar de uma maneira ou de outra em um tempo posterior.

Assim, o produzido no diário de pesquisa ajudou na escolha da técnica Roda de Conversa para a produção dos dados. A escolha da referida técnica ocorreu por permitir, conforme descrevem Melo e Cruz (2014), que os participantes expressem suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo. A roda pode proporcionar um espaço de fala e de escuta das diferentes “vozes” que ali se manifestam.

Melo e Cruz (2014), ao utilizarem a Roda de Conversa em sua pesquisa, apontam

que a mesma viabilizou um espaço interacional entre os participantes da pesquisa, incluindo o pesquisador, proporcionando, assim, a construção de novos conceitos, que permitiram, posteriormente, impulsionar mudanças de atitudes no meio pesquisado. Isto converge com a perspectiva desta pesquisa dos encontros serem espaços que propiciassem as trocas de experiências entre os participantes e que contribuíssem produzir interferências nas práticas dos profissionais relacionadas ao tema.

A Roda de Conversa é um dispositivo de produção de dados realizado em grupo que permite, de acordo com Mendes et al. (2016, p.1742):

Uma combinação para a qual não há receitas ou prescrições, mas espaços para se descobrir modos de fazer mais apropriados às perguntas realizadas, o que requer certa abertura ao risco e à intencionalidade de problematizar as próprias práticas e, coletivamente, produzir algumas respostas críticas, reflexivas, mobilizadoras e abrangentes de modo que interfiram nas relações, nas mentalidades e nas formas de intervir.

A proposta inicial era a realização de três a cinco encontros com os participantes selecionados, com duração de 1h30m. Do proposto foram realizadas três Rodas de Conversa, que respeitaram a duração previamente estipulada, tendo sido considerado que os encontros produziram uma quantidade de material considerada suficiente para a análise e discussão.

Os encontros ocorreram durante o horário de trabalho, sendo previamente combinado o melhor momento com o coordenador responsável pelos NASF do município e os profissionais envolvidos. O local utilizado para os encontros foi a sala do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista, situado na Unidade Ana Costa, no 1º andar, conforme acordo prévio com a coordenação do local por meio de agendamento.

As Rodas de Conversa foram conduzidas pela própria pesquisadora com participação de uma colaboradora, uma profissional vinculada à SEATESC. As rodas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Durante os encontros foram realizadas anotações da pesquisadora e da colaboradora de impressões, percepções, das reações e interações dos participantes, falas e outros acontecimentos marcantes. Essas anotações foram agrupadas e sistematizadas e serviram de apoio para análise do material e escrita dos resultados.

Nos encontros foram utilizadas algumas propostas disparadoras (dinâmicas) para encetar as conversas. Essas propostas tinham o propósito de introduzir o assunto em pauta e impulsionar as discussões. Não foi utilizado nenhum roteiro fechado, permitindo o livre discorrer dos pensamentos e proposições.

O primeiro encontro aconteceu em agosto de 2019. Nove participantes estavam presentes, além da pesquisadora e da colaboradora. Inicialmente foram dadas as boas-vindas a todos, agradecendo-lhes pela participação. Os participantes foram novamente informados do objetivo da pesquisa, da proposta dos encontros, das ferramentas utilizadas para produção dos dados, sendo solicitada a sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Como se tratava de um grupo que já se conhecia, foi proposto aos participantes que se apresentassem de uma maneira não protocolar, falando algo de si que os outros participantes ainda não tivessem conhecimento. Após as apresentações para iniciar a conversa foi sugerido que pensassem em uma experiência em grupos que tivesse sido marcante por ter sido boa, ruim, inovadora, assustadora, feliz, ou seja, que tivesse deixado uma marca. Essa experiência poderia ser de grupos relacionados ao trabalho do NASF, como também de outros momentos da vida profissional ou pessoal.

Foi dado 10 minutos para que pensassem na experiência. Também foram disponibilizadas folhas e canetas para eventuais anotações. Três participantes solicitaram papel e caneta, mas só dois realizaram anotações. Em seguida foi solicitado aos participantes que transformassem a prática grupal pensada em uma manchete de jornal, promovendo sua divulgação nesta forma de comunicação. Foram fornecidas folhas coloridas e canetinhas hidrocor para que criassem a sua manchete.

Durante o processo de criação da manchete uma das participantes já indagava se eles iriam falar a manchete e contar a experiência, mostrando uma grande vontade de compartilhar o que havia escrito com os outros e também ouvir a experiência das outras pessoas. Assim, cada um contou uma experiência com grupos que lhe foi marcante e depois leu a manchete, que com base no relato, foi criada. Ao contarem a experiência, também apontavam suas opiniões, percepções e até mesmo desabafos sobre a ação grupal vivenciada. Vale ressaltar que as experiências relatadas não foram somente relacionadas à atuação profissional no NASF. Vieram experiências de outros momentos profissionais, de formação,

de momentos de lazer, da vida pessoal. A estratégia adotada permitiu a introdução do tema objeto da pesquisa, as práticas grupais, de forma dinâmica, pois a partir do relato e da leitura da manchete de um dos participantes os outros foram colocando seus pontos de vistas sobre o relato e sobre as ações grupais.

Após todos finalizarem suas falas a pesquisadora fez uma síntese dos tópicos mais destacados trazidos na Roda de Conversa que abordaram a formação dos profissionais para as práticas grupais, a organização do trabalho das equipes NASF e as concepções dos participantes sobre grupos. Com o levantamento dos tópicos, alguns participantes realizaram mais algumas falas, mostrando a vastidão dos assuntos abordados e o quanto eles possibilitam discussões e construções coletivas.

No final do encontro os participantes foram convidados a sugerirem temas a serem trabalhos no próximo encontro, e ficou acordado de falarmos sobre tipos de grupos, o papel do coordenador, planejamento e avaliação. Foram recolhidas as anotações e as manchetes produzidas com o consentimento dos participantes.

Vale ressaltar que logo após os encontros o material produzido na Roda de Conversa era transcrito e analisado, e servia de base para se planejar o encontro seguinte.

O segundo encontro aconteceu em setembro 2019 e contou com cinco participantes que estiveram também no primeiro encontro, mais pesquisadora e a colaboradora. O encontro começou com uma síntese do que foi falado e produzido no encontro anterior. Aos participantes foi perguntado se tinham algo a complementar e corrigir, mas não houve nenhuma retificação.

A proposta disparadora do segundo encontro foi que os participantes pensassem sobre suas experiências com grupos podendo ser como condutor, observador, apoiador ou participante. Foi então solicitado que fizessem duas listas: uma com as coisas que acharam interessantes, atrativas e boas nessas experiências, e outra com coisas que foram desinteressantes, que repeliram, que foram ruins nessas experiências. Foram distribuídas folhas para as anotações das reflexões, que foram recolhidas no final do encontro.

A intenção foi avançar nas questões do encontro anterior, os convidando agora para pensar nas marcas deixadas neles, boas ou ruins, de suas várias experiências, em variados papéis, com ações grupais.

Ao final das reflexões e anotações foram distribuídas tarjetas de papéis coloridos rosas e azuis. Foi solicitado que se colocasse nos papéis azuis os aspectos positivos e nos papéis rosas os aspectos negativos. Em uma mesa no centro da sala essas tarjetas foram dispostas para a apreciação dos escritos por todos os participantes. As tarjetas também foram recolhidas no final do encontro.

Após a apreciação dos escritos pelos participantes foi questionado se achavam que algumas das falas seriam também compartilhadas pelos munícipes que participavam dos grupos que eles realizavam. Assim iniciamos uma primeira rodada de conversa na qual os participantes foram provocados a pensar no impacto e nas marcas deixadas nos participantes dos grupos que realizam no NASF, estimulando-os a colocarem-se no lugar do outro. Uma segunda pergunta foi como os seus escritos conversavam com o trabalho de planejar grupos, o que deu início a uma segunda rodada de conversa que abordou as várias concepções, estratégias, articulações interprofissionais e interssetoriais e o papel da gestão na tarefa do planejamento das práticas grupais na ESF de Santos.

O terceiro encontro ocorreu em outubro de 2019. Apesar de um acordo de data e horário prévio e a confirmação da participação da maioria dos participantes, no dia anterior e mesmo no dia, vários participantes cancelaram seu comparecimento. Assim, esse encontro contou com quatro pessoas: três participantes, que estiveram também nos dois encontros anteriores, e a pesquisadora. A colaboradora havia informado previamente que não poderia participar desse encontro.

A proposta disparadora desse encontro foi que os participantes pensassem em uma vivência com grupos e dessa vivência selecionassem uma cena. Foram distribuídas folhas para que eles descrevessem a cena selecionada. Depois as folhas foram trocadas entre os participantes e foi solicitado que lessem a cena descrita pela outra pessoa e fizessem alguns apontamentos, caso achassem necessário.

Depois os participantes foram convidados a contarem, sem ler, a cena que tinham em mãos e falarem sobre o que sentiram vontade de dialogar com ela. A pessoa que escreveu a cena sempre completava o descrito e o comentado pelo outro participante que estava com a sua cena, adicionando informações ao relato.

As cenas trazidas foram bem marcantes, provocando grande comoção em todos no encontro e o impacto que elas tiveram nos profissionais que as descreveram foi de tamanha intensidade que apenas relatar um pequeno trecho de todo o vivido não os contemplou. Todos quiseram completar o relatado contando todas as circunstâncias que permearam a ação grupal, desde o planejamento, execução até os resultados obtidos.

Iniciou-se depois da dinâmica uma rodada de conversa sobre as questões levantadas em todos os encontros que trouxe novas contribuições para a pesquisa. Salientamos que o número reduzido de participantes não interferiu negativamente no material produzido; ao contrário, possibilitou mais tempo para as falas dos que estavam no encontro.

Também pensamos em acompanhar algumas ações grupais desenvolvidas pelos participantes da pesquisa em seus territórios, o que poderia agregar novas questões ao tema de estudo. Dentro disto, no final do terceiro encontro foi solicitado que cada participante indicasse uma ou duas ações que desenvolviam em seus territórios para que a pesquisadora acompanhasse.

Esse encontro finalizou com a proposta de um possível quarto encontro para apresentar e discutir a primeira análise realizada do material. Todavia, em virtude da pandemia de Covid-19 em 2020 não foi possível viabilizá-lo.

Foi realizado o acompanhamento, em outubro de 2019, de uma das ações grupais indicadas pelos participantes no terceiro encontro. As reflexões sobre a experiência foram anotadas no diário de pesquisa e utilizadas na discussão dos resultados. Todavia, por limite de tempo da pesquisa não foi possível acompanhar as outras ações grupais indicadas no terceiro encontro. No entanto, a narração dessas experiências grupais foi realizada pelos participantes, em vários momentos, durante as três Rodas de Conversa, o que trouxe informações muito ricas que puderam ser incluídas no capítulo Resultados e Discussão.

Havia sido previsto ainda que, se necessário, para uma melhor coleta de dados e análise do apurado, seria realizada uma entrevista semiestruturada com o responsável pela coordenação dos NASF do município e com outros profissionais das eSF apoiadas. O objetivo era obter uma visão desses profissionais, nas especificidades de suas funções na Secretaria de Saúde de Santos, em relação ao NASF e o seu papel e apoio das práticas grupais nas USF

apoiadas. Essas entrevistas não foram realizadas, pois depois avaliamos que abriria um outro conjunto de questões e pela própria pandemia que dificultou que isto fosse feito.

A etapa analítica foi realizada com o uso do método de Análise de Conteúdo, do tipo Análise Temática, com codificação e identificação das unidades de sentido. A análise de conteúdo, conforme Moraes (1999), possibilita descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

De acordo com Cavalcante et al. (2014), a análise de conteúdo, neste cenário, emerge como técnica que se propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados. Foi seguido as fases da análise de conteúdo descritas em Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Iniciamos com a transcrição das gravações dos encontros, realizada sempre após cada encontro para não se perder o frescor do vivenciado nas Rodas. Em seguida foi realizada a leitura das transcrições dos encontros da Roda de Conversa para “conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1977, p.96). Foram recortadas do material frases consideradas relevantes para o avançar da pesquisa que foram denominados Unidades de Registro. As Unidades de Registro foram agrupadas em quatro Categorias/Blocos: Organização do Trabalho, Formação, Planejamento, e Concepções de Grupo. Dentro das Categorias/Blocos surgiram as Subcategorias, organizando as Unidades de Registro por semelhança no conteúdo da mensagem que o trecho selecionado estava passando.

O passo seguinte foi descobrir os Núcleos de Sentido dos trechos agrupados em cada Subcategoria, buscando identificar os sentidos ali expressos. E por fim, a partir da reunião dos Núcleos de Sentido, foram formulados os Temas, que sintetizavam um conjunto de núcleos de sentido (Apêndice B).

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram produzidos por dez participantes de cinco equipes NASF de Santos nas Rodas de Conversa, sendo 1 nutricionista, 2 farmacêuticos, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 profissional de educação física e 2 terapeutas ocupacionais, na ocasião da produção dos dados médicos ainda não compunham as equipes. Os participantes da pesquisa receberam um número para manter o sigilo em relação a suas identidades.

Todas as equipes NASF do município estavam representadas por ao menos um profissional, o que trouxe informações sobre as formas diferentes como as equipes organizam seu trabalho com base nas características das eSF e dos territórios apoiados, e que reflete na realização de ações grupais diferenciadas.

A análise do material produzido durante os diversos encontros, como dito anteriormente, foi agrupado em quatro grandes categorias, sendo que em cada uma delas os núcleos de sentido geraram temas assim distribuídos:

- Organização do Trabalho – Tema: Descrédito e desinvestimento em ações grupais.
- Formação – Temas: O interesse ou as resistências em fazer grupos relacionadas ao preparo do profissional; O serviço como principal lugar de formação para o trabalho com grupos.
- Planejamento – Temas: Diferentes perspectivas dos envolvidos (equipe NASF, unidade de saúde, profissionais, usuários em seu contexto) no planejamento e realização de um grupo; Benefícios e dificuldades de parcerias dos profissionais NASF nas ações grupais; Disputa de espaço e tempo para o planejamento dos grupos.
- Concepções de Grupo – Temas: Diversidade de objetivos e formatos relativa à posição dos participantes; O aprendizado horizontal e a formação de vínculos como efeitos qualitativos dos grupos.

Passaremos agora à apresentação dos temas, organizados pelas categorias, e à sua discussão.

5.1 - Organização do Trabalho

Para os profissionais das equipes NASF de Santos, a forma como as equipes são distribuídas no território dificulta a execução do seu trabalho, em virtude dos longos deslocamentos que precisam enfrentar para conseguir cobrir todas as eSF apoiadas. Isso reduz o tempo que eles têm para realizarem as numerosas ações que lhes são atribuídas nas unidades, afetando a execução de ações grupais na quantidade e na qualidade que eles gostariam de realizar.

5.1.1 Descrédito e desinvestimento em ações grupais

A criação das equipes NASF em Santos foi baseada no estabelecido pelo Ministério da Saúde acerca da quantidade de eSF que o NASF deve apoiar e quais ações os profissionais devem realizar. Como citado anteriormente, Santos adotou a modalidade NASF1³ que apoia de 5 a 9 eSF. As equipes NASF do município têm como responsabilidade apoiar entre 6 a 7 eSF. Todavia, a distribuição das equipes NASF no território não favorece um acompanhamento efetivo das eSF apoiadas, porque, apesar de ter-se procurado manter as equipes NASF apoiando unidades que se encontram dentro da mesma área sanitária - Morros, Zona Noroeste e Centro/Área Continental -, as USF encontram-se distantes umas das outras, levando os profissionais a longos e demorados deslocamentos. A fala de S5 apresenta o quanto essa distribuição dificulta o trabalho dos profissionais e de como seria mais potente o apoio se os profissionais estivessem vinculados às USF, porque há uma problematização, como aponta Tesser (2017), se o NASF faz parte das eSF que apoiam ou são somente especialistas que são acionados pela eSF, fazem o seu trabalho na unidade e vão embora:

- Acho que perpassa um pouco pela questão da precarização do trabalho. Porque embora o NASF seja uma ferramenta extremamente inovadora etc. até aonde não seria mais potente esses profissionais estarem na unidade com a equipe, será?
 Eu me pego pensando nisso. Nós temos quinhentas unidades; a gente está em quatro unidades sendo duas lá na área Continental, com 7 equipes etc. e tal.
 Se a gente pegasse uma unidade com 4 equipes dentro e tivesse um NASF ali, será que a gente não iria ser mais potente? Eu fico me pegando nisso.
 Até por onde também isso não perpassa uma discussão da precarização desses especialistas [profissionais NASF] que a gente já percebeu que é super fundamental na Atenção Básica, mas tiver por dentro mesmo. Não costurando, que a gente é equipe, não é. Aquela discussão toda de sempre.

No que diz respeito à equipe NASF que apoia unidades do Centro e da Área Continental, o tempo de deslocamento se mostra muito relevante. As unidades da Área

³ Conforme a Portaria nº 3.124/2012.

Continental de Santos, Monte Cabrão e Caruara, se encontram a pelo menos duas horas de distância das unidades do Centro apoiadas. Os profissionais acabam dedicando todo um período de trabalho para cobrir essas unidades, e, diante das exigências das outras unidades, só conseguem estar nessas unidades uma vez na semana. Outro ponto importante é que esse deslocamento é feito com um carro da prefeitura, mas a articulação desse transporte é muito difícil. Esse transporte precisa ser agendado, e, na maioria das vezes, a resposta é que não há carro disponível ou há falta de motorista. Há ocasiões em que, mesmo estando o carro agendado, o motorista não passa para pegar os profissionais que têm ações programadas para realizarem nas unidades no dia.

As equipes NASF que apoiam unidades da região dos Morros precisam descer e subir de morros para trocar de unidade, porque algumas unidades ficam no alto e outras estão localizadas na parte de baixo dos morros. Outro aspecto é que em muitos morros de Santos o transporte público é realizado por vans, que tem número reduzido de veículos e horários reduzidos.

Faço parte da equipe NASF que apoia unidades Piratininga e São Manoel da Zona Noroeste, que ficam de lados opostos da Via Anchieta, uma grande rodovia, até recentemente sem interligação entre os bairros, o que ocasionava um longo deslocamento para conseguir cruzar a estrada.

Ressaltamos que os deslocamentos dos profissionais das equipes dos Morros, Zona Noroeste, como também da equipe do Centro nas USF da parte central da cidade são realizados por transporte próprio ou por transporte público; para essas equipes não há a disponibilidade de carros da prefeitura. A prefeitura fornece passes públicos para a realização das trocas de unidades e para os profissionais que se deslocam em veículo próprio há um repasse do valor da gasolina com base nos quilômetros rodados.

Para conseguir apoiar todas as eSF os profissionais das equipes NASF se dividem em duplas ou trios para estarem em mais de uma USF no dia, buscando ao máximo ter sempre profissionais do NASF pelo menos 03 vezes na semana em cada USF apoiada. Vale ressaltar que em um período de um dia da semana todos os profissionais de uma equipe NASF estão nas reuniões semanais que precisam realizar para alinhamento das ações de trabalho da equipe. Essas reuniões acontecem em salas emprestadas pelas USF apoiadas, porque atualmente (2020) as equipes NASF não possuem um local fixo adequado para realizarem

suas reuniões de equipe. Assim, cada dia da semana os profissionais estão em um lugar, e algumas vezes em até dois lugares diferentes no mesmo dia.

Os profissionais das equipes NASF consideram que uma revisão por parte da gestão da distribuição das equipes no município, buscando um agrupamento melhor das unidades apoiadas ou mesmo a fixação dos profissionais em unidades com maior número de eSF, pode contribuir para melhorar o apoio que ofertam às USF, e conseqüentemente a realização de práticas grupais; afinal, eles compreendem que também são parte das equipes apoiadas.

A falta de investimento em recursos físicos e materiais para a execução de uma atividade de qualidade foi outro aspecto apontado pelos participantes da pesquisa que dificulta a realização das ações grupais:

- Não tendo um mínimo de noção do que vai ter à disposição de recursos para executar o grupo; ainda que pro munícipe possa parecer interessante aquela dinâmica que nós estamos fazendo, pra gente enquanto organizador daquele grupo a gente sabe que passa muito longe da proposta inicial. (S8)

- Eu vou colocar como condições Se tem ou não ambiente adequado para você fazer esse grupo. Se o material, se tudo isso que você tem à disposição dialoga com o objetivo do grupo. (S8)

-...alguém colocou a questão de ter um ambiente adequado. Uma sala de espera com um monte de gente passando, você não tem um ambiente adequado para falar sobre nada ali. (S3)

A falta de ambientes adequados que tragam conforto tanto para os condutores como para os participantes, é muito ressaltada pelos profissionais do NASF. Eles apontam a necessidade de espaço compatível com a quantidade de participantes, mobiliário adequado, iluminação e a garantia de privacidade e sigilo para a ação. Todavia, na minha trajetória na Prefeitura de Santos, já tendo passado por diversas Unidades de Saúde, realizei várias atividades grupais relegadas a salas pequenas, com pouca ventilação e muitas vezes cadeiras em número insuficiente para a quantidade de participantes. Algumas ações aconteceram em locais que não ofertavam privacidade às falas, o que provocava uma participação pouco ativa dos convidados. Furlan (2012) alerta que o ambiente destinado ao grupo também pode nos indicar a posição marginal que ele ocupa na agenda de trabalho.

As agendas lotadas de ações diversas foi outra dificuldade apontada pelos participantes da pesquisa para se garantir momentos de planejar e executar atividades grupais como gostariam:

- Porque a gente tem as ações coletivas, mas a gente tem atendimentos compartilhados, a gente tem visita, a gente tem uma lista inteira de coisa que a gente tem que fazer. E que espaços que vai sobrando pra gente de fato cuidar de uma ação coletiva com merecimento que uma ação coletiva tem? (S9)

- Eu fico pensando como fazer isso tudo dentro da nossa agenda. Sabe, que tudo é importante.

...

Eu queria muito estar participando de alguns grupos constantemente. (S5)

- Se eu pegar o teu exemplo, se você me permite pegar o teu exemplo, quem deveria estar acompanhando, acolhendo, fazendo com essa velinha que está precisando desse acolhimento, é o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), é o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).

O NASF às vezes acaba na verdade fazendo o papel das especialidades e não deveria. E eu acho que é aí que a gente perde um pouco de potência, possibilidade de atuar em outros campos. (S8)

Os cadernos 27 e 39 do Ministério da Saúde foram a leitura base para que os profissionais que compõem as equipes NASF de Santos norteassem a definição do seu escopo de ações nas unidades apoiadas. Esses cadernos elencam várias ações a serem realizadas pelas equipes NASF em um trabalho multiprofissional, e ações respectivas de cada área de conhecimento dos profissionais que compõem as equipes; e dentre essas ações, propostas para as equipes e para cada área de conhecimento, como já mencionamos na Introdução, há as ações grupais.

Só que não se trata de apenas agendas lotadas de ações, trata-se de o quanto as outras ações são priorizadas em detrimento das práticas grupais pelos próprios profissionais do NASF. Observa-se certa dificuldade dos profissionais em realizá-las e tornar esses espaços fixos diante da agenda de trabalho do NASF. É importante ressaltar também que as USF têm uma propensão a solicitar mais apoio em atendimentos individualizados, requisitando pouco apoio em ações grupais. O estudo de Furlan (2012) aponta uma tendência que também é vista nos profissionais dos NASF de Santos, de, ao se depararem com qualquer dificuldade ou sobrecarga de trabalho, retornarem aos atendimentos individuais. Essas escolhas podem estar também baseadas nas formações dos profissionais voltadas para o modelo biomédico e centradas nas práticas clínicas individuais.

Outro ponto trazido pelos participantes da pesquisa é a valorização dos procedimentos e cumprimentos de metas por gestões atuais de unidades, que pouco valorizam as atividades grupais:

-...vinha de uma gestão que acreditava muito, que as coisas aconteciam. Muito legal, as pessoas se fortalecendo enquanto grupo mesmo, criando vínculo.

E aí vem uma outra gestão que não quer, não está afim, não quer discutir, não quer avaliar o impacto. Quer procedimento. (S2)

- Tanto que a gente investe muito, e se indispõe muitas vezes por causa disso. Que as unidades não querem e a gente quer e fica essa coisa. Porque a gente acredita que sim. (S3)

- E espaços sendo fechados de grupos consolidados, com pessoas que frequentam e dando feedback positivos. (S2)

- A gente está com tendências cada vez mais desagregadoras. Então acho que formar um grupo na Atenção Básica, na Saúde, também é uma sustentação política. De juntar pessoas, de promover trocas, encontros. Porque, enfim, a tendência é ir desagregando, individualizando, é ir fazendo trocas cada vez mais ruins, sei lá, cheias de ódio, tristeza, produzir tristeza.

Então eu coloquei, eu lembrei até do Facebook, que tem uns anúnciosinhos: “Você está se sentindo sozinho, sem pertencimento no mundo? Sentindo um anestesiamiento do corpo? Esgotado e cansado dessa sociedade capitalista? Venha fazer parte desse coletivo. Para voltar a encontrar gente. Para encontrar diferentes jeitos de encontrar pessoas. Para poder voltar ao próprio corpo. Deixar de ser máquina, rebanho, fabril, acrítica. Venha resistir coletivamente”. (S7)

Algumas equipes NASF participam de ações grupais que contam com o apoio das chefias das USF apoiadas; todavia outras se deparam com chefes de unidades que não favorecem a realização de grupos; pelo contrário, prejudicam a articulação da equipe NASF com as eSF. Esse fato torna-se mais impactante quando falamos de ações grupais que já aconteciam na unidade, com apoio da chefia, participação dos usuários e resultados positivos, e que, com a troca do chefe, passam a não contar mais com esse apoio. Como consequência vai sendo difícil sustentar a atividade grupal, o que leva ao encerramento de grupos que apresentavam bons resultados.

Silveira e Carvalho (2010) alertam que é necessário que uma dimensão institucional seja devidamente pensada, preparada e organizada para dar continência aos dispositivos grupais. Pois, senão, o que tende a acontecer é que a não operacionalização dos grupos passa a ser um problema exclusivo deles, e não um reflexo das discordâncias e diferentes concepções nas instituições em relação à efetivação das ações grupais. E é fundamental que isso seja considerado e trabalhado, de modo que as práticas grupais se beneficiem das relações institucionais para acontecerem e não o contrário.

Os relatos abaixo demonstram que, se não se buscar uma mudança na relação das unidades de saúde de Santos com as práticas grupais, e mesmo dos profissionais das equipes NASF, estes últimos tenderão a ficar cada vez mais frustrados, desanimados e desinteressados na continuidade dos grupos que tanto contribuem para a saúde da população assistida:

- E vai desmotivando todo mundo, que você fala assim: “Meu, quem tem forças está indo, mas uma hora não vai mais”. Porque não é valorizado, não está nem aí. (S2)

- Mas eu me pego vários dias, dando desacreditada, principalmente quando..., sei lá. No atual momento também, a gente estava vivendo algumas coisas em que a grupalidade na unidade estava sendo destruída. Então você vai dar grupo com que ânimo? Você vai dar grupo com que vontade? Ninguém acredita naquilo. (S9)

Vê-se a necessidade de maior apoio institucional, para melhor aproveitamento das potencialidades das práticas grupais e a incorporação de forma mais efetiva dos grupos no cotidiano de trabalho.

5.2 – Formação

O preparo dos profissionais NASF para a realização de atividades grupais foi um dos primeiros pontos trazidos pelos participantes da pesquisa no início da produção dos dados nas Rodas de Conversa. Os profissionais do NASF dão muita importância ao preparo das pessoas envolvidas nas ações grupais, tanto para a realização da ação em si, quanto para sua fase anterior, o planejamento. O entendimento de como deve funcionar um grupo e a segurança em conduzi-lo são aspectos que os participantes da pesquisa consideram fundamentais para a aproximação dos profissionais à ação e à realização de uma prática grupal satisfatória.

5.2.1 O interesse ou as resistências em fazer grupos relacionados ao preparo do profissional

Para os profissionais do NASF faz muita diferença ter preparo para a realização de atividades grupais. Eles atrelam o preparo do profissional para a realização de ações grupais ao seu interesse ou resistência à ação. Conforme os relatos de S2, esse preparo traz segurança ao condutor:

- Acho que essa coisa de você se sentir segura e estar preparada pra conseguir observar e conduzir faz toda a diferença.

- Acho que o preparo, eu acho que é o preparo, esse olhar ampliado que a gente tem que ter todos os momentos e a segurança de você ter esse olhar pra isso. Saber que a coisa pode, muitas vezes mudam né. Você vai como planejar uma coisa, e acaba acontecendo completamente outra.

O preparo, segundo os participantes, adquirido na formação acadêmica ou em serviço, proporciona uma mudança de postura. Mesmo com resistências iniciais, depois pode-se até gostar de fazer grupos, como observamos nas falas a seguir:

- Eu acho que depois da formação em TO (Terapia Ocupacional), eu comecei me abrir mais para essas possibilidades. Eu acho que eu hoje eu estou num período muito, muito mais seguro e tranquila para conduzir, sustentar, organizar. Com vontade mesmo de fazer grupos. (S7)

- Até gostar de fazer grupos. Eu nunca tive [ideia] que ia gostar de fazer grupos na minha vida.

...

Nunca quis conduzir nada. Então agora eu aprendi e estou gostando. (S4)

Nas equipes NASF a articulação para a realização de práticas grupais tende a ser mais favorável entre profissionais que se sentem mais confortáveis e seguros com grupos. Quando na equipe apenas um profissional se identifica com ações grupais, ele acaba realizando os grupos de forma isolada sem contar com a participação de outro colega de equipe, mesmo estando em uma equipe multiprofissional. E quando uma equipe não conta, em sua composição, com nenhum profissional que se interessa por grupos, as ações grupais nem entram na programação da equipe.

Algumas práticas grupais, por causa de suas especificidades, acabam sendo conduzidas apenas pelo profissional da área que mais se identifica “teoricamente” com a ação. Como exemplo podemos citar os grupos de atividade física que são realizados apenas pelos profissionais de educação física, sem nenhuma participação dos outros membros da equipe NASF. Assim, a aproximação às práticas grupais fica vinculada também à área específica de formação do profissional, que não se sente à vontade em participar em grupos que não têm uma ligação direta com a sua formação.

S1 também vincula o distanciamento dos profissionais das eSF apoiadas das práticas grupais ao despreparo desses profissionais para o trabalho com grupos, tópico que será também abordado no bloco Planejamento:

- Às vezes eu acho que é um pouco de despreparo também das pessoas. Eu acho que às vezes as unidades, os profissionais fogem um pouco da experiência com grupo por medo, por falta de experiência, por não se sentir habilitado.

Algumas categorias profissionais que compõem as equipes NASF de Santos não receberam na graduação uma formação para práticas grupais:

-...eu não aprendi a fazer grupo, trabalhar com grupo na faculdade [Psicologia]. Na graduação não tinha absolutamente nada com relação a isso. (S1)

- Eu sou farmacêutica. Me identifiquei muito com o que (S1) falou. Não tenho vivência nenhuma de grupo. (S4)

Todavia, em outras categorias a graduação ofertou um aprendizado com práticas grupais, como citado abaixo:

-...na faculdade de graduação, Serviço Social.

E a gente tinha entre as matérias Serviço Social de Grupo. Então grupo é uma coisa que eu sempre aprendi a olhar o que é que é trabalhar desde a graduação, então já há alguns anos. Depois estágio, e tal. (S6)

- Acho que a experiência mais marcante quando vem a ideia de grupo, que eu penso assim, me remete a uma lembrança da formação em Terapia Ocupacional mesmo.

Então eu acho que as experiências grupais, eu lembro da gente viver as práticas nos territórios, as experiências de estágio, a gente vivia isso dentro da própria sala de aula. Elas trabalhavam também com o grupo, com o grupo e nos grupos. (S7)

Supõe-se que as profissões, de acordo com Furlan e Campos (2010), que não têm sua ação profissional centrada em condutas terapêuticas medicamentosas, como terapia ocupacional, psicologia, educação física, nutrição e enfermagem, receberiam em suas graduações formação para lidar com grupos. Porém, ao verificarmos os currículos destas carreiras em diversas universidades, percebemos que poucas incluem em seus cursos uma atenção voltada para tal habilidade.

Para Furlan (2012), os profissionais acabam priorizando ações nas quais foram mais instrumentalizados: os atendimentos individuais pautados em procedimentos. Quando se arriscam a fazer grupos, realizam com maior frequência os de caráter educativo, valendo-se de palestras e metodologias expositivas, como se estivessem em uma sala de aula transmitindo um conteúdo, reproduzindo o que acumulam em experiências educativas coletivas. Outros nem se arriscam a fazer grupos e se justificam dizendo que não têm a formação necessária ou inconscientemente se afastam das práticas grupais.

Algo citado pelos profissionais que receberam um aprendizado para trabalhar com grupos na graduação, foi a proposta de formação em grupo na qual o trabalho com grupos incluiu vivências e experiências em ações grupais:

- Então eu acho que as experiências grupais, eu lembro da gente viver as práticas nos territórios, as experiências de estágio, a gente vivia isso dentro da própria sala de aula. Elas trabalhavam também com o grupo, com o grupo e nos grupos. (S7)

- Mas teve a matéria específica, Atividades e Recursos Terapêuticos, dada pela Vivi, pela Vivi Maximino e pela Flávia Liberman, que ela tocava de um jeito diferente. Porque pra a gente aprender aplicar grupos, fazer grupos com as pessoas, a gente se aplicava. (S9)

Furlan e Campos (2010) e Furlan (2012) afirmam que quando ocorre a formação para atuação em grupos nas graduações, a maior parte da carga horária é destinada a

passagem de conceitos e vivências de dinâmicas grupais, e pouco para a análise do contexto grupal e institucional. Os mesmos autores afirmam ainda que a formação profissional para a análise e atuação com grupos via de regra está limitada às técnicas de “aquecimento” e de atividades grupais.

Assim, ampliar a oferta de propostas de experiências grupais na graduação, como as descritas nas falas acima, que consideram a inclusão de possibilidades dos graduandos vivenciarem e experimentarem as ações grupais em vários papéis, como participante, observador e condutor, pode não somente “instrumentalizar” os profissionais, mas também iniciar uma sensibilização e um despertar de interesse pelas práticas grupais, para que assim eles possam perceber a potência do instrumento.

Em relação a ter o domínio do conteúdo, adquirido na formação, do que será abordado nos grupos, há uma discordância entre os profissionais dos NASF: para alguns isso é um facilitador e para outros um desmotivador.

Um facilitador por trazer a segurança do conhecimento das informações passadas, como relata S4:

-...os da farmácia pra mim, vou dizer que eu falava o que eu sabia, então não era desconfortável.

E um desmotivador por favorecer a transmissão de forma mecânica sem considerar o conhecimento do outro, como relata S9:

- Atualmente eu tenho uma certa dificuldade de aplicar grupos que eu preciso falar do meu conhecimento, que eu preciso falar de coisas concretas. Porque eu sei aquelas coisas concretas, e eu vou narrar aquilo como se fosse uma bíblia, como se fosse um... Porque eu sei aquilo, e a outra pessoa ela tem o conhecimento dela, mas enfim.

Podemos dizer que o fazer grupo implica também estar em grupo, seja na formação, seja em outros espaços da vida cotidiana ou na prática em serviço. Assim, o movimento dos profissionais que querem investir suas ações em saúde nas práticas grupais, mas que têm relativa insegurança para se aventurar nessa outra possibilidade de cuidado, parece ser o de se aproximar de vivências e experiências que possam instrumentalizá-los para a realização de grupos com mais tranquilidade e confiança (Fernandes, 2007; Furlan, 2012).

5.2.2 O serviço como principal lugar de formação para o trabalho com grupos

Nos encontros os profissionais destacaram a importância da oferta de formação em serviço para qualificar as ações grupais. Foi lembrado que a Prefeitura de Santos ofertou a seus servidores uma formação em Terapia Comunitária, que trouxe novas estratégias para o trabalho com grupos. Os profissionais que tiveram a oportunidade de participar da formação relatam que o abordado trouxe mais possibilidades de manejo nas práticas grupais que desenvolvem em serviço:

-...a primeira formação na verdade que eu tive pra grupos, foi a questão da Terapia Comunitária. (S1)

- Mas o que mais marcou comigo, foi na minha formação depois da faculdade. Porque eu continuei fazendo coisas, continuo até hoje, e em algum momento apareceu aqui na prefeitura a Terapia Comunitária na minha vida... (S6)

Na implantação das equipes NASF em Santos, o município, em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS e a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, ofertou aos profissionais que iriam compor as equipes uma especialização em Apoio à Saúde da Família – CEASF. A especialização procurou instrumentalizar os profissionais para o trabalho no NASF, tendo em vista que todos estavam ingressando em uma nova proposta de trabalho da qual tinham pouco conhecimento. O curso abordou vários aspectos como apoio matricial, vigilância, Projeto Terapêutico Singular, entre outros, e também grupalidade/grupos. A abordagem do tema grupos ofertou a muitos dos profissionais a primeira oportunidade de aproximação a grupos na ESF, porque as propostas do curso sempre estavam vinculadas a um momento de vivência dos temas trabalhados, com a participação efetiva dos profissionais NASF na ação realizada nas USF apoiadas.

Mas, independentemente de ter vivido uma introdução na graduação, ou realizado uma formação no serviço, foi no cotidiano do trabalho que os profissionais dos NASF de Santos consideram que adquiriram a maior parte do conhecimento em relação às práticas grupais:

- ...por conta da demanda e das necessidades, a gente foi precisando criar estratégias grupais para atender. Várias pessoas também não tinham lá tanta experiência. Uns um pouco mais de aproximação, outros menos, e assim a gente foi estudando junto, e criando estratégias. (S1)

- É o grupo partia dela [médica], sempre. Ela que tocava. E aí eu fui meio que entrando, porque foi logo quando eu vim pra Atenção Primária, não era NASF, nada disso.

E era uma das unidades que eu atendia e aí por eu também gostar, eu me aproximei. Então a gente fazia sempre nós duas, era sempre eu e ela.

...

Foi onde eu aprendi sobre aleitamento. Foi com ela, que eu fazia os grupos com ela.
(S2)

Algumas das experiências relatadas acima são anteriores ao ingresso dos profissionais no NASF, mas destacam a importância da aprendizagem pela vivência com grupos, pela possibilidade de produzir novos conhecimentos a partir da troca de saberes, com a transformação das práticas. Vale ressaltar que compor uma equipe multiprofissional, como uma equipe NASF, pode ampliar esse aprendizado, porque profissionais com pouca familiaridade com práticas grupais podem se beneficiar da troca com outros que possuem mais conhecimentos e manejo de grupos, como observamos no relato de S4 abaixo:

- Não tenho vivência nenhuma de grupo.
Mas aí eu comecei a trabalhar com TO, psicóloga... e aí comecei a me enfiar em outros tipos de grupos.

Furlan e Campos (2010) e Furlan (2012) mencionam que o aprendizado na prática, por meio da relação com o paciente, do exercício da clínica ampliada e das ações coletivas, traz grandes ganhos aos profissionais. Garantir momentos de reflexão nos encontros e atividades desenvolvidas, buscar participar dos grupos não somente como coordenador, mas também como observador ou participante para ter uma experiência e visão de outras possibilidades de ação e participar de outras propostas de ações grupais, como grupos terapêuticos, podem ajudar na construção e condução de grupos na área da saúde, como relatam alguns profissionais que tiveram essa experiência. Assim, para fazer grupo há que se vivenciar grupos, pois aprende-se a coordenar ações grupais por meio da participação, condução e reflexão da ação, e também estudar o que já foi desenvolvido sobre o tema, possibilitando releituras e outros modos de atuar.

Um ponto muito salientado pelos profissionais do NASF é que sentem falta de momentos de Educação Permanente (EP) entre os profissionais de todas as equipes NASF do município de Santos, como fala S8:

- A ideia de fazer isso, a gente até tentou uma época fazer isso com o Nasfão [como os profissionais dos NASF de Santos chamam a reunião que reúne todos os profissionais um vez por mês], só que os colegas não entenderam bem a ideia. A ideia não é levar fotos bonitas dos grupos, isso é desinteressante. É fatos sobre o método, que método você usou, que foi utilizado. Por que você pensou em utilizar isso? Como foi feita a condução do grupo?
Isso se perdeu.

...

E a gente percebe que os colegas que já se sentem inseguros em fazer grupos, continuam se sentindo. Porque talvez se compartilhasse mais a discussão do método, fizéssemos a Educação Permanente como deveríamos entre nossos pares primeiro. Antes de fazer com as equipes.

No início da implantação dos NASF no município, nas reuniões mensais que reuniam todos os profissionais das três equipes iniciais, a coordenação da época buscava viabilizar a troca de experiências entre as equipes para fortalecer os profissionais. Vale lembrar que os profissionais haviam saído de uma organização de trabalho diferente, da SEATESC, como já mencionado na Introdução, e passaram a trabalhar em uma nova proposta de atuação, do NASF. Tudo era novo, para todos os profissionais, e esses momentos de troca eram muito importantes para construirmos juntos as propostas de ações do NASF no município e compartilharmos as estratégias utilizadas pelas equipes para a realização dessas ações.

Todavia, com o tempo esses momentos de troca foram perdendo espaço para o repasse de informações, o alinhamento de protocolos de registros de ações e questões pontuais que surgiam e que precisavam de uma articulação entre os profissionais do NASF. Atualmente (2020) não ocorrem mais esses momentos de EP, e os participantes da pesquisa relatam que sentem muito a falta desses espaços:

- Então além de ser um momento [reunião geral das equipes NASF de Santos] de repasse de informações, que também é importante, de a gente pensar um segundo momento, não precisa ser mensal, sei lá trimestral, bimestral, pra gente ter esse outro momento. (S2)

- Então a troca de experiência com certeza ajuda muito. (S3)

As rodas de conversa da pesquisa foram consideradas um momento importante de troca entre os profissionais, inclusive contribuindo para novas ideias e pensar outras estratégias para ações futuras como vemos na fala de S2:

- Eu falei o quanto foi bom aquele momento aqui [os encontros proporcionados pela produção de dados desse estudo], a gente trocando essas ideias. O quanto a gente começou a pensar possibilidades. E uma delas é essa troca entre nós.

Relembrando no item anterior (5.2.1) a fala de S1 que associa o distanciamento dos profissionais das eSF das práticas grupais também ao despreparo deles para a ação, S2 destaca a importância de espaços de compartilhamento entre os profissionais NASF e com os das eSF apoiadas para o aprimoramento de todos os envolvidos:

-...uma tarde vamos planejar aquele grupo. Fica só entre nós três, entendeu?

A gente não consegue compartilhar com o resto do NASF e muito menos com o resto da equipe.

Então eu sinto falta, que eu falo muito também, quanto esse espaço é rico pra até Educação Permanente. A gente não tem nem acesso ao que está se falando nos grupos.

...

Então assim, eu sinto falta disso, de outros profissionais estarem nesse espaço para estarem se capacitando também. De ter mais essa interação, NASF e Unidade de Saúde nesses espaços.

De acordo com Ceccim et al. (2011), a educação permanente em saúde proporciona a aprendizagem em interseção com o trabalho ao provocar a desconstrução do aprendizado acadêmico para em seguida reconstruí-lo sobre novas perspectivas, contribuindo para a implicação individual e coletiva dos profissionais com os processos de mudança. Na educação permanente o foco é o aprendizado em serviço e não a transmissão de informações, gerando processos de ensino-aprendizagem institucionais e transformando as práticas profissionais. Assim, os participantes da pesquisa, ao apontarem a necessidade de se garantir momentos de educação permanente, destacam a importância da circulação e acesso a informações, do debate e da problematização dos processos que envolvem as práticas grupais tanto entre os profissionais das equipes NASF como também com os profissionais das eSF apoiadas.

A articulação das equipes NASF de Santos com sua coordenação e com as eSF apoiadas na construção de espaços de EP, pode ser um primeiro passo para garantir que esses momentos aconteçam, porque, como fala Merhy (2015, p.11):

Ter ferramentas que intencionalmente procurem ativar certos processos ou mesmo dar visibilidade para eles é um elemento que enriquece a abertura do fazer cotidiano, no mundo do trabalho, para a possibilidade de produção de muitos outros sentidos que o nosso modo instituído de fazer e o nosso conhecimento já previamente organizado nem sempre consegue operar. Desacomodar, desterritorializar do identitário é uma intenção positiva nessas situações.

5.3 – Planejamento

Para os profissionais dos NASF de Santos o ponto de partida para a realização de uma ação grupal, o Planejamento, mostrou ser um grande desafio. Várias questões foram elencadas sobre esse momento de planejar, trazendo olhares diversos a respeito.

5.3.1 Diferentes perspectivas dos envolvidos (equipe NASF, unidade de saúde, profissionais, usuários em seu contexto) no planejamento e realização de um grupo

Para os participantes da pesquisa planejar parte de definir primeiro qual o objetivo da realização da ação grupal, sendo tais objetivos bastante diversos. Alguns grupos são realizados com objetivos que consideram as necessidades dos participantes do grupo; há grupos que são pensados a partir da visualização de uma necessidade do território, e outros acontecem para atender aos programas pré-definidos pela Secretaria de Saúde. S8 aponta que, frequentemente as ações grupais não são planejadas segundo uma avaliação da real demanda ou necessidade da população do território apoiado:

-...falta um pouco de uma avaliação mais diagnóstica do que seria realmente uma demanda do território, da comunidade, pra justificar a execução ou não desse ou daquele grupo. (S8)

- As equipes [eSF] elaboram demandas delas mesmas pra criação desses grupos às vezes não dialogando com o que seria um dado epidemiológico importante. Ou mesmo a participação social nas questões da definição dos temas. (S8)

Vamos começar pelos grupos ligados aos programas de saúde: as USF recebem orientação para ofertar ações grupais vinculadas a programas como Hiperdia, gestantes e aleitamento, e essas ações também estão atreladas ao cumprimento de metas. A periodicidade desses grupos, muitas vezes mensal, e por tempo indefinido, conta com a presença, praticamente, das mesmas pessoas nos encontros, o que traz dificuldade para as eSF de renovação do que será ofertado aos participantes, e leva à demanda de participação dos profissionais do NASF nesses grupos. Em geral, as eSF solicitam o apoio dos profissionais do NASF para que, a partir de suas áreas profissionais, contribuam com temas a serem ofertados aos grupos.

Todavia, esse convite a participar não vem atrelado a um planejamento prévio, porque ele costuma ocorrer rapidamente em uma Reunião de Equipe da unidade, ou mesmo em uma conversa informal, no qual o planejamento se resume a acordar dia e hora do grupo, qual tema será abordado e qual o profissional vai realizar a ação. Assim, os participantes da pesquisa relatam que há um sentimento de obrigação e não de interesse no que se relaciona à execução de ações grupais atreladas a programas tanto do Ministério como da própria Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais as fazem por se sentirem obrigados a cumprir metas de ações de Educação em Saúde relacionadas a esses programas e também para não ficar em uma situação desconfortável com a eSF apoiada:

- Então acho que é isso, o grupo ele tem que ter um objetivo, tem que ter um propósito. Tem aqueles grupos que eu vou fazer por fazer, mas e aí, qual o objetivo? Aí é meio que aquilo cumprir tabela, né.

- ...esses da linha de cuidado [atrelados aos Programas de Saúde] é uma coisa meio de rotina, acontecem sempre. (S2)

- Mas muitas vezes a gente acaba tendo que fazer porque a gente fica naquele dilema que se a gente fala que não vai participar é porque o NASF não quer participar. Então a gente acaba fazendo. (S3)

Dessa forma essas ações acabam sendo realizadas praticamente da mesma forma em todos os territórios apoiados porque os profissionais do NASF, quando planejam grupos vinculados a programas, se utilizam de metodologias pouco diversas, e trabalham a partir de escolha de temas ligados ao diagnóstico, adotando uma estratégia de cuidado unidirecional, prevalecendo o modelo biomédico, reduzindo a ação grupal a um cumprimento de protocolo, exigência da ESF. De acordo com Fernandes (2007), trabalhar apenas temas relacionados à doença não é suficiente para a constituição de um grupo.

Assim, já que a realização de grupos ligados a programas de saúde é uma ação, podemos dizer, obrigatória, porque não procuramos mudar o que estamos ofertando aos participantes dos grupos?

Porque os profissionais do NASF, apesar de relatarem que fazem por obrigação, não procuram mudar a metodologia de passagem de informação? O relato de S9 descreve essa preocupação do profissional:

- Quando a gente fala desse acompanhamento longitudinal, você acompanha vai pensando no Hiperdia os hipertensos e diabéticos ao longo de um tempo, pra sempre, porque é crônico, e como que você vai renovando os temas? Como que você vai mantendo aquilo interessante para as pessoas?

Essa coisa do sair da zona de conforto, pra você continuar se renovando os temas você precisa sair da zona de conforto e talvez abrir para outras coisas que não necessariamente você tenha resposta, sabe?

Eu acho difícil essa reciclagem de temas em alguns grupos, principalmente de linha de cuidado.

Feuerwerker (2005) aponta que os programas de saúde produzem um ordenamento nas práticas em saúde e criam uma obrigatoriedade de ação. As ações pautadas nos programas acabam por limitar as ações dos profissionais, tanto no que tange à oferta de outras ações de saúde, quanto ao repertório utilizado nas ações.

Mas, apesar dos profissionais do NASF se inserirem nos grupos predominantemente a partir do conhecimento que dominam mais ou de suas áreas profissionais para abordar determinados temas com os usuários, as falas a seguir apresentam a

preocupação de muitos deles em estar atento ao interesse que os participantes estão demonstrando e à possibilidade de flexibilização do tema no transcorrer do encontro:

- Os temas geralmente eram abertos.

E as atividades iam ocorrendo conforme o que eles iam trazendo nos grupos.

Então a gente fazia um, o próximo era planejado depois desse primeiro com os temas que surgiam. (S3)

- Entregar só receitinha, de que, que hora que tem comer, que hora que tem que fazer exercício, que isso, que aquilo. Não faça assim, faça assim, faça assim.

Acho que as pessoas são bombardeadas. Acho que quando se consegue promover um espaço de troca, de conversa, de escuta, a coisa tende a se ampliar e assim pode ser produtivo pra todos realmente. (S1)

...como a gente tem que estar atento para conduzir o grupo e também não ficar engessado naquilo que você, ah, eu vou falar sobre isso, acabou isso e ok elas vão embora. (S2)

Furlan e Campos (2010) afirmam que a escolha do tema é necessária porque pauta a condução da ação; todavia pode-se ir além do trivial de receitar fórmulas sobre como viver, o que comer, o que tomar, apoiadas em prerrogativas técnicas sobre o certo-errado, e abrir possibilidades de, no espaço grupal, discutir-se as diversas formas de viver, de lidar com o adoecimento, com as dificuldades, com as dores, com os sentimentos e com as histórias, e assim viabilizar que os participantes reconstruam com os outros participantes, por meio da troca, maneiras possíveis de se viver de forma mais autônoma, em rede e melhor. É relevante perguntar aos participantes o que eles desejam conversar e qual a importância daquele espaço para o seu cuidado e isso esbarra na forma como é planejada a participação das pessoas nesses grupos vinculados aos programas de saúde.

Para garantir que os grupos tenham um número expressivo de participantes, frequentemente as USF atrelam a participação das pessoas a entrega de remédios, receitas, procedimentos ou mesmo recompensas como ganhar brindes ou presentes. Para os participantes, reunir as pessoas dessa forma não é grupo porque, corroborando Reis et al. (2007), consideram que o fato de as pessoas serem convocadas a estarem naquele espaço para que tenham acesso aos insumos que necessitam para controle de sua doença, gera uma participação sem envolvimento:

- Nos grupos de insulina a gente não tem esse problema [falta do participante] porque as pessoas vão porque são obrigadas a irem né? (S3)

- Formar grupo às vezes também é um desafio maior do que tocar o grupo. É conseguir grupalizar, conseguir juntar pessoas com objetivos afins. Que não seja só aquela coisa obrigatória. Não, tem que ir porque se não, não vai receber o insumo. (S1)

- Eu não pensei em uma situação específica, mas em uma situação que se repete em vários grupos que eu já participei. Eu acho que isso tem muito a ver com a forma como o grupo é planejado, em como as pessoas são chamadas por grupo. Eu participo muito de grupo de insulino dependentes.

...

Mas eu acho que isso tem muito a ver com a forma como o grupo é estruturado. É um grupo imposto, atrelado a entrega de insumo. Então a pessoa muitas vezes está ali obrigada. Ela não está aberta a escutar a informação que a gente está dando, e por isso, isso acontece. (S3)

Furlan (2012) aponta que quando os grupos são abertos aos interessados em receber uma intervenção complementar ao tratamento individual que é ofertado nas unidades de saúde, ou seja, o paciente é convidado a participar, tendo liberdade de aceitar ou não o convite, ocorre uma melhor participação das pessoas. As pessoas são convidadas (e não encaminhadas) a participar de uma proposta grupal na qual elas terão oportunidade de conhecer outras pessoas em situações semelhantes e compartilhar formas diferentes de lidar com a doença.

Alguns profissionais dos NASF de Santos identificam que ao planejar uma ação grupal é preciso ter claro que os objetivos pretendidos com aquela ação tenham significado e contemplem o interesse do público alvo:

- Eu acho que o grupo tem que ter um significado. A pessoa tem que querer ir para se sentir bem no grupo, ter vontade de estar ali. (S3)

-...às vezes a gente fala que os grupos não acontecem, não dão certo, mas às vezes é por isso, porque a gente vai com uma coisa para entregar que não é aquilo que as pessoas precisam. (S1)

Assim, para as equipes NASF, ao planejar uma prática grupal é necessário primeiro saber o porquê se quer as pessoas juntas, e, segundo, qual é o sentido para as pessoas estarem naquele espaço grupal. Senão, como relata S7, é apenas uma aglomeração de pessoas:

-...questão de produzir sentido, isso precisa existir. Mas eu tendo achar que acaba não funcionando quando tem um objetivo de só aglomerar pessoas, não funciona. (S7)

Furlan (2012) também considera que um grupo não é simplesmente agrupar pessoas em uma sala, sendo preciso saber o que se quer produzir ao reunir aquelas pessoas em um mesmo espaço, qual a prática de saúde se quer ofertar e qual a razão que leva aquelas pessoas a participar e permanecer no grupo.

Os participantes da pesquisa apresentaram, durante a produção dos dados, relatos de ações grupais que realizam baseadas nas necessidades dos usuários, bem como em alguma fragilidade percebida no território. Optamos por apresentar esses relatos no bloco Concepções de grupo.

5.3.2 Benefícios e dificuldades de parcerias dos profissionais NASF nas ações grupais

Na busca de realizar ações grupais significativas, os profissionais dos NASF procuram outros parceiros para colaborar, de outros equipamentos de saúde, de outras áreas que não da saúde, e também da comunidade. Todavia, os participantes da pesquisa relatam que a articulação com quem são seus parceiros mais próximos, as eSF apoiadas, frequentemente não acontece a contento. Esse fato difere entre as equipes apoiadas, mas sempre é um processo difícil, como vemos nos próximos relatos de S3:

-...depende muito da equipe. Tem equipe que não rola, tem equipe que rola. Mas não é tranquilo. Esse processo não é tranquilo.
É um processo difícil, de planejar grupos com as equipes.

- Porque eles têm uma visão, a gente às vezes tem outra, em alinhar mesmo o que eles querem, o que eles esperam com o que a gente imagina. Com o que a gente acha que o munícipe quer.

A difícil articulação entre os profissionais NASF e algumas eSF apoiadas compromete o planejamento das ações grupais. Como já comentamos no tópico anterior, há um predomínio, por parte das eSF, de atividades grupais voltadas para questões de saúde/doença e vinculadas aos programas de saúde. Os participantes da pesquisa relatam que, quando há a participação de um outro profissional da unidade em uma ação grupal, isso não tende a ocorrer em sintonia com o NASF. As falas de S2 apontam que, se há a presença de alguém da eSF, não há de ninguém do NASF e vice-versa:

- Fica muito só do NASF, só da Unidade. Não existe esse entrosamento na condução do grupo.

-...a enfermeira ficou responsável de falar sobre o pé diabético. Tipo assim, ela vai estar ela e os munícipes, acabou. Não vai ter mais nem outro profissional, assim, por “n” motivos. Por “n” motivos, por questões de agenda, por questões de mil atividades, que a gente vai estar em outra atividade naquele dia.

As equipes NASF se deparam com eSF que não visualizam as práticas grupais em seu escopo de oferta de cuidado em saúde. Elas realizam grupos, como já citamos, ligados aos programas porque há uma obrigatoriedade vinda da gestão. Mas mesmo esses grupos são

relegados a planejamentos rápidos focados na escolha do público alvo, do(s) condutor(es), do tema, do dia e do horário. Em geral não há uma articulação entre os profissionais NASF e eSF para se pensar na perspectiva e concepção do grupo, em qual é a necessidade. A questão da falta de composição entre os profissionais merece destaque, porque a maioria dos grupos acaba sendo conduzido apenas pelo profissional que possui mais familiaridade com o tema a ser abordado, não havendo participação de profissionais de outras áreas, que poderiam enriquecer as discussões contribuindo para pensar em como conduzir o grupo.

Os profissionais relatam que uma maior valorização das ações individuais, e a priorização dos atendimentos médicos sobre as atividades grupais por parte das eSF apoiadas, são outras dificuldades enfrentadas para conseguir planejar e realizar grupos nas USF, como observamos nos relatos abaixo:

- Mas ainda assim, dentro de certas organizações de equipe, como foi dito, os procedimentos médico-ambulatoriais são muito mais presentes, significativos, do que a atividade de prevenção e promoção de saúde. (S8)

- Deixa a agenda de médico aberta, ao invés do médico sentar com a gente e planejar. Você vai isolando cada vez mais os profissionais, para produzirem, produzirem, produzirem. (S2)

- E eu entendo que dentro disso também, o que eu vejo, como histórico da saúde, é um histórico de compartilhamento, de fragmentação, de individualização do sujeito. De um atendimento médico soberanamente. (S6)

- Tem unidade nossa lá que ela, eles falam que o grupo só funciona se atrelar a consulta. Aí isso é um pensamento deles, e ninguém tira isso da cabeça deles. (S4)

O relato a seguir foi produzido no segundo encontro da pesquisa, e trata-se de uma interação entre S9 e S2 explicando uma ação grupal planejada em uma unidade que apoiam, e demonstra a dificuldade que eles têm de sustentar o proposto diante da resistência de alguns profissionais.

É pra boicotar? Vamos boicotar, não vai ter grupo hoje.⁴

- A gente estava até com uma dessas comissões de grupo que a gente faz. Tem duas equipes de saúde na unidade. Tem uma médica que geralmente chega às 2h, isso pro Hiperdia, e a outra 1h30m. E o grupo é para demorar meia hora. E a gente chegava, fazia o grupo da 1h30m às 2h, pra começar às 2h o atendimento médico.

A médica, uma delas, que não acredita em grupo, ela começou a chegar mais cedo. E aí a gente mudou o grupo para 1h. Aí a médica começou a chegar à 1h. Aí a gente estava pensando em subir os horários.

⁴ Frase retirada do relato.

Só que daí a metodologia que foi criada foi de começar a fazer o grupo na frente da sala da médica. Que a gente conversando na comissão de grupo, de fazer o grupo na frente da sala da médica. Isso é um absurdo. (S9)

- O que é um absurdo. Porque o dia que eu cheguei lá para fazer o grupo e aí nesses horários, sei lá. A gente almoça voando porque a médica é contra grupo e a gente tem que fazer o grupo correndo antes dela chegar porque ela vai começar a atender e não vai ter ninguém lá para ouvir.

E eu cheguei lá e ela já estava atendendo. E eu falei: “Cadê as pessoas?”, “Já está atendendo, mas chama lá”.

Eu me recuso, eu não vou fazer o grupo, acabou. Ou todo mundo colabora, dá importância pro espaço, ou a gente vai...é pra boicotar? Vamos boicotar e pronto.

Ela chega antes do horário dela, porque ela não tem paciência para esperar a gente terminar o grupo. Ela começar a atender, porque seria os pacientes do Hiperdia. Foi combinado deles começarem a atender um pouquinho mais tarde pra gente fazer o grupo, enfim quem for responsável fazer o grupo.

Só que ela não respeita o horário. Ela chega 1h da tarde. A gente tem que almoçar em 5 minutos, sair voando porque tem que fazer o grupo antes. Me recuso gente. Então beleza, não é pra fazer, é pra boicotar? Vamos boicotar, não vai ter grupo hoje. Não vai. (S2)

- E ontem que essa médica está de férias, a gente fez um grupo de Hiperdia de 1h. Eram 11 pessoas na agenda, com 9 pessoas sentadas conversando, discutindo sobre o assunto. Uma chegou atrasada.

Foi lindo. Foi lindo. Eu fiquei encantada com a chefe administrativa, com a ACS, com a outra pessoa do NASF. Então uma pessoa consegue estragar tudo isso. (S9)

- E com propostas. Que eu fiquei sabendo que desse grupo surgiram propostas para outros.

E ela é uma também, que ela declara que não acredita no grupo. Ela fala isso, que grupo não funciona. Então a gente vai ficar almoçando em 5 minutos porque pelo amor de Deus venham aqui me ouvir. Me desculpa, não! (S2)

As equipes NASF, após cinco anos de atuação no município, ainda disputam espaço nas rotinas das USF apoiadas para realizarem uma atividade grupal. A coleta de exames, a agenda do médico, o horário da vacina, o horário da farmácia, sempre se apresentam como prioridades ante aos grupos. Entende-se que há uma concepção médico-curativa da própria população atendida, que atrela um cuidado efetivo a consultas, procedimentos, exames e remédios, e que cobra constantemente essa oferta de cuidado da USF. Furlan (2012) propõe que se convide a refletir se as ações coletivas continuarão sendo vistas como algo complementar ao tratamento ou se passarão a compor as ações centrais do cuidado na ABS.

A realização de um grupo que explore outras perspectivas de cuidado muitas vezes enfrenta dificuldades de entrosamento entre os profissionais do NASF e da eSF, como aponta S3:

-... E eu acho que muitas vezes a equipe, eles têm uma visão bem diferente da nossa. Mais focado na questão da saúde/doença. Se você pensar em um grupo que foge um pouquinho disso, aí complica mais ainda. (S3)

Quando falamos de ações grupais planejadas a partir da visualização de uma fragilidade ou necessidade dos territórios apoiados, como muitos casos de violência contra a mulher, gravidez na adolescência, automutilação etc., a articulação entre NASF e eSF pode ser difícil. As eSF até consideram essas questões mas, na maioria das vezes, só conseguem pensar como resposta para elas os atendimentos individuais. As equipes NASF, quando propõem trabalhar essas questões no coletivo, relatam que frequentemente encontram resistências dos profissionais das USF já no planejar, e que muitas vezes acabam realizando sozinhas as atividades grupais.

Conseguir articular os saberes profissionais e os saberes populares de todos os envolvidos, pode favorecer, como coloca Fernandes (2007), o planejamento de ações grupais com a participação dos profissionais das eSF apoiadas. Fortuna et al. (2005) apontam que cada profissional possui um saber, uma experiência de vida diferente e uma formação específica, e a tendência é não se considerar essas diferenças e trabalharmos de forma fragmentada, na qual cada um se responsabiliza por uma parte do cuidado.

Fortuna et al. (2005), também mencionam que cada equipe de saúde apoiada, bem como os seus integrantes, podem realizar ações grupais por diferentes razões: porque acreditam que estão colaborando com os processos saúde-doença da população melhorando o atendimento ofertado na unidade, ou porque precisam realizar a atividade para que o município receba a verba do Ministério da Saúde. Assim, sentar junto para conversar parece tão fácil, mas muitas vezes não é, pois nesses momentos nos deparamos com as contradições, com as diferenças, com as expectativas que temos uns dos outros e que nem sempre são claramente faladas.

Vale ressaltar que os participantes da pesquisa apontam nos relatos a seguir que, independentemente de quem pensou e planejou o grupo, NASF ou USF, a participação de profissionais da eSF é vista como necessária para favorecer o contato com os usuários:

- A Agente Comunitária que eles sabem “Não, é daqui”. Eu chego lá falo o meu nome, nunca me viram na vida, não tem vínculo nenhum. Eu acho que isso atrapalha muito. (S3)

-...ela [médica] achava extremamente importante, ela bancava. E foi muita diferença quando o médico se envolve. Muita diferença. (S2)

- Acho que não só o médico, quando alguém da equipe. Porque eu as vezes percebo que os munícipes não me conhecem, então uma pessoa estranha falando com eles. Se tem pelo menos alguém que eles olham e conhecem. (S3)

Isso se dá pelo fato dos mesmos já terem vínculos com esses profissionais, o que nem sempre ocorre com os profissionais do NASF, ocasionando uma estranheza nos participantes ao estarem em uma ação com um profissional que eles não conhecem, e assim não se sentem confortáveis para dialogar, tirar dúvidas e compartilhar seus modos de lidar com seu estado de saúde-doença. E é nos ACS que os participantes da pesquisa encontram os seus maiores parceiros nas atividades grupais que desenvolvem; as falas abaixo salientam que eles são a categoria profissional que se mostra mais disposta e envolvida nas atividades grupais:

- Porque tem um agente [ACS] lá no Santa [Maria] que ela tem procurado trazer propostas diferentes. (S3)

- No meu território [Morros] mas com Agente Comunitário.
[É a categoria da eSF que mais participa?]
Do planejamento de grupos. (S4)

A maioria das atividades grupais, quase sua totalidade, conta com a participação dos ACS, tanto no planejamento como na realização. Quando uma ação grupal é idealizada em uma reunião, em geral, são eles que se apresentam para participar de imediato, colocando ideias, articulando formas de ação, viabilizando parcerias para buscar locais mais adequados para a realização do grupo. É importante salientar o quanto eles gostam, acreditam e investem nas práticas grupais. Outro ponto de destaque é a capacidade que têm de propor formas diferentes de cuidado, utilizando bastante o artesanato, os trabalhos manuais e o lúdico para compor o momento do grupo.

Gostaria de fazer um relato pessoal sobre essa questão. Conduzo um grupo de caminhada em uma das unidades que apoio; o mérito da criação desse grupo é de um técnico de enfermagem que compunha a eSF da unidade. Com a chegada do NASF na unidade, com um profissional de educação física e a visualização dele da baixa oferta de atividades físicas no bairro, ele idealizou o grupo e propôs, a mim, a realização do mesmo. Durante o período que ele estava na unidade participou ativamente do grupo, fazendo aferição de pressão e dextro para os diabéticos antes da atividade, orientando os participantes/pacientes sobre cuidados em saúde e saindo conosco para caminhar pelo bairro.

Infelizmente esse profissional foi transferido, e com isso me vi durante um período sozinha na condução do grupo. Isso não me agradava, porque tenho comigo que o grupo é da unidade e não do profissional de educação física. Ao colocar esse descontentamento em um Reunião de Equipe, fui surpreendida pela pronta manifestação de interesse em participar do grupo de duas ACS, como citei acima, prontidão observada em outras unidades também. Atualmente (2020) elas ainda são minhas grandes parceiras nesse grupo, propondo ações em outros locais, como no horto e na praia, participação em ações de caminhada de campanhas e também com propostas de educação em saúde.

Furlan e Campos (2010) ressaltam que a participação dos ACS é muito valiosa porque o fato de serem moradores do território faz com que tenham conhecimento dos usuários dos grupos, da história da comunidade e o modo como eles lidam com as relações na vida. A presença ativa dos ACS nas ações grupais, como auxiliares ou coordenadores, promove uma vinculação da população às atividades propostas para os grupos.

Um dado importante que os participantes da pesquisa apontam é que a maioria dos grupos são conduzidos somente por profissionais do NASF com participação de outro profissional da equipe NASF, ou, como mencionado acima, com a participação dos ACS:

- Geralmente a gente faz com NASF. Eu [profissional NASF] e outra pessoa do NASF. (S4)

- Então aí a gente propôs para a unidade, foi uma ação do NASF pra unidade, tanto é que é um grupo do NASF, pra mim é muito claro. Um grupo do NASF com uma agente comunitária que a gente conseguiu pegar pra gente. Que a gente falou que vale a pena investir. Porque a unidade não sabe nem o que se passa. (S2)

Estamos falando principalmente daqueles grupos idealizados a partir de uma necessidade do território. Esses grupos costumam ter encontros semanais, com um tempo longo de duração e sem data marcada para acabar; afinal, abordam questões que não se encerram em um encontro. E é nessa garantia de participação, semanalmente nos encontros, de um profissional da eSF, que está a dificuldade. Conseguir a participação no planejamento, condução e avaliação dos encontros, dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal e administrativos é um complicador; essas categorias profissionais alegam que não se comprometem com o grupo porque a periodicidade dos encontros não se encaixa nas suas rotinas de serviço. Há várias ações que esses profissionais precisam realizar em uma USF, e alega-se que abrir um espaço entre essas ações para participar dos grupos toda semana torna-se inviável. Quando há a participação de algum

desses profissionais é de forma pontual, em um encontro, geralmente porque em algum momento anterior surgiu uma demanda que requereu sua participação.

Mas porque os ACS conseguem garantir essa participação semanal em suas agendas? Esses profissionais também não têm ações que precisam realizar todos os dias? Se eles conseguem flexibilizar suas agendas por que os outros profissionais não conseguem? Essas são questões que nós, profissionais das equipes NASF, não paramos para refletir e trabalhar com as eSF apoiadas; tentar aprofundar a discussão sobre esse distanciamento, e quem sabe, procurar ajustar os dias dos encontros à rotina da unidade.

Voltando à condução dos grupos, a participação de outro profissional da equipe NASF para alguns profissionais traz mais segurança e prazer na realização da atividade. Podemos visualizar esse fato nas falas abaixo:

- Então quando eu estou com outra pessoa a gente consegue ampliar, falar de outras coisas. Eu acho que fica muito mais leve, mas gostoso de fazer, do que quando você fica ali focado. (S3)

- Mas de você confiar na sua equipe [NASF] que se alguma coisa falhar alguém vai estar ali para tocar.
Você sabe que quem está do teu lado está junto. Que se acontecer alguma coisa, te tranquiliza porque vai dar certo. Isso fortalece muito a equipe. (S2)

- Mas eu tenho domínio do conteúdo, e eu tenho tranquilidade para conversar com as pessoas. Mas eu prefiro muito quando tem outra pessoa comigo. (S9)

Vale ressaltar que um participante da pesquisa apontou que se sente mais seguro conduzindo sozinho a ação:

- Eu me sinto muito mais segura quando eu faço grupo sozinha. Por que? Porquê... não assim o grupo é meu e ninguém pode falar, não. Mas se eu for a responsável, eu me sinto muito mais segura se eu estou no comando da situação. Por exemplo, se eu vou fazer com uma pessoa e a coisa meio que foge daquilo, e a pessoa faz uma coisa que eu faria diferente, isso me incomoda um pouco. Porque depois eu não vou conseguir fazer a minha...sabe uma coisa assim. Tipo foge do meu controle, e isso me incomoda. (S2)

E outros relataram desconforto em ações grupais que realizaram com outras parcerias:

- Eu fui tentar arriscar junto com a psicóloga residente falar de sinais físicos e emocionais na gestação, eu me senti extremamente desconfortável porque ela não segurou, eu não me sentia segura com o tema.
E embora talvez as usuárias não tenham percebido tanto, eu achei aquele grupo horrível. Eu me senti muito mal de estar ali junto com a psicóloga fazendo e ela não ter segurado. E eu ter que conduzir uma coisa que eu não me sentia segura pra falar. (S5)

- Acho importante pensar na ideia do próprio planejamento quando isso acontece. Teve situações de vir profissional convidado e ele falar um absurdo de uma área que ele não conhece para um grupo, sendo que tinha a referência da área presente.

...

Mas é bem desconcertante quando isso acontece. Principalmente quando não se tem planejamento de grupo para que isso seja bem alinhado. (S8)

Como já apontamos na pesquisa, há falta, em alguns grupos, de um planejamento mais detalhado e de uma articulação melhor entre os condutores da ação, e isso provoca desencontros e conseqüentemente desconforto. Observamos assim que não se trata somente de se sentir ou não confortável com a participação de outra pessoa na condução do grupo, mas de como as equipes NASF estão planejando essas parcerias.

A literatura tende a apontar somente as vantagens da condução em dupla, não considerando as dificuldades apontadas acima pelos participantes. Furlan (2012), menciona que coordenar uma prática em dupla oferece vantagens como uma percepção ampliada sobre os movimentos do grupo e seus acontecimentos, uma avaliação da coordenação do parceiro, um apoio ao coordenar, uma possibilidade de analisar a própria prática e um aprendizado com o outro. Furlan e Campos (2010) colocam que duas pessoas sempre conseguem captar mais acontecimentos do grupo do que somente uma. Cada um tem um olhar sobre o grupo e sobre o que está acontecendo. A dupla possibilita inclusive uma continuidade do processo quando da ausência de um dos coordenadores por diversos motivos.

Nas duas referências acima também encontramos que outra vantagem da coordenação conjunta de grupos é propiciar um espaço de Educação Permanente, a partir do planejamento das estratégias em equipe para a realização da atividade grupal e da observação da atuação do outro durante o acontecimento do grupo.

Os relatos a seguir apresentam outro ponto ressaltado pelos profissionais participantes da pesquisa que é a importância de um profissional de referência para o grupo, que esteja presente em todos os encontros, que pode ser do NASF ou da Unidade:

- Sem uma referência no grupo para fazer esse link entre como o grupo está, o momento que o grupo está. As temáticas que são trabalhadas e o que a comunidade traz no próprio grupo como apontamento de intenção de tema, fica muito difícil pensar em uma seqüência cadenciada de ações. (S8)

- Mas quando tem referência é fácil de fazer esse link [entre os encontros], pra mim, na minha experiência. (S4)

S8 aponta a importância de haver, por sinal, mais de uma referência:

-...gente tem que planejar e discutir grupos na reunião de NASF.

...

É também depois disso expandir para as equipes. E pra equipes tem que ter a referência da equipe para que isso possa ser feito. Cada grupo tem que ter uma referência. De preferência duas referências. Para poder fazer esse link, registrar, anotar, evoluir, enfim.

E os relatos abaixo mostram práticas grupais que possuem mais de uma referência, ressaltando que no primeiro relato são apenas profissionais do NASF:

- A gente acho que discute mais do único grupo que tem um caráter terapêutico, que é o grupo de Monte Cabirão.

Que daí tem referências do NASF, que estão quase sempre lá, praticamente, para tentar manter essa linha. Que acontece mais espaçado, então dá um pouco mais tempo, um respiro. (S9)

- Esse grupo mesmo de insulinos eu estava como uma das referências. Mas não consigo também.

Aparecem várias coisas. Apareceram várias coisas de farmácia e aí quem mentaliza é a referência. Que é uma ACS. (S4)

Os profissionais do NASF procuram garantir que os grupos sempre tenham uma referência, independente do proposto ou de quem será o condutor(es) da ação. Essa pessoa fica responsável por fazer a ligação entre os encontros, como também salientam Furlan e Campos (2010) e Furlan (2012), repassando os que surgiu nos encontros, as situações relevantes que podem solicitar um olhar mais apurado e as propostas que podem surgir dos participantes para os encontros seguintes. Quando possível, os NASF procuram firmar duas referências, para que, na impossibilidade de participação de uma, o grupo não precise ser cancelado, porque outra pessoa pode dar continuidade à ação.

Se essa segunda referência for alguém da eSF a articulação com os outros membros da eSF e mesmo a continuidade do grupo ficam melhor garantidas. Uma referência da USF proporciona uma aproximação maior da unidade com o grupo e, para os participantes do grupo, ter uma referência da eSF os aproxima da unidade. Os participantes, quando têm alguém da eSF vinculado ao grupo, entendem que a ação é da unidade e não de um profissional isolado. Para os profissionais do NASF isso é muito importante porque são profissionais que podem a qualquer momento precisarem se afastar do grupo, por transferência ou aposentadoria, ou até mesmo pararem de apoiar a USF, e a presença de alguém da USF lhes dá uma esperança de que a ação não acabará com o afastamento deles.

Também Furlan e Campos (2010) e Furlan (2012) afirmam a importância que a coordenação das práticas grupais em uma unidade de saúde tenha mais de um técnico como referência, pois além da potência para o processo de análise e intervenção, facilita a continuidade da ação ao longo do ano, não havendo interrupção dos encontros no caso de férias, licenças ou outras ausências dos profissionais envolvidos. Facilita também o acompanhamento dos participantes, as discussões nas reuniões de equipe sobre o que está acontecendo nos grupos e o planejamento dos encontros seguintes.

5.3.3 Disputa de espaço e tempo para o planejamento dos grupos

Conseguir dar continuidade no planejamento dos grupos que estão sendo realizados constitui outro desafio. As reuniões de equipe da unidade e as reuniões de equipe NASF, que poderiam ser utilizadas para esse fim, não se apresentam como espaços para repassar o que está sendo desenvolvido e nem para a abertura de uma reflexão aprofundada a respeito das ações grupais. Nas reuniões os informes, pautas de procedimentos e discussão de casos individuais são prioritárias, tomando todo o tempo da reunião:

- É muita coisa, na reunião de equipe [eSF] não dá tempo de discutir. Então assim, é tudo muito corrido, muito rápido. Sobra 15 minutinhos, “A reunião está acabando. Vamos discutir o grupo? Como que vai ser essa semana?”. Escolhe o tema o horário, pronto. (S3)

- A gente tentou por um tempo também fazer essa discussão entre o nosso NASF. Nós dividimos nossa reunião de NASF em dois dias. Para que possamos também além da discussão, ... dos casos etc. etc. etc. conseguir discutir os grupos. Só que aí a gente começou a fazer uma reflexão que foi bem interessante até. Por que não estamos tendo tempo de fazer na nossa própria reunião o que esperamos que as equipes façam na reunião delas? Que é o planejar grupos. E agente constatou que estávamos muito também presos nessa suposta discussão de caso que não é discussão de caso. A gente estava passando caso entre a gente. A gente não tem que ter conhecimento, saber todos os casos que acontecem em todas as unidades. (S8)

Dentro da lógica da priorização de discussões de casos individuais nas reuniões de equipe NASF e de eSF, pelos profissionais, torna-se necessário uma reflexão sobre a importância de se preservar ou não esses momentos de discussão de casos, quanto tempo é preciso para essa ação e qual a maneira de melhor viabilizar os tempos de reunião para garantir espaços para discussão também das ações grupais desenvolvidas pelas equipes NASF.

Porém, o que observamos na pesquisa é que ambas as equipes (NASF e eSF) reservam, em geral, pouco tempo em suas reuniões para se falar dos grupos. Quando ocorre

uma fala sobre grupos, é somente um repasse rápido do que está acontecendo, sem uma reflexão e avaliação da ação realizada, como transmitem as falas abaixo:

- Atualmente a gente não consegue fazer a discussão dos grupos nas reuniões de equipe [eSF], que seria o local para se fazer isso. A gente não está tendo essa abertura. (S8)

- Não, a gente fala assim: foi legal, aconteceu isso, isso, isso. A gente não fala assim: mas e aí?

Naquele momento de reunião de equipe [NASF] a gente compartilha o resultado. Mas a gente não faz pensar. Acho que não existe assim uma reflexão do que aquilo gerou para a gente pensar nos próximos.

Eu acho que existe o compartilhar o resultado. Não a reflexão em cima disso.

Eu percebo que o que mais a gente consegue compartilhar, é isso. Nossa, apareceu isso nesse grupo que é bem social, eu não consegui conduzir, o que que a gente pode fazer para o próximo?

Aí conversa com a Assistente Social. Uma coisa mais específica assim. Mas bem pontual também. Raro, bem pouco que a gente faz isso. (S2)

- A gente só passa para falar “Oh nós estamos aqui, nós estamos fazendo”. Mas eu assim pelo menos das que eu vejo não tem muito interesse também.

Faço meu papel né. Estamos aqui, fizemos isso, tal. Mas é mais um repasse. (S4)

-...o grupo de insulino que eu tenho mais, ... a gente sempre discute o grupo na reunião de equipe. Só que dá para perceber que quando a equipe discute o grupo, “Que tema vai ser discutido?”, “Como é que vai fazer?”, “Quem vai separar o insumo?”.

Assim, acho que raríssimos momentos eu presenciei alguma discussão entre a equipe do que que isso está beneficiando as pessoas. Está trazendo alguma vantagem? O que?

Eles não aprofundam, fica uma coisa bem superficial do esquema de como vai ser, que horas vai começar, quem vai fazer isso, quem vai pegar, quem vai passar a lista, quem vai distribuir o insumo. (S3)

Relegar o planejamento das ações grupais somente aos profissionais diretamente envolvidos, não garantindo momentos de construção e troca coletiva, não promove discussões como as que coloca Furlan (2012) sobre qual modelo de intervenção grupal melhor se encaixaria na unidade de saúde e na população assistida, dentro da unidade, quais pressupostos e conceitos fariam operar os encontros coletivos e quais as propostas de continuidade dos encontros e do cuidado. O caderno Grupo de Trabalho de Humanização (2006) menciona que o planejar em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provocando novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente.

Na tentativa de garantir um espaço para se planejar grupos, uma equipe NASF de Santos criou as Comissões de Grupo, compostas por profissionais do NASF e por profissionais da eSF. Os relatos a seguir trazem que essas comissões procuram garantir a existência de espaços para avaliar o andamento e qualificar o trabalho com os grupos:

-...a gente começou a ver essa demanda de pensar os grupos e a equipe topou. E aí a gente fez uma comissão com quem se dispôs a estar discutindo isso. Então tinha gente das duas equipes. E isso teve vários momentos, de mudar pessoas, de médico deixar de ir, chefe de unidade passar a participar, e teve momentos. (S5)

- E a partir do criar um espaço [Reunião da Comissão de Grupo], criar uma rotina na unidade, que as equipes precisam se organizar para aquilo, a gente vai num processo de qualificando [o trabalho] aquele grupo, de refinando. (S9)

- Em unidade que não tinha grupo, que não tinha nada, hoje ela tem um espaço, e ela consegue entender que é importante a gente sentar para pensar o que que a gente quer conversar com a comunidade. Avaliar o que a gente já fez o que que está dando certo o que não está. Então eu acho bacana isso. (S5)

Um modelo que dialoga com as Comissões de Grupo realizadas pelos profissionais do NASF é o proposto pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o SUS, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos (Brasil, 2006).

A proposta do GTH é:

Instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos possam dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão. (Brasil, 2006, p.6)

As Comissões de Grupo são uma proposta que uma equipe NASF de Santos se utiliza para aproximar os profissionais do planejamento e execução das práticas grupais, estabelecendo, conforme aponta o caderno Grupo de Trabalho de Humanização (2006), um espaço para compartilhar as dificuldades de se trabalhar com grupos, debater as possibilidades, buscar mudanças e potencializar propostas inovadoras nos grupos.

5.4 – Concepções de grupo

Os participantes apontaram vários aspectos que consideram importantes em um grupo como o papel do condutor, a participação ativa das pessoas, o aprendizado horizontal e a criação de vínculos entre os participantes. Eles apresentaram uma grande diversidade de tipos de grupos que realizam nas USF que apoiam. Nas Rodas de Conversa surgiram vários relatos de grupos que se relacionam a diferentes concepções e que apresentaremos nesse bloco.

5.4.1 Diversidade de objetivos e formatos relativa à posição dos participantes

As equipes NASF realizam ações grupais com diversos objetivos, havendo grupos para hipertensos e diabéticos, para gestantes, de aleitamento materno, de fortalecimento de mulheres e jovens, de convivência entre pais e filhos, de escuta coletiva, terapêuticos, entre outros. Vamos começar falando dos grupos que têm como objetivo a educação em saúde, que estão muito relacionados aos programas de saúde.

No bloco acima já falamos que no planejamento desses grupos, na maioria das vezes, é escolhido o tema e a partir dele é determinado o profissional que irá conduzir o grupo. Esse fato acaba por atribuir ao grupo um formato de palestra como observamos nos relatos de S3 a seguir:

-...na verdade não sei se dá para chamar de grupo em uma sala de espera. É uma palestra. Que você está ali falando. As pessoas pouco vão interagir e participar. Porque não tem nem um ambiente para isso.

-...grupos de insulino que eu participo. E geralmente é no formato de passar informação, tudo mais, ...

Vale ressaltar que algumas ações grupais acontecem na sala de espera, atrelada ao público alvo das consultas do dia, hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas etc. Dessa forma as pessoas são “obrigadas” a ouvirem um profissional, que muitas vezes eles não conhecem, “passando” informações sobre como devem proceder nos cuidados com sua saúde. S3 nos relata o desconforto das pessoas na sala de espera e suas tentativas de não participarem da ação:

- Eu acho que pra quem está conduzindo grupo, quando você percebe que as pessoas estão agoniadas é horrível.
Eu me sinto muito mal. Quando você vê a pessoa “Vai logo, vai logo”, eu não quero estar aqui, eu quero sair daqui.
Já passei por várias experiências de sala de espera que a pessoa não queria estar lá.
(S3)

- Teve uma situação, que eu coloquei ali, que eles estavam saindo. A gente começou a perceber que quando ia fazer o grupo eles ficavam fora e não ficavam na sala porque não estavam afim naquele momento de escutar nada. (S3)

Os profissionais dos NASF de Santos utilizam uma metodologia muito comum nas ações de educação em saúde que visa a transmissão de um conhecimento específico, na qual a perspectiva é que “a gente detém conhecimento e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão (Meyer et al.,

2006, p.1336). Os participantes da pesquisa demonstram uma compreensão da necessidade de mudarem as metodologias que utilizam nas ações grupais que realizam, de que o formato palestra não é efetivo e tampouco agradável, tanto para os participantes como para os profissionais. Todavia, apesar do descontentamento, por que as equipes NASF continuam realizando o mesmo formato de práticas grupais? Como tratado em tópicos anteriores há um atrelamento do não se planejar atividades diferenciadas à falta de tempo, como observamos nas falas abaixo:

- Eu já vivi muito essa situação que você está falando. De querer fazer alguma coisa diferente mas não ter tempo para preparar.

Mas aí para fazer você precisa de tempo, de organizar direitinho, contar com a parceria de pessoas da unidade. Não deixar você fazer sozinho. E aí não dá. Aí chega, já está perto da data, é amanhã, e eu vou fazer o tradicional de sempre que eu já tenho pronto. (S3)

- Às vezes eu não consigo nem eu me planejar. Tipo eu vou conduzir o grupo e aí quero fazer uma coisa diferente.

Eu não preciso sentar com ninguém, uma coisa minha. Eu não consigo, e aí vai na hora, e vamos ver o que vai rolar. (S2)

- Eu acho que cada vez mais a gente está cheio de coisas e assim é impossível você ter uma experiência mais criativa, mais engajada.

Mas eu acho que falta espaço de respiro e criação. (S7)

Apesar do descontentamento as equipes NASF têm dificuldades em investir em mudanças no modo de realizar os grupos. Há que se pensar no quanto uma atividade grupal de educação em saúde não merece a mesma dedicação dada a outras ações realizadas pelas equipes NASF. Reservar um tempo nas rotinas para pensar em ações de educação em saúde de forma diferente do habitual, a passagem de informação, poderá criar um rol de possibilidades que poderão ser compartilhadas entre os profissionais dos NASF. Porque como ressalta S9, por meio da troca de experiências proporcionada pela pesquisa, os participantes perceberam que há muitas semelhanças entre as atividades grupais que realizam pelo município:

- A gente caiu a ficha hoje que a gente faz grupos diferentes com temas diferentes, falando a mesma coisa. No final o pano de fundo é a mesma coisa.

A literatura alerta que para se ofertar ações grupais participativas em educação em saúde e com respostas significativas é necessário o desenvolvimento de metodologias que permitam a articulação das várias dimensões do estado saúde-doença dos participantes da ação, e se compreender que educação não é definir comportamentos corretos para as outras pessoas, mas ofertar espaços de reflexão crítica dos problemas de saúde e interação dialógica

entre indivíduos que compartilham uma mesma condição, tendo como objetivo a equalização de oportunidades de aprendizagem e o desenvolvimento da cidadania e da autonomia (Meyer et al., 2006; Reis et al., 2007; Santos et al., 2010).

Assim, na perspectiva de um formato de grupo que permita essa interação dialógica entre todos os envolvidos na ação, alguns participantes da pesquisa problematizam o papel do condutor do grupo. As falas a seguir colocam que o profissional não pode ser o único transmissor de informações como se fosse o detentor do saber; ele tem que ser um mediador das situações e falas que vão acontecendo durante os grupos, permitindo a livre expressão dos participantes:

-...às vezes na condução de um espaço, o meu papel muitas vezes é mediar uma certa situação para que as pessoas falem e elas troquem entre si, do que eu ficar falando. (S7)

- Acho muito interessante porque não existe a pessoa que comanda. Tem a pessoa que direciona, mas não quer dizer que o que ela fala é o certo ... (S2)

-...as orientações elas têm que existir, mas eu acho que ainda falta uma certa composição mesmo. Com o que a gente entende enquanto saúde, boa saúde, enfim, o que é saudável, mas também com as experiências das pessoas. (S7)

- Eu tenho muito mais vontade hoje de quando eu penso num trabalho de fazer um grupo muito mais desconstruído e que eu não seja a dona do saber, mas que as pessoas elas possam vir compondo. Que era o movimento que a gente fazia na faculdade, porque eu acho isso muito mais rico. (S9)

-... uma coisa importante num grupo é um pouco o revezamento e o deslocamento de papéis das pessoas que participam.

...

...tem um centramento no profissional de saúde, como quem detém o saber, às vezes, e as pessoas que estão, vão ouvir, ou vão absorver, aquelas orientações.

E na realidade a experiência todo mundo tem. (S7)

A importância dada ao papel do condutor está intrinsecamente ligada a outro ponto em relação ao formato dos grupos, a posição dos participantes. Foi apontado por parte dos participantes da pesquisa a importância da participação ativa das pessoas e a troca de experiências:

- E eu acho que o legal de você fazer uma atividade em grupo é justamente a troca com as outras pessoas, a troca de experiências. (S3)

- Eu acho que grupo é um local de encontro de pessoas que tem como potencialidade a troca, além da troca. (S2)

-...dá para aprender com a experiência do outro, até a se cuidar melhor, até ter saúde, a partir da experiência que o munícipe, o usuário tem. (S7)

E para se alcançar essa participação ativa, o condutor do grupo tem um papel muito importante, porque quando o usuário se vê obrigado a participar da ação e seu papel é apenas de ouvinte das informações passadas, isso gera um desinteresse. Porém, quando é favorecido que as pessoas falem, contribuam com suas vivências e experiências sobre o que está sendo abordado no grupo, isso proporciona uma troca mais rica de informações, traz maior satisfação a todos e os resultados tendem a ser mais positivos.

Deste modo, a percepção da maioria dos participantes quanto ao seu papel na condução de uma ação grupal vai ao encontro do que nos aponta vários estudos da literatura, que o condutor de uma ação grupal é um facilitador da livre expressão, que proporciona condições para os participantes poderem falar de suas experiências no manejo de seu estado de saúde e junto com os demais participantes criar novas estratégias de cuidado, favorecendo a autonomia. Como apontado por Fernandes (2007), Santos et al. (2010) e Furlan (2012; 2015), o condutor proporciona aos participantes do grupo o desenvolvimento de suas potencialidades e a construção gradual dos seus percursos de cuidado, estabelecendo uma comunicação empática e uma escuta ativa, mantendo-se sempre atento e interessado nos processos do grupo, tendo uma postura acolhedora e tornando-se também participante, sem todavia, esquecer o seu papel.

Mas o trecho abaixo relata uma situação que acontece nos grupos de educação em saúde que faz interrogar como os profissionais têm considerado o saber do outro e lidado com as diferentes posições e colocações dos participantes, o que é importante se queremos qualificar as ações grupais:

Palestra sobre Diabetes. Venha aprender para fazer tudo ao contrário depois.⁵

- Eu não pensei em uma situação específica, mas em uma situação que se repete em vários grupos que eu já participei. Eu acho que isso tem muito a ver com a forma como o grupo é planejado, em como as pessoas são chamadas por grupo.

Eu participo muito de grupo de insulíndependentes. Gosto muito de fazer e os grupos que eu mais gosto de fazer. Porque é onde eu acho que o (...) tem muito a acrescentar. Gosto bastante é um assunto que me interessa.

E é engraçado porque assim, uma situação que sempre se repete nesse grupo é o paciente sabotador, a pessoa sabotadora. Então você está lá com um grupo de 20 pessoas e sempre tem um que está ali do teu lado e você fala: “Olha então, não é interessante comer muito açúcar”; “Não, eu como doce e tudo e tô aqui, tô super bem, não, não”. E sempre tem uma pessoa que está ali, praticamente em todo grupo.

⁵ Manchete produzida pelo participante conforme o proposto no primeiro encontro da pesquisa.

Com o tempo a gente vai aprendendo a lidar, a meio que tocando o grupo. No começo isso me desconcentra bastante, esses sabotadores. E com o tempo a gente vai aprendendo a ir lidando com essas pessoas.

Mas eu acho que isso tem muito a ver com a forma como o grupo é estruturado. É um grupo imposto, atrelado a entrega de insumo. Então a pessoa muitas vezes está ali obrigada. Ela não está aberta a escutar a informação que a gente está dando, e por isso, isso acontece.

A minha manchete: “Palestra...”, porque eles acham que é palestra, “Palestra sobre Diabetes. Venha aprender para fazer tudo ao contrário depois”. É isso que a gente vê. (S3)

Os profissionais das equipes NASF apresentam uma compreensão de como deveria ser um grupo de educação em saúde, com informação, mas com mais participação, com mais abertura para os participantes poderem se colocar, perguntar, trocar. Mas na realidade não é isso que predomina. Nestas circunstâncias o profissional deixa de aproveitar uma fala contestadora da norma para compreender melhor as razões que as sustentam e para poder conversar francamente sobre elas, por lidar com esta fala nos termos de uma disputa de poder. Assim, as equipes NASF ainda ofertam o: tome isso, não coma aquilo, mexa-se, não faça assim, prescrevendo aos participantes a forma como devem agir na condução de suas próprias vidas e na sua relação com sua condição clínica ou fase da vida. É em mudar esse formato de grupo que está o desafio e Paulo Freire, no Caderno de Educação Popular e Saúde (2007), nos premia com ótimos ensinamentos para trabalharmos com grupos na perspectiva da saúde:

A primeira implicação profunda e rigorosa que surge quando eu encaro que não estou só, é exatamente o direito e o dever que eu tenho de respeitar em ti o direito de você também dizer a sua palavra. Isso significa dizer, então, que eu preciso, também, saber ouvir. (p.35)

...falar a ti só se converte no falar contigo se eu te escuto. (p.35)

...falar com: eu só falo com na medida em que eu também escuto. Eu só escuto na medida em que eu respeito inclusive aquele que fala me contradizendo. (p.36)

...que ninguém sabe tudo, nem ninguém ignora tudo, o que equivale a dizer que não há, em termos humanos, sabedoria absoluta, nem ignorância absoluta. (p.39)

Muitos de nós vão às massas populares arrogantemente, elitistamente, para salvar a massa inculta, incompetente, inca paz... Isso é um absurdo! (p. 40)

5.4.2 O aprendizado horizontal e a formação de vínculos como efeitos qualitativos dos grupos

No momento deve haver uma pergunta no ar: e os outros tipos de grupos que as equipes NASF de Santos realizam? Porque até agora só falamos de alguns formatos de práticas grupais realizadas mais frequentemente nas USF apoiadas. Resolvemos deixá-los

para o final. São ações grupais cujo objetivo procura estar mais alinhado com as reais necessidades dos usuários e as fragilidades dos territórios apoiados.

Para os participantes da pesquisa as ações planejadas com objetivos que vão ao encontro das reais necessidades dos usuários e não somente cumprir metas são as que proporcionam uma melhor participação das pessoas e produzem efeitos significativos, como observamos nas falas a seguir:

- Não, fazer grupo pra cumprir meta, não né. Eu acho que tem que ter um propósito, um sentido. Até porque se não cai naquilo que a gente estava conversando no começo. As pessoas não vendo sentido porque que estão ali naquele grupo, né. É ruim pra quem está fazendo e ruim pra quem está participando. (S3)

- Acho que quando se consegue promover um espaço de troca, de conversa, de escuta, a coisa tende a se ampliar e assim pode ser produtivo pra todos realmente. (S1)

-...as cenas acho que na maioria quando você está no grupo, quando você faz uma proposta de interação, que as pessoas possam trocar entre si, acho que me vem lembranças boas, quando eu penso em grupo, grupalidade. (S7)

O momento de produção de dados trouxe relatos de ações grupais realizadas por algumas equipes NASF muito interessantes. Essas ações foram idealizadas a partir da percepção dos profissionais NASF de que se trabalhar no coletivo algumas questões de saúde e cuidado, que surgiam de forma isolada, mas em quantidade expressiva, poderia ser mais proveitoso, como aponta S2 sobre um grupo realizado em Monte Cabirão e S7 sobre um grupo realizado no Morro da Penha:

- Que nem esse grupo mesmo de Monte Cabirão, ele surgiu a partir de atendimentos individuais. Que eram muitos casos para psicóloga. E aí quando ela foi ver, a gente discutindo as questões, os atendimentos, a gente foi vendo que a gente tinha que fortalecer a mulher daquela família. Estava refletindo diretamente no comportamento da criança.

Então assim, esse grupo surgiu na nossa avaliação de 2018, planejamento para 2019. A gente falou assim, vamos pegar esses milhões de casos e vamos ver qual que é. E era isso, tem que trabalhar a mulher. (S2)

- Tem um que a gente faz uma tentativa de juntar pais e crianças pequenas, na verdade até uns 6/7 anos, e de proporcionar um momento de também viver coisas juntos através de atividades.

É tentar aproximar as famílias da unidade. Que é uma unidade que reclama da baixa adesão, tudo mais. Que os projetos lá não vingam, e que grupos não existem. Não dá, é uma certa negativa que a unidade coloca.

E aí a gente resolveu criar um espaço pra trabalhar as questões da infância mas no sentido de tentar entender a realidade das famílias e que questões atravessam.

Então, a gente percebeu que as situações das crianças que eram discutidas com a escola, com o CAPS IJ (Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil), com a Saúde Mental, eram situações em que tinham conflitos familiares gravíssimos ou situações de violência.

Então a gente colocou isso como um certo indicador para chamar as famílias. A gente identificou as famílias e a ideia é vincular. (S7)

Vale ressaltar que na fala acima de S7 ela aponta uma reclamação da USF sobre a baixa adesão dos munícipes às ações grupais, mas no relato abaixo de um dos encontros da ação grupal descrita acima, S4 fala do impacto da atividade grupal na comunidade, e sua visão de que a qualidade do que é ofertado importa mais do que a quantidade de participantes:

Clube da Convivência mais Projeto Leia Santos. Onde, quando? Venha adotar um livro.⁶

- Eu sou farmacêutica. Me identifiquei muito com o que a S1 falou. Não tenho vivência nenhuma de grupo. E o grupo que mais me marcou na verdade, os da farmácia pra mim vou dizer que, eu falava o que eu sabia então não era desconfortável. Mas aí eu comecei a trabalhar com TO, psicóloga... e aí comecei a me enfiar em outros tipos de grupos.

Eu sou referência da Penha, e entrei em parceria com a (...) em um grupo que se chama “Clube da Convivência”. Que a gente faz um trabalho com pais e filhos, que as crianças eram pacientes do CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) e foram matriciadas⁷. E a gente estava pensando em alguma coisa para eles. Parecido com aquele que vocês faziam lá em Caruara, grupo de famílias. Tentavam fazer.

Foi bem difícil de implementá-lo. Mas teve um, que eu não vou ficar contando a história toda, mas o marcante para mim foi um que a gente fez que a gente conseguiu fazer uma parceria com a Cultura.

A (...) tinha um contato lá, com o (...), e eles trouxeram aquele projeto “Leia Santos”. A gente também tinha no território uma munícipe que era bem engajada, e que ela já na casa dela ela juntava livros e ela fazia parte desse grupo. Ela fazia parte, e ela também tem porque estar no grupo.

E ela tem um conjunto de livros que ela emprestava os livros para as crianças dali. E ela queria pegar uma parte do território da Penha e torná-lo um ambiente de crianças. Então a gente falou “Ah, vamos juntar o projeto “Leia Santos””, que a gente já estava em contato com a Cultura, “e vamos juntar o “Clube da Convivência””, é já era uma maneira da gente abrir o Clube, não só para os pacientes do CAPS I, vamos ver o que dá. Até aí estava bem gordinho o grupo.

E aí nesse dia a gente encontrou uma família que, quer dizer, as crianças apareceram lá, mas as crianças estavam com fome, juntaram várias coisas. Apareceram, tinham várias coisas diferentes.

Tinha o pessoal da Cultura que estava ali meio obrigado, não conheciam o território, estavam com o medo, “Ah, onde vai subir?”, “Tem polícia, não tem polícia”. E bem nesse dia teve polícia. Mas eles não viram a polícia.

Depois apareceu essa família que também foi bem impactante. As crianças sem comer. E eles também ficaram muito impactados ao mesmo tempo em um cenário as crianças ali lendo e como se estivessem comendo, se alimentando.

Então pra mim foi bem, muito impactante. A diferença que a gente faz. Eu pelo menos quando comecei a fazer grupo eu pensava em quantidade. “Pô, não vem ninguém né”, “Ah, ninguém se interessa”, “As pessoas estão aqui...”, “A gente está aqui pra quê?”. Mas eu comecei a perceber que isso não importa, na verdade o que importa é o qualitativo.

Nesse dia muitas pessoas passaram, tivemos vários casos no mesmo dia. Mas a diferença que a gente fez ali naquele dia, depois no próximo, encontro seguinte do Clube, veio muita gente. Veio todas as famílias que tinham aparecido

⁶ Manchete produzida pelo participante conforme o proposto no primeiro encontro da pesquisa.

⁷ Crianças que são atendidas pelo CAPS I e pela USF, num processo de construção compartilhada do cuidado.

nos outros. Elas se juntaram todas no próximo. Porque chamou atenção. Então, pra mim, esse foi o mais marcante.

“Clube da Convivência mais projeto Leia Santos. Onde, quando?” – copiei o da S7 – “Venha adotar um livro”.

O relato traz um encontro a princípio tumultuado mas que teve grande impacto em todos que participaram e que repercutiu de tal forma que participantes do grupo que não haviam comparecido no dia foram no encontro seguinte. Vemos também uma proposta de leitura inicial que esbarra em crianças com fome, ou seja, muito mais preocupadas em comer do que ler, e o impacto que a cena teve nos parceiros do encontro, pessoas que não tinham ideia da realidade do território. Assim, observamos a capacidade dos profissionais NASF de trabalhar com os imprevistos e tornar o encontro, mesmo que para as poucas pessoas que estavam presentes, em um momento de grande valia.

Essas ações grupais reúnem pessoas que têm necessidades de cuidado muito parecidas, passando por momentos da vida que se assemelham, e por isso esses profissionais do NASF acreditam que por meio dos encontros, das conversas e das trocas que esses grupos proporcionam, essas pessoas podem se fortalecer e construir novas formas de cuidar de si e da família. Assim, não se trata de grupos no qual o profissional de saúde é quem vai prescrever o que fazer para resolver as necessidades que os participantes têm, mas de grupos no qual todos irão compor maneiras de lidar com suas dificuldades. Esse aprendizado horizontal é destacado como uma das maiores potencialidades dos grupos, como apontam os relatos abaixo:

- E eu aprendi muito mais com eles do que eles comigo, com certeza. (S5)

-...lá na prática mesmo, eu acho que eu aprendo mais até com quem está participando, com os participantes. (S4)

-...não houve um grupo que me marcou, mas todos os grupos que são feitos de alguma forma marcam todos os seus participantes de formas diferentes. (S8)

Essa proposta de grupos realizada por algumas equipes NASF em Santos vai ao encontro do que nos aponta Furlan (2012), que o grupo não é somente uma estratégia para a educação em saúde, mas um espaço para que as pessoas possam falar de sua experiência de adoecimento ou de sua condição de vida e as formas que encontraram para agir no cotidiano, para que todos possam aprender, compartilhar, apoiarem-se e criarem novas formas para enfrentar situações semelhantes. Vemos o coletivo atuando nos efeitos terapêuticos, no aprendizado, no aumento nos graus de autocuidado e autonomia, na criação e no fortalecimento das redes sociais.

O relato de S2 sobre o grupo de Monte Cabrão, que já mencionamos acima, apresenta a potência dessa troca e aprendizado horizontal no fortalecimento das mulheres do bairro:

Grupo de mulheres transformam vidas em Monte Cabrão.⁸

- Eu acho assim, que pra mim é um momento de muita aprendizagem. Todo mundo aprende: quem conduz e quem participa, enfim, todo mundo participa. Eu acho que é uma coisa que se mistura. Acho muito interessante porque não existe a pessoa que comanda. Tem a pessoa que direciona, mas não quer dizer que o que ela fala é o certo, enfim acho que todo mundo aprende quando a gente faz grupo.

E eu acho que o mais interessante, eu acho que é um momento muito importante e me entristece muito quando alguns espaços vão sendo fechados pra isso. Porque não acreditam nesse potencial. Porque eu acho que um momento onde as pessoas se fortalecem muito, principalmente os usuários. Eles se identificam, eles criam vínculo entre eles, eles se fortalecem, eles trocam ideias. E às vezes a gente tá ali só para observar tudo isso e fala “Meu, que legal, que vale a pena fazer”.

E a manchete que eu coloquei é “Grupo de mulheres transformam vidas em Monte Cabrão”. Até o projeto é um grupo que a gente faz quinzenalmente em Monte Cabrão. A gente estava discutindo esse grupo antes de vocês chegarem, que a gente estava planejando o próximo.

Que para mim marcou bastante o começo desse grupo. Eu vou para Monte Cabrão há muitos anos, e eu sempre, a gente sempre se questionava aquelas mulheres lá em Monte Cabrão, extremamente apagadas, extremamente entristecidas, sem vida, e reclamando que nada tinha no território. A gente via elas bem submissas a tudo. Sem brilho, sem vontade e tal. E a gente topou começar esse grupo.

E para mim foi muito marcante, que eu participei bastante do início desse grupo, de ver hoje como elas já estão completamente transformadas desde o primeiro grupo que a gente fez.

Então a gente faz processo de reflexão do que é ser mulher, do que é ser mulher em Monte Cabrão. Do que é ser mulher na própria casa.

E para mim é muito claro, eu sempre digo isso, eu sempre vou dizer, as fotos que a gente tira, a diferença da primeira foto, do primeiro encontro, e hoje, como elas se colocam nas fotos, como elas sorriem, como elas se vestem diferente, sabe? No primeiro encontro é uma foto todo mundo bem entristecida, sem sorriso. Vestido preto, azul marinho, cinza. Hoje elas já vão mais coloridas, elas já sorriem, elas já se identificam. Elas já reconhecem a gente. Quando a gente chega elas já perguntam o próximo.

E assim, transformam vidas não só delas, mas nossas também. Nós principalmente enquanto mulheres, como a gente pode apoiar outras mulheres. Pelo nosso trabalho principalmente.

Então é um dos grupos que eu falo, pra mim, que o nosso NASF mais está fazendo diferença mesmo. Transformando vidas mesmo num lugar tão esquecido, tão cheio de nada para fazer. E que a gente está conseguindo propor algumas coisas bem interessantes lá. É um grupo que está ativo e está bem bacana, e transformando vidas. Eu acho que delas e nossas também. Enquanto NASF, enquanto profissionais.

A descrição de S2 das mudanças ocorridas nas mulheres do bairro participantes do grupo é muito emocionante. O registro fotográfico das alterações de fisionomias e roupas é algo muito interessante porque permite a possibilidade de as próprias participantes visualizarem como eram no início do grupo, e como estão mudadas após os encontros com

⁸ Manchete produzida pelo participante conforme o proposto no primeiro encontro da pesquisa.

outras mulheres do bairro, como também com as mulheres profissionais da equipe NASF, o quanto aquele espaço lhes fortaleceu para mudarem suas vidas.

Para os profissionais das equipes NASF de Santos, participantes da pesquisa, o que proporciona esse fortalecimento e confiança entre os participantes do grupo é o que pensam ser o resultado mais significativo das atividades grupais que realizam: a formação de vínculos entre os participantes, como vemos nas falas abaixo:

-...eu acho que um momento onde as pessoas se fortalecem muito, principalmente os usuários. Eles se identificam, eles criam vínculo entre eles, eles se fortalecem, eles trocam ideias. (S2)

-...a partir do grupo, e da confiança no grupo, e da identificação com algumas pessoas, que eu acho que no grupo acontecem encontros. (S7)

A força desse vínculo, confiança e afetos que um grupo pode gerar é o que proporciona que um participante se sinta tão seguro naquele espaço que se permita expressar suas emoções, como vemos no relato de S2 de um dos encontros do grupo de mulheres de Monte Cabirão. Para melhor contextualizar o momento do encontro, mantemos a interação entre S7 e S2 que ocorreu no 3º encontro da pesquisa que produziu o relato:

A vida faz sentido quando é uma vida compartilhada.⁹

- É um grupo de mulheres, que foi mais ou menos no início que aconteceu, num dia chuvoso, é...já vou inserindo os comentários. Nossa, num dia chuvoso as pessoas irem já acho uma...é um desejo assim. Acho que isso já aponta uma coisa.

E aí essa mulher foi ao grupo, e a ideia era colocar vivências, e pensamentos, e sentimentos numa cabeça de uma boneca. E ela se emocionou muito por estar no grupo e poder compartilhar, colocar uns sentimentos. (S7)

- Queria também colocar, florear um pouco a história. O porque que eu trouxe. Essa usuária ela, é lá em Monte Cabirão, ... Ela vendia banana, ali na Rio Santos, ela foi atropelada, enquanto ela estava vendendo banana. É por isso que ela amputou a perna e por isso que ela virou cadeirante.

E a gente, eu já estava no território quando isso aconteceu, foi bem antes do NASF, e eu acompanhei bem de perto essa transição. Era uma pessoa extremamente entristecida pela situação de estar em uma cadeira de rodas, de que era o sustento da família dela, e agora ela não podia fazer mais. E eu junto com a (...) a gente atendeu ela muito de perto. Muito, muito, muito. A gente ficou muito próximo dela.

E aí pelas coisas da vida eu saí de licença. Eu peguei dois anos, fiquei fora. E no dia que eu cheguei pro grupo a (...) estava lá. E ela ficou tão feliz de ter me visto, que ela só de me ver começou a chorar. Ela é extremamente tímida. A gente não conseguia tirar nada dela, nada. A gente ia na casa dela ela só chorava, ela só chorava, só chorava, só chorava. A gente bem aos pouquinhos a gente começou a tirar algumas coisas dela. E aí quando ela me viu na unidade ela já se emocionou, eu também. A gente se abraçou, e foi muito, muito intenso.

⁹ Frase retirada das colocações de S7 sobre o encontro.

E aí, esse grupo ele tem um fundo terapêutico, mas pra trabalhar as questões das mulheres, por conta do território, que é um território bem machista, extremamente violento.

E a gente propôs, a gente fez um estandarte, só com a cabeça de uma mulher, e pelo artesanato, elas fazem fuxico nesses encontros, e aí a gente teve a ideia dos fuxicos serem os pensamentos. Elas colocavam os fuxicos na cabeça, “O que que aquela mulher está sentindo?”, sempre se referindo à boneca, mas óbvio que tinha pro pessoal poder se colocar.

E a (...) nesse momento ela falou assim: “Ah, eu não consigo chegar até aí. Minha cadeira não passa”. Aí quando iam levar o estandarte para ela eu falei assim: “Não, pera aí. Você vai chegar até o estandarte. O estandarte não vai até você”.

Monte Cabrão é aquela loucura né (...). Mesa encima de cadeira, chovia, caía, pingava na nossa cabeça. Porque não existe um local adequado. A gente faz os grupos num espaço totalmente improvisado, enfim. Aí a gente meio que na hora arrumou ali, ela foi com a cadeira de rodas dela até o estandarte, colocou... Meu, e ela chorava, chorava, ela tremia, ela chorava.

Então assim, foi extremamente emocionante, por eu conhecer a história dela, de perceber que ela uma pessoa extremamente tímida e ela foi naquele momento colocou o negócio e conseguiu falar sobre ela. Então foi muito significativo. Foi muito bacana por todo o contexto. E por quanto o espaço proporcionou isso pra ela que eu sei que fez muita diferença ali.

Então, e desde então eu não tinha contato. No dia que eu cheguei, ela estava lá, eu fiquei tão feliz, eu fiquei tão feliz. Porque ela mora assim, ela mora, tem a Rio Santos, ela mora do lado de cá, tipo beirando o morro. A unidade do lado de cá. O acesso pra casa dela, se chover é lama. E aí aquele contexto todo. Alguém precisa levar, pra empurrar a cadeira de rodas. E estava chovendo e alguém levou. Sabe ela foi, ela chegou. Então quando eu olhei eu falei: “(...) eu não acredito. Que legal”. Nossa, foi muito bacana nosso reencontro. Fazia muito tempo que eu não a via. (S2)

Destacamos do relato acima a importância do manejo de adaptar o espaço do grupo para viabilizar a ação da participante, ao invés dela ter que se conformar, e com isso o quanto ela vai se sentindo acolhida pelo grupo e a confiança que o espaço produz, como observamos nas colocações de S7 sobre o encontro:

- Eu coloquei que a cena achei muito bonita, primeiramente. E que eu acho que pra mim também o espaço [...]. Tem que ser um espaço de confiança, porque se uma pessoa chora no grupo acho que ela está confiando, está aberta.

E acho que também, acho que tem uma frase que é: “A vida faz sentido quando é uma vida compartilhada”.

Então, acho que poder colocar aquilo que sente é poder viver junto com as pessoas também. E ter acesso às experiências. E que bom que ela pode se deslocar até esse espaço. Que eu acho que tem duas coisas, que ela usa cadeira de rodas também.

Então, assim, imagina o quanto ela mobilizou pra estar nesse espaço. O quanto essa abertura e essa presença, esse acesso a essa experiência foi importante para ela.

Segundo Furlan e Campos (2010) e Furlan (2015) a grupalidade acontece com mais facilidade quando há a formação de vínculo. Quando há vínculo em um grupo podemos compreender um pouco de cada participante, o modo como ele se relaciona e como se liga às pessoas e aos objetos no mundo, sua história. A partir das vivências de acolhimento das

histórias de vida no grupo, os participantes identificam-se e formam rede social e de suporte para o cotidiano, para o além do espaço grupal. Isso porque há um processo de ressonância em uma atividade grupal: o que é dito ou expresso ressoa de alguma forma em cada um; toca, afeta. São os afetos que trazem ao grupo o sentimento de grupalidade e a representação interna desse espaço.

O relato de um grupo para adolescentes conduzido por S7 junto com uma residente de educação física do Programa de Residência Multiprofissional da prefeitura, vinculada ao NASF de S7, e uma ACS da USF apoiada, apresenta as potencialidades de um grupo e nos traz um significado marcante para as práticas grupais na saúde:

Lugar de viver coisas junto.¹⁰

- Porque é um grupo meio doido assim. A ideia é dos adolescentes se encontrarem no território [Morros]. Até porque não tem muito esse vínculo com a unidade. Tem uma cara super de saúde, e tal. Na verdade, não foi tanto uma preocupação dos adolescentes não irem às consultas, nem nada disso. Foi mais uma ideia de aproximação. A gente faz atividades com eles. No geral a questão da fala tem sido mais difícil.

Eram meninas, três ou quatro meninas, e aí elas saíram, agora são só meninos.

A gente também não tem uma coisa de...a gente precisa se aproximar um pouco da realidade deles, eles gostam de jogos, games, essas coisas, e a gente precisa na verdade estar mais próximo disso. Mas, no geral, a gente tem desenvolvido atividades de expressão, desenho, conversa, filme.

E aí a gente está com essa ideia de deslocar mesmo, de trabalhar território como potência. Então a gente já foi em vários lugares. E um dos lugares é a Rádio Silva da Unifesp. Então tem sido muito legal, dá uma sensação muito boa. Porque acho que ver jovens se encontrando num espaço, eles arriscam, que é uma coisa pra mim inesperada, eu sou extremamente tímida. Até tenho dificuldades assim. E eles aos pouquinhos vão se arriscando a dizer coisas.

Tem um menino que eu acompanho, já acompanhei ele individualmente, ele estava...Mas é um menino que eu acompanhei que ele estava se cortando. Ele já passava na unidade. E eu achei que tinha uma questão de expressão, de não conseguir colocar o que sente, elaborar. Eu acho que esses outros canais ajudam muito. Então, a partir do grupo, e da confiança no grupo, e da identificação com algumas pessoas, que eu acho que no grupo acontecem encontros.

Ele encontrou com o estagiário, que eu acho que no grupo você abre também as possibilidades, não é só centrado em você. Então coisas podem acontecer. Ele encontrou o estagiário de TO, que participava do grupo, e começou a confiar em contar coisas pra ele. E isso foi muito potente.

E ele hoje é uma figura que sempre vai, esse menino, melhorou muito. E ele é bem quieto. Aí um dia ele participou da rádio, e aí um dia uma das meninas que estava indo falou: "Ah, mas eu conheço ele. Ele não consegue falar. Ele não fala. Não sei o que... Não fala muito". Aí eu falei: "Ah, você conheceu outra pessoa. Porque essa pessoa que eu conheci falou bastante na rádio, contou, e tal". E aí no encontro seguinte ele passou a fazer uma coisa de locução.

Porque eu fiquei sabendo hoje, na verdade por isso que eu coloquei, foi uma memória mais recente que me mobilizou, que a ideia é fazer o encontro dos territórios. Então foi um moço do centro na rádio, e o sonho dele é ser locutor. E aí o sonho desse menino também é algo parecido. E aí eles estão trocando mensagens.

¹⁰ Frase retirada do relato.

E aí eu acho super bacana quando isso também se estende além do grupo. De produzir uma coisa assim de encontro, quando amplia essas redes de contato. E esse caso em específico, é um menino que a (...) atende [profissional NASF da região do Centro], faz um atendimento mais de perto, e aí rolou esse encontro na rádio. E eu não sabia que eles estavam mantendo contato.

E esse menino especificamente que eu acompanhei, ele tinha uma série de relações, não são imaginárias, mas são somente virtuais. Então tem uma tendência mais ao isolamento, porque ele não se relaciona muito com as pessoas no dia a dia. E aí com o estagiário que apareceu no grupo, apareceu uma relação mais concreta, e agora com essa pessoa que está indo. É alguém que ele conheceu e que existe. Não é que as outras pessoas não existam, mas ele tem uma namorada virtual, sabe? Então isso vai, não que não possa ter, mais vai criando um certo isolamento que é difícil de acessar. Então agora está mais fluindo.

Eu acho também que é um lugar de viver coisas juntos. Acho que tento pensar um pouco nisso quando eu proponho alguma coisa. O que eu posso viver nesse espaço? Por exemplo, dos meninos, eles têm o grupo da escola, que é uma outra experiência. A rua, os meninos, alguns, ficam na rua com outros adolescentes. Mas eu tento pensar que esse espaço, pode ser um espaço diferente o que que eles podem viver juntos. Que experiências interessantes que podem somar na vivência deles.

Eu acho que é isso, encontrar coisas comuns também. Viver menos sozinho. Às vezes eu acho que tem coisas que você está passando e que a pessoa consegue verbalizar, e você fala: “putz, é isso que eu estou vivendo”.

Então acho que tem muito a ver com essa questão do encontro também. De poder estar junto e viver uma experiência junto. Mas eu acho que vale a pena. Essa experiência de tentar viver junto alguma coisa que seja significativa, que marque, que você consiga pensar, que você saia diferente. Acho que vale a pena.

A proposta dessa equipe NASF de criar um grupo para adolescentes é muito pertinente, pois oferta uma oportunidade de cuidado grupal pouco viabilizada nas USF para esse público. Os adolescentes não têm um vínculo forte com as unidades e com isso trabalhos com adolescentes nas USF praticamente não ocorrem. A maior procura de cuidado para eles está relacionada à saúde mental. A escola é um equipamento que traz uma demanda grande de alunos que ela identifica precisarem de alguma ajuda. Todavia, as intervenções são sempre pensadas de forma individualizada, atendendo cada caso isoladamente. Quando ocorre alguma ação grupal, ela geralmente ocorre no próprio ambiente escolar, com objetivo de educação em saúde e em formato de palestra.

Mas o grupo descrito acima propõe algo diferente, viabiliza o deslocamento dos adolescentes pela cidade, oportunizando conhecer outros locais e realidades de vida do município; o encontro com pessoas para além dos participantes do grupo; e principalmente o vivenciar experiências diferentes para comporem com as que já possuem em suas vidas. Tudo isso vivido por eles conjuntamente, construindo a identidade do grupo junto, e, acima de tudo vivendo menos sozinho. Porque como coloca Antônio Lancetti (1996), psicólogo argentino que adotou a prática de grupos em sua vida profissional, em uma entrevista ao Jornal do Conselho Regional de Psicologia: “Há, no entanto, um ponto fundamental: duvido de

qualquer experiência que não tenha trabalho coletivo, grupos. A pulsão de vida está no coletivo” (p.4).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reunir profissionais de cinco equipes NASF de Santos, de diferentes profissões, para conversar sobre práticas grupais foi muito interessante. A oportunidade de ter um espaço para poder falar, ouvir e refletir, trouxe situações de trabalho compartilhadas pela maioria e também apresentou perspectivas novas sobre a atuação e relatos impactantes de ações em grupo.

Planejar e implementar as práticas grupais junto às eSF apoiadas pelo NASF mostrou-se uma tarefa difícil para os profissionais que atuam nesses núcleos, a começar pela forma como as equipes estão distribuídas no município. Apoiar USF que se encontram dentro da mesma área sanitária (Centro/Área Continental, Morros e Zona Noroeste), mas que ainda assim, ficam muito distantes, ou cujas localizações dificultam a troca de unidades, prejudica o apoio ofertado pelos profissionais e conseqüentemente a realização de grupos. Outro ponto é a quantidade de USF apoiadas, que varia entre três a quatro unidades por equipe NASF, o que exige que os profissionais tenham que se dividir entre as unidades para conseguir que haja pelo menos um profissional do NASF nas USF apoiadas. Um menor número de USF apoiadas por equipe NASF pode possibilitar a permanência dos profissionais por mais tempo em cada unidade, e facilitar a articulação junto às eSF na realização de ações grupais.

Os profissionais NASF atribuem à quantidade de ações que precisam realizar outra dificuldade para realizarem práticas grupais como gostariam. Há cadernos do Ministério da Saúde que trazem algumas ações que as equipes NASF podem realizar, que funcionam como um norteador, mas não estabelecem grau de importância entre elas ou mesmo a quantidade das mesmas, e nesse ponto se encerra uma questão: o quanto os profissionais estão atribuindo a devida relevância a algumas ações em comparação a outras. Não estamos falando aqui de somente falta de tempo pra realizar as inúmeras ações propostas aos NASF, mas de como os profissionais estão compondo suas “agendas”, dedicando mais tempo a algumas ações em detrimento de outras.

A prioridade dada pelos profissionais do NASF aos atendimentos individuais e compartilhados, visitas domiciliares e construção de Projetos Terapêuticos Singulares parece maior do que a oferta das atividades grupais. As próprias eSF parecem solicitar mais ações individuais do que as em grupo, muitas vezes em virtude dos casos complexos que aparecem nas unidades oriundos da vulnerabilidade dos territórios atendidos. Nesse sentido, o NASF

apenas responde às demandas das eSF, sem que ocorra uma articulação entre essas duas equipes sobre outras possibilidades de cuidado que podem ser ofertadas. Em virtude de muitas demandas individuais e semelhantes entre si, algumas equipes já iniciaram essa articulação e passaram a ofertar o cuidado a essas pessoas no coletivo. Todavia, isso precisa ser melhor trabalhado em todas as equipes NASF, porque essa quantidade de solicitações individualizadas também contribui para a falta de tempo que os profissionais tanto ressaltam.

Todos os integrantes das cinco equipes NASF descreveram dificuldades em planejar e realizar grupos com alguma eSF que apoiam, relatando que alguns gestores de unidades e profissionais das eSF desacreditam no potencial das práticas grupais. Nesse panorama, tais práticas são oferecidas apenas como complemento daquilo que, na visão desses profissionais, é tido como fundamental no cuidado, a saber: consultas, exames e medicação.

É interessante ressaltar também que, em alguns casos, o único motivo para algumas eSF promoverem algum tipo de trabalho em grupo é decorrente da necessidade de cumprir metas. No parágrafo acima, utilizamos o termo “complemento” porque esses “grupos metas” estão ligados aos programas de saúde, Hipertensão, gestante e aleitamento materno; assim, esses grupos não são realizados porque acredita-se no seu potencial de cuidado junto às pessoas atendidas, mas porque eles fazem parte das “metas” desses programas. Nesses casos, os profissionais do NASF afirmam que apenas cumprir “metas” não agrega significado às ações, nem para eles mesmos, nem para os participantes. Há que se promover a conversa entre equipe NASF, eSF e gestores afim de ajustar as discordâncias de concepções de grupos e os interesses dos envolvidos que permeiam a ação, e assim, começar a visualizar as ações grupais como algo que compõem o cuidado.

Quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais das equipes NASF para a implantação e acompanhamento das ações grupais, a maioria dos participantes da pesquisa relata que as reuniões de eSF e equipe NASF, que acreditam ser um espaço propício para essa articulação, não se apresenta favorável. Nas reuniões de eSF a prioridade da pauta são os informes gerais, alinhamento das ações da unidade, passagem e discussão de casos, não se reservando um tempo para planejar e avaliar as ações grupais. Quando é necessário planejar alguma ação grupal para acontecer na unidade, ou mesmo pensar estratégias para um próximo encontro de um grupo que já acontece, é reservado um tempo pequeno, quase ao término da reunião, no qual, na maioria das vezes, o planejamento se resume a escolher data, hora, tema e o(s) profissional(is) que irá(ão) conduzir a atividade. De modo geral, as reuniões de equipe

NASF seguem praticamente o mesmo modelo das eSF, com a maior parte do tempo dedicado à passagem e discussão de casos. Novamente vemos um planejamento do tempo, pelos profissionais das eSF e também dos NASF, que não contempla a discussão das práticas grupais. Na tentativa de solucionar esse problema, uma equipe NASF de Santos criou as Comissões de Grupo, formadas por profissionais das eSF e do NASF, que procuram garantir um espaço para pensar, planejar, acompanhar e avaliar as ações grupais que são realizadas nas USF que apoiam.

Dos achados da pesquisa chama atenção o fato da maioria das atividades grupais serem conduzidas apenas por profissionais do NASF, sozinhos ou com participação de outro colega de equipe. Das eSF, o profissional que mais participa dos grupos são os ACS, e quando há a participação de outro profissional da eSF, isso não costuma ocorrer em consonância com a equipe NASF. Isso não está de acordo com a lógica do trabalho NASF de apoio, já que os grupos passam a ser do NASF e não da USF apoiada. Os profissionais NASF precisam fomentar a aproximação dos profissionais das eSF das ações grupais que são desenvolvidas nas unidades a fim caracterizar o cuidado como uma oferta da unidade e também ampliar a garantia de continuidade da ação mesmo sem a presença do NASF.

Em relação às ações desenvolvidas pelas equipes NASF, há uma predominância de grupos voltados para educação em saúde, sendo que tais grupos estão relacionados, na sua maioria, aos “grupos metas”, anteriormente citados. Vale ressaltar aqui a forma como os profissionais NASF conduzem essas ações se utilizando da metodologia de passagem de informação, na qual os participantes têm pouca oportunidade de interação, sendo apenas ouvintes das “instruções” que lhes são dadas e de como devem proceder no cuidado de sua saúde-doença. Os participantes da pesquisa relatam descontentamento com essa estratégia e que gostariam de promover uma participação mais ativa das pessoas em tais ações. Apesar de se tratarem de grupos que estão atrelados ao cumprimento de metas, isso não quer dizer que os profissionais não possam ofertar um encontro diferenciado, com estratégias que subvertam a passagem de informação e que incentivem a participação ativa das pessoas, propiciando a livre expressão dos participantes, a troca e a construção do cuidado. Entretanto, na pesquisa, as tentativas dos profissionais para mudar esse formato de grupo se apresentaram modestas, mais uma vez atribuindo à falta de tempo para planejar o não investimento em outras estratégias para se conduzir um grupo.

Ressalto que os profissionais no decorrer da pesquisa demonstram acreditar no potencial de cuidado ofertado pelas práticas grupais, cuidado que vai além dos controles de

pressão arterial, glicemia, entre outros, mas também cuidado terapêutico, reforço dos laços sociais, maior comprometimento do paciente com sua saúde. Todavia, a questão da falta de tempo para se planejar, realizar, acompanhar e avaliar ações grupais, foi colocada em vários momentos da pesquisa pelos profissionais. Embora os profissionais aleguem que a quantidade de ações atribuídas a uma equipe NASF seja grande, cabe somente a eles administrarem suas agendas e reservarem espaços para pensar e realizar ações grupais com a mesma importância dada às outras formas de cuidado, e não somente 15 minutos no final de uma reunião ou 15 minutos antes do grupo começar.

Por fim, destacamos a realização de grupos, por algumas equipes NASF de Santos, que conseguem ir ao encontro das necessidades que os profissionais detectam nos territórios que apoiam. São grupos que priorizam o aprendizado horizontal e a construção do cuidado pelo coletivo, tendo como seu resultado mais significativo a criação de vínculo entre todos os participantes da ação. Os profissionais apresentam relatos muito tocantes, com encontros surpreendentes e suas falas demonstram o quanto para eles é gratificante realizar esse tipo de ação grupal, e como percebem a força transformadora e vivificante de certas formações coletivas.

Os encontros proporcionados pela pesquisa possibilitaram trocas e indicaram a potência do compartilhamento das experiências. Os participantes destacaram a importância de se garantir momentos de EP para viabilizar a troca e acesso de informações, a discussão e a construção de novas possibilidades de práticas grupais entre os profissionais das equipes NASF, como também com os profissionais das eSF apoiadas. Vale ressaltar que esses momentos de Educação Permanente existiram no início da implantação dos NASF no município, mas foram sendo esquecidos com o passar o tempo; retomá-los pode fortalecer os profissionais na realização das práticas grupais.

REFERÊNCIAS

ABDALA, C.A; **As representações sociais da promoção da saúde e suas articulações com as práticas profissionais na Estratégia da Saúde da Família**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde), Campus Baixada Santista - Universidade Federal de São Paulo; Santos.

ARCE, V.A.R.; TEIXEIRA, C.F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 228-240, set. 2017

A TRIBUNA. **Prefeitura deverá mudar o nome das policlínicas**. 17 nov. 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAREMBLITT, G. Ecletismo sim, banalidade não! **Jornal do Conselho Regional de Psicologia. 6ª Região**, São Paulo, maio/jun. 1997, ano 17, nº 105, Entrevista, p. 3-5.

BISPO JÚNIOR J.P.; MOREIRA D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2.ª edição, Brasília, 2006. 16 p. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/Grupo-de-Trabalho-Humanizac%CC%A7a%CC%83o-2006.pdf>>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.27, Série A, 2010. 152 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde, 2012. 114 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.39, 2014. 116 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

CAVALCANTE, R.B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.M.K.P. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método, **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CECCIM, R.B.; BRAVIN, F.P.; SANTOS, A.A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Revista lugar Comum – Estudos de Mídia, cultura e Democracia**, Rio de Janeiro, UFRJ, n. 28, pp. 159-180, maio/ago. 2009.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.701-709, out./dez. 1999.

Diário Oficial de Santos. **COMUNICADO RESOLUÇÃO Nº 007/2013 – CMSS**. 17 de maio de 2013. Disponível em: <https://diariooficial.santos.sp.gov.br/edicoes/leitura/mobile/2013-05-17/21>. Acesso em: 21 de Junho de 2020.

_____. **A modernização na Saúde com a Policlínicas**. Prefeitura Municipal de Santos. Cidade Saúde. jul. 93.

_____. **Prefeitura dá início ao “Programa de Saúde da Família”**. Prefeitura Municipal de Santos. 24 ago. 2000.

_____. **Unidade Básica de Saúde do Porto é entregue hoje**. Prefeitura Municipal de Santos. 20 dez. 2005.

FARIAS, D.N. et al. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, Jan./Abr. 2018.

FERNANDES, M.T. O. **Trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural**. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-8, mar./abr.2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>>. Acesso em: 31 de Out. de 2020.

FREIRE, P. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2007, p. 160. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

FRIEDRICH, T.L. et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.22, n.65, p.373-85, abr./jun. 2018.

FURLAN, P.G. **Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional**. 2012, 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

_____. O caso “Grupo Terapêutico”, os grupos de encontro e a clínica na Atenção Básica à Saúde. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Orgs.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**, São Paulo, Summus, 2015. p. 275-288.

FURLAN, P.G.; CAMPOS, G.W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS - Volume 2 - Atenção Básica**. Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2, Brasília, 2010, p. 256. p. 105-116. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/acervo/cadernos-humanizaus-volume-2-atenc%CC%A7a%CC%83o-basica/>>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

GALVANESE, A.T.C. et al. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.653-673, abr./jun. 2013.

HESS, R. Momento do diário e diário dos momentos. In: SOUZA, E.C.; ABRAHÃO, M. H. M. B. (Orgs.). **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si**, Porto Alegre, EDIPUCRS, p. 357, 2006. p. 89-103.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

LANCETTI, A. Do consultório particular à prática coletiva. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**. 6ª Região, São Paulo, jan./fev. 1996, ano 16, nº 97, Entrevista, p. 3-5.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n.20, p.281-98, jul./dez. 2006.

MELO, M.C.H.; CRUZ, G.C. RODA DE CONVERSA: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio, **Imagens da Educação**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

MENDES, R.; PEZZATO, L.M.; SACARDO, D.P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p.1737-1745, jun.2016.

MERHY, E.E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MEYER, D.E.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006.

MORAES, R. Análise de Conteúdo, **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NICOLAU, S.M. Grupos na atenção básica: enraizar-se em uma comunidade. In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. (Orgs.). **Grupos e terapia ocupacional: formação, pesquisa e ações**, São Paulo, Summus, 2015. p.264-274

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

REIS, M.A.S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SANTOS, L.M. et al. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 177-84, fev. 2010.

SANTOS, R.A.B.G.; FIGUEIREDO, L.R.U.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul./set. 2017.

SHIMIZU, H.E.; FRAGELLI, T.B.O. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.216 – 225, jun. 2016.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2539-2550, ago. 2010.

SILVEIRA, F.; CARVALHO, P.J.P. A experiência clínica grupal e o modelo psicanalítico [1]. **Percursos**, São Paulo, n. 44, ano XXIII, 240 p., jun. 2010. Disponível em: <http://revistapercursos.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=106&ori=edicao&id_edicao=44>. Acesso em: 21 de jun. de 2020.

TESSER, C.D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. Botucatu, v. 21, n. 62, p.565-578, jul./set./2017.

ZIMERMAN, D.E. Fundamentos Teóricos. In: ZIMERMAN, D.E; OSORIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 23-40.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução CNS N° 466 de 2012)

Projeto: OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP.

Este é um convite para você participar da minha pesquisa do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde – Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista intitulada de “OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP.”

A pesquisa objetiva investigar como os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santos planejam e implementam as Práticas Grupais junto às Equipes de Saúde Família que apoiam e a problemática envolvida nessas ações.

Serão realizados de três a cinco encontros em grupo (rodas de conversa) com profissionais de diferentes equipes Nasf do município de Santos, com duração em torno de 1h30m. A cada encontro alguns tópicos relacionados aos objetivos da pesquisa serão levantados para nortear as conversas entre os integrantes e possibilitar um aprofundamento na temática. Não será utilizado nenhum roteiro fechado, valorizando-se o livre discorrer dos pensamentos dos participantes. Você será convidado a compartilhar suas vivências e reflexões com o tema

O registro dos encontros será realizado por meio de gravações de áudio e de anotações da pesquisadora. As gravações serão feitas através de um Gravador de Voz Digital USB 8gb mp3. As gravações serão transferidas para um computador pessoal e salvas em pastas no referido computador para posteriormente serem transcritas. Não ocorrerá divulgação dos áudios. As gravações não serão compartilhadas em nenhuma rede ou nuvem, sendo as transcrições realizadas pela própria pesquisadora. Nas transcrições não haverá identificação dos participantes, sendo garantido o seu anonimato nos resultados e nas publicações. Após o término da pesquisa o material de áudio será destruído.

Também está previsto a observação participante em ações grupais indicadas pelos participantes.

Sua participação nessa pesquisa será importante para a produção de dados e reflexões que poderão contribuir para nortear a realização de ações grupais e para qualificar a produção de um cuidado continuado e longitudinal, mais próximo às necessidades da população, na perspectiva da integralidade.

Durante a execução da pesquisa, avaliamos que a probabilidade desta oferecer riscos à sua integridade física, psíquica e moral é mínimo. Eventualmente você poderá não se sentir confortável para expressar sua opinião durante as Rodas de Conversa ou trazer outros tipos de incômodos. Se isso ocorrer durante as Rodas de Conversa, você poderá no mesmo instante se abster de responder e inclusive interromper a sua participação no encontro a qualquer momento, sem que haja algum tipo de prejuízo à sua pessoa. Todavia, seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá, bem como aquelas obtidas nas situações de observação, não serão identificadas.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante os encontros ou nas observações.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para a qualquer momento retirar o consentimento e deixar de participar do estudo.

Também fica garantido, a qualquer momento, se for do seu interesse, ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo. Além disso, ser informado quando o estudo for finalizado e ter acesso aos principais resultados e conclusões obtidas.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr.(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a pesquisadora Juliana Camargo da Silva, que pode ser encontrada no endereço Rua Amador Bueno, 333 – 14º andar – sala 1403, CEP: 11013-113, Santos/SP, no telefone (13) 3213-5105 / (13) 3213-5104, e-mail: jujucamargo.jc@hotmail.com ou celular (13) 99119-7936. A orientadora da pesquisa é a Profª Drª Angela Aparecida Capozzolo, que pode ser encontrada na UNIFESP – Campus Baixada Santista, no Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, no endereço Rua Silva Jardim, 136, CEP: 11015-020, Santos/SP, no telefone (13) 3229-0207, e-mail: capozzolo.angela@gmail.com ou celular (11) 99950-0831.

Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, no endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, CEP: 04020-050, São Paulo/SP, nos telefones (11) 5571-1062 / (11) 5539-7162, e-mail é: CEP@unifesp.br. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.

O TCLE está sendo disponibilizado em 2 vias originais, você está recebendo uma via deste termo, assinada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. A outra via ficará com a pesquisadora.

Após ter sido suficientemente informado pelo pesquisador sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos, as garantias de confidencialidade e a possibilidade de esclarecimentos permanentes, eu

declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante

Eu, Juliana Camargo da Silva, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE B

RECORTES DA TABELA DE ANÁLISE DOS DADOS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO	NÚCLEOS DE SENTIDO	Frequência	TEMAS
FORMAÇÃO	Formação acadêmica (sem)	“...eu não aprendi a fazer grupo, trabalhar com grupo na faculdade. Na graduação não tinha absolutamente nada com relação a isso.” (S1)	A graduação não preparou para trabalhar com grupos. (1)	2	(1) O serviço como principal lugar de formação para o trabalho com grupos.
		“Eu sou farmacêutica. Me identifiquei muito com o que a (A) falou. Não tenho vivência nenhuma de grupo.” (S4)			
	Formação acadêmica (com)	“...na faculdade de graduação, Serviço Social. E a gente tinha entre as matérias Serviço Social de Grupo. Então grupo é uma coisa que eu sempre aprendi a olhar o que é que é trabalhar desde a graduação, então já há alguns anos. Depois estágio, e tal.” (S6)	A experiência ou o aprendizado do trabalho com grupos vem da graduação. (1)	2	
		“Acho que a experiência mais marcante quando vem a ideia de grupo, que eu penso assim, me remete a uma lembrança da formação em Terapia Ocupacional mesmo. (S7)			
	Aprendizagem em serviço	“...por conta da demanda e das necessidades, a gente foi precisando criar estratégias grupais para atender. Várias pessoas também não tinham lá tanta experiência. Uns um pouco mais de aproximação, outros menos, e assim a gente foi estudando junto, e criando estratégias.” (S1)	As demandas e necessidades da população favoreceram o uso de estratégias grupais. (1)		
		“Eu lembro que perturbava a coordenadora para ela me ajudar principalmente com elementos teóricos mesmo, pra me explicar um caminho pra seguir sobre sexualidade com eles.” (S5)	O aprendizado de trabalho com grupos ocorreu no cotidiano do trabalho por iniciativa dos próprios trabalhadores. (1)		

PLANEJAMENTO	Pra quem é o grupo?	<p>“E trouxe uma reflexão, assim como a gente faz grupo com nossas equipes a todo momento de: “Pra quem é efetivamente o grupo que foi feito?” (S8)</p> <p>“Mas talvez o que é entendido, um formato de grupo, por outros colegas, ou pela própria referência que temos no Ministério do que é um grupo, acaba afastando as pessoas que deveriam ser justamente, o “Pra quem é o grupo.” (S8)</p> <p>“Então é meio complicado, porque acaba sendo um grupo para a unidade, não um grupo pros municípes.” (S8)</p> <p>“...às vezes a gente fala que os grupos não acontecem, não dão certo, mas às vezes é por isso, porque a gente vai com uma coisa para entregar que não é aquilo que as pessoas precisam.” (S1)</p> <p>“Eu acho que o grupo tem que ter um significado. A pessoa tem que querer ir para se sentir bem no grupo, ter vontade de estar ali.” (S3)</p> <p>“Às vezes quando se discute mudar formato não é pensando se está sendo efetivo para o municípe. É pensando porque está dando algum problema na unidade.” (S3)</p>	<p>Às vezes os grupos são realizados para atender necessidades de programas pré-definidos, e não dos participantes. (3)</p>	6	(3) Diferentes perspectivas dos envolvidos (equipe Nasf, unidade de saúde, profissionais, usuários em seu contexto) no planejamento e realização de um grupo.
	Planejamento	<p>“Daí fico nessa vontade de como, como que eu faço, como que eu faço que um ambiente seja confortável o suficiente para as pessoas quererem se encontrar.” (S9)</p> <p>“...caça participante, quando acontece isso vc não quer que aconteça de novo. Mas aí tem que inventar alguma outra coisa para que não chegue nesse ponto.” (S4)</p>	<p>Uma questão do planejamento é como tornar o grupo interessante para as pessoas quererem se encontrar. (3)</p>	2	

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Precarização do trabalho	<p>“Acho que perpassa um pouco pela questão da precarização do trabalho. Porque embora o Nasf seja uma ferramenta extremamente inovadora, etc, até aonde não seria mais potente esses profissionais estarem na unidade com a equipe, será? Eu pego pensando nisso. Nós temos quinhentas unidades A gente está em quatro unidades sendo duas lá na área Continental, com 7 equipes, etc e tal. Se a gente pegasse uma unidade com 4 equipes dentro e tivesse um Nasf ali, será que a gente não iria ser mais potente? Eu fico me pegando nisso. Até por onde também isso não perpassa de uma discussão da precarização desses especialistas que a gente já percebeu que é super fundamental na Atenção Básica, mas tiver por dentro mesmo. Não costurando, que a gente é equipe, não é. Aquela discussão toda de sempre.” (S5)</p> <p>“É se a gente está falando do nosso papel só enquanto Nasf. Fora todos os outros que a gente tem.” (S2)</p> <p>“Se eu pegar o teu exemplo, se vc me permite pegar o teu exemplo, quem deveria estar acompanhando, acolhendo, fazendo com essa velinha que está precisando desse acolhimento, é o CRAS, é o CREAS. O Nasf às vezes acaba na verdade fazendo o papel das especialidades e não deveria. E eu acho que é aí que a gente perde um pouco de potência, possibilidade de atuar em outros campos.” (S8)</p> <p>“A gente acaba assumindo muito a clínica. Todos nós. E isso acaba na verdade preenchendo boa parte da nossa agenda em detrimento de uma discussão da precarização do trabalho de porque as ferramentas das unidades não funcionam como deveriam também?” (S8)</p>	Os profissionais do Nasf realizam várias funções que não seriam próprias. (6)	4	(6) Descrédito e desinvestimento em ações grupais.
-------------------------	--------------------------	--	---	---	--

<p>CONCEPÇÕES DE GRUPO</p>	<p>Tipos de grupos</p>	<p>“...a questão da Terapia Comunitária. E aí era alguma coisa muito fora de tudo que eu já tinha aprendido a fazer. Que era uma coisa de começar e terminar o grupo em um dia.” (S1)</p> <p>“...grupo que se chama “Clube da Convivência”. Que a gente faz um trabalho com pais e filhos, que as crianças eram pacientes do CAPS I e foram matriciadas. E a gente estava pensando em alguma coisa para eles. ...grupo de famílias.” (S4) (S13)</p> <p>“A gente caiu na ficha hoje que a gente faz grupos diferentes com temas diferentes, falando a mesma coisa. No final o pano de fundo é a mesma coisa.” (S9)</p> <p>“...na verdade não sei se dá para chamar de grupo em uma Sala de Espera. É uma palestra. Que vc está ali falando. As pessoas pouco vão interagir e participar. Pq não tem nem um ambiente para isso.” (S3) (S9)</p> <p>“-Grupo pós consulta dá certo?” “- É pela experiência que a gente vê, eles também ficam agoniados. Tanto na pré consulta, pq a médica começa a chamar durante o grupo, ... mas será que não vai passar na minha frente, será que não sei o que. E saiu da sala perdeu ... Saiu, eles vão passar em consulta e vão embora. Às vezes, eles “A gente volta”. Alguns voltam, mas esquece. Pq é meio que rotina, saiu do médico vai pra casa. Não tem muito mais o que fazer ali na unidade.” (S2)</p> <p>“A gente acho que discute mais do único grupo que tem um caráter terapêutico, que é o Grupo de Monte Cabirão. Que daí tem referências do Nasf, que estão quase sempre lá, praticamente, para tentar manter essa linha. Que acontece mais espaçado, então dá um pouco mais tempo, um respiro.” (S9)</p>	<p>Há grande diversidade de objetivos, técnicas, condições de realização e envolvimento dos participantes nos grupos realizados. (7)</p>	<p>13</p>	<p>(7) Diversidade de objetivos e formatos relativa à posição dos participantes.</p>
-----------------------------------	------------------------	---	--	-----------	--

ANEXO 1

MANCHETES PRODUZIDAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

CANSADO DE OLHAR PARA
SUA HISTÓRIA E SEMPRE VER
A MESMA COISA?
COMPAREÇA A OFICINA DE
"CORPO, ESCUTA E ESCUTA"
E CRIE NOVOS OLHARES

P/ SUA HISTÓRIA

"Coisas que a graduação
de Psicologia não ~~me~~
ensinou"

"O medo do novo"

VOCÊ
ESTÁ SE SENTINDO SOZINHO?
SEM PERTENCIMENTO NO
MUNDO?
ANESTESIAMENTO DO CORPO?
ESGOTADO E CANSADO DESSA
SOCIEDADE CAPITALISTA?
VENHA A ESTE COLETIVO!
PARA VOLTAR A ENCONTRAR
GENTE! PARA ENCONTRAR DIFEREN-
TES JEITOS DE ENCONTRAR
PESSOAS. PARA PODER VOLTAR
AO CORPO, DEIXAR DE SER
MÁQUINA-REBANHO-FABRIL-ACRÍTICA.
VENHA RE-EXISTIR
COLETIVAMENTE!


CLUBE
DA
CONVIVÊNCIA
+
PROJETO LEIASANTOS

ONDE? LOMBA DA PENHA
QUANDO? 20/06/19
VENHA ADOPTAR UM LIVRO!

UNIVERS.
"ESTUDANTES DESENVOLVEM
AÇÃO NA ESCOLA X"
- As crianças RELATARAM DESCONHECER
O PROPOSITO DA ATIVIDADE

... UNIVER...
... PROFUNDO
... POUQUÍSSIMO

... UNIVERSO.
... SÓCUL
...
PERO: "ME SENTI MAL!"



PALESTRA SOBRE
DIABETES: VENHA
APRENDER // FAZER
TUDO AO CONTRÁRIO
DEPOIS.

GRUPO DE MULHERES TRANSFORMAM
VIDAS EM MONTE CASRÃO.

ANEXO 2

ANOTAÇÕES PRODUZIDAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

PARTICIPANTE
Falta de planejamento anterior

- Grupo de sala de espera muito longo e muitas vezes sem poder para não participação do grupo

- nem sempre há espaço p/ compartilhar ideias

- nem sempre o tema é trazido de forma lúdica/através

O meu tumor influencia muito as regras acordadas sem vontade de dialogar, mas os grupos foi não programados sobre o grupo que eu sou

OBSERVADOR

- "fazer por fazer"
- Hierarquia e/ou verticalização / não há
- Desresponsabilidade na presença de outros

COMUM EM TODOS OS GRUPOS

- Ambiente not favorável
- Falta de planejamento

Dar grupo sozinho ou com quem não auxilia no diálogo

- ter que cacar participante
- fazer grupo p/ pensar nos interesses

Sau da zona de conforto

GRUPOS ONDE O CONDUZIR SE DÁ COMO CENTRO DAS ATENÇÕES (POUQUÍSSIMO IMPORTANDO COM OS PARTICIPANTES)

EX: RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA

GRUPOS MUITO GRANDES, COM POUCA POSSIBILIDADE DE FORMAÇÃO DE VINCULOS E/OU EXPRESSÃO DESNECESSÁRIA DOS PARTICIPANTES

EX: DINÂMICAS DE GRUPO DO DEAB

Dar / fazer grupo com quem não acredita na presença coletiva

GRUPO COM FORMATO POUCO INTERATIVO, COM TEMPOS DE FALA POUCO DEFINIDOS OU DEMAIS RIGIDOS

EX: GRUPOS DE APOIO

Uso de DISTURBOS AO INVÉS DE UMA TEMÁTICA FIXA

EX: GRUPO DE JOVENS/ESCOLA

As construções que o grupo faz são com o tema proposto. E ver como as pessoas param a se relacionar diferente na sala de espera

- não sei se os grupos poderiam de estar com participantes de outras escolas. Ou seja, relatos dos usuários ou que o grupo é muito importante na vida deles.

participantes interessados

possibilidade de mudar a perspectiva de vida do participante

CONDUZIR

- Domínio do assunto / zona de conforto
- Paucidade / confiança

AMBIENTE AQUELHOR E COERENTE COM A PROPOSTA DO GRUPO

EX: GRUPO DE APOIO

PARTICIPANTE

Identificação com o tema e com os participantes

Fazer o grupo com um co-coordenador, que compartilhe o papel de quem o diálogo

Sau da zona de conforto

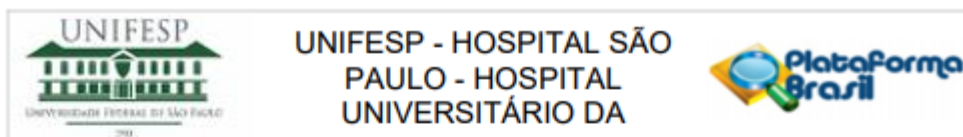
COMUM EM TODOS OS GRUPOS

- linguagem acessível / fácil compreensão p/ todos

INTERESSE REALMENTE GENUÍNO NOS PARTICIPANTES E NO SEU HISTÓRICO E VIVÊNCIAS

EX: "VIVA LEVE"

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PRÁTICAS GRUPAIS. UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP

Pesquisador: JULIANA CAMARGO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12644519.8.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.409.064

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0477/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de Juliana Camargo da Silva.

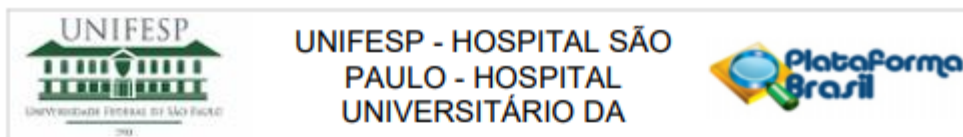
Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Angela Aparecida Capozzolo

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, Instituto de Saúde e Sociedade, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (postado em 25/04/2019).

APRESENTAÇÃO: Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2012). Entre as várias ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF estão as Práticas Grupais, que são importantes para possibilitar uma atenção integral. Este projeto tem como propósito investigar como os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santos planejam e implementam Práticas Grupais junto às Equipes de Saúde Família que apoiam. O tipo de pesquisa será exploratória e terá uma abordagem qualitativa. Espera-se ao final aprofundar o conhecimento sobre a problemática envolvida nas ações grupais bem como contribuir para

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.064

qualificar essas ações realizadas pelas equipes NASF em conjunto com as equipes das unidades de Saúde da Família que apoiam.

HIPÓTESE: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família se deparam com desafios no planejamento e implantação de ações grupais para um atendimento integral com base nas demandas apresentadas pelos territórios apoiados, e para qualificar o acompanhamento longitudinal e as práticas interprofissionais e colaborativas de NASF e equipes de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar como os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santos planejam e implementam as Práticas Grupais junto às Equipes de Saúde Família que apoiam.

Objetivo Secundário:

- Conhecer as ações grupais desenvolvidas pelas equipes NASF.
- Identificar quais as estratégias utilizadas pelos profissionais das equipes NASF para a implantação e acompanhamento das ações grupais.
- Analisar as facilidades e dificuldades das equipes NASF na realização das Práticas Grupais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Riscos: Durante a execução da pesquisa, avaliamos que a probabilidade desta oferecer riscos à integridade física, psíquica e moral dos participantes é mínimo.

Benefícios: Propiciar um espaço de reflexão da práxis e de troca de experiências com o intuito de construir um caminho norteador para a realização de ações grupais como meio para produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com abordagem qualitativa.

LOCAL: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de Santos/SP.

PARTICIPANTES: 10 profissionais do NASF

Critério de Inclusão: 1) profissionais que atuam há mais de seis meses na mesma equipe NASF, a fim de garantir a existência de certo conhecimento acerca dos objetivos que se pretende analisar;

2) ao menos um representante de cada categoria profissional, a fim possibilitar explorar diferentes

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.020-050
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.064

percepções em relação ao tema, com base nas formações acadêmicas;

3) ao menos dois profissionais de cada NASF, a fim de incluir as diferenças de atuação nas equipes e territórios cobertos.

Critério de Exclusão: Profissionais do NASF que estão a menos de 6 meses na mesma equipe.

PROCEDIMENTOS: Os sujeitos que irão compor o estudo serão profissionais do NASF de nível superior das 5 (cinco) equipes da cidade de Santos que atuam nas regiões do Centro, Morros e Zona Noroeste.

- Com base no contexto da pesquisa a coleta dos dados ocorrerá através da técnica Roda de Conversa. A escolha da referida técnica ocorre por permitir conforme descreve Melo e Cruz (2014), que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permitir trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo.

- Serão realizados de três a cinco encontros com os participantes selecionados, com duração de 1h30m.

- O convite aos profissionais para participação na pesquisa ocorrerá em uma das reuniões mensais que os membros dos NASFs de Santos realizam, conforme previamente acordado com o coordenador responsável pelos núcleos. Na reunião será exposto o projeto, seus objetivos e a metodologia que será utilizada na coleta e análise dos dados.

- Inicialmente será dado as boas-vindas a todos, agradecendo-lhes pela participação.

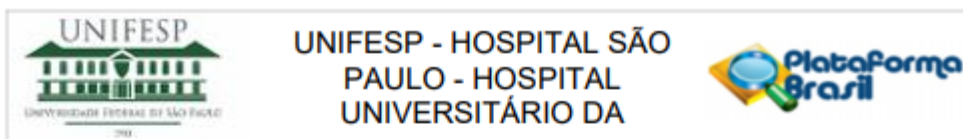
- Os participantes serão informados do objetivo da pesquisa, a proposta dos encontros, as ferramentas utilizadas para coleta dos dados e solicitado a sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Nos encontros serão levantados alguns tópicos, norteadores das conversas, com o intuito de manter o foco nos objetivos almejados pela pesquisa. Esses tópicos não terão caráter de perguntas, mas sim de sugestões, com o propósito de introduzir o assunto em pauta e impulsionar as discussões.

- Não será utilizado nenhum roteiro fechado, permitindo o livre discorrer dos pensamentos e proposições. O registro das interações acontecerá por meio de gravações de áudio e de anotações cursivas de tudo o que acontecerá nos encontros: falas, reações e impressões.

- As gravações serão posteriormente transcritas. Se necessário para uma melhor coleta de dados e análise do apurado, será realizado uma entrevista semiestruturada com o responsável pela coordenação dos NASFs do município e outros profissionais das equipes de Saúde da Família apoiadas.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.064

- Outro instrumento que também será utilizado para enriquecer os dados coletados durante as Rodas de Conversa será a observação participante de ações desenvolvidas pelos participantes da pesquisa em seus territórios. Serão escolhidos dois a três grupos para a observação. O almejado é analisar a interface do exposto pelos profissionais durante os encontros e suas práticas nos territórios assistidos.

- Será elaborado durante o transcorrer do estudo um Diário de Pesquisa, onde será registrado as situações vivenciadas e impressões da pesquisadora relevantes para a pesquisa. O diário é uma maneira de preservar a memória de suas descobertas, mas também de suas ideias, de suas reflexões do dia a dia. O diário é uma fonte para trabalhar a congruência entre teoria e prática.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

- a) Autorização para a realização da pesquisa (após análise dos órgãos competentes), emitida pela Prefeitura de Santos/Secretaria Municipal de Saúde (Outros; declaracao.pdf).
- b) TCLE para coordenação NASF (TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência; TCLE.pdf).
- c) TCLE para profissionais NASF (TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência; TCLE2.pdf).
- d) TCLE para observação participante das ações grupais realizadas pelos profissionais (TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência; TCLE3.pdf).

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3344431 de 23 de Maio de 2019. PROJETO APROVADO.

1) Consta na declaração emitida pela Prefeitura de Santos que a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão concorda com a realização da pesquisa

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04.020-050
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.064

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1325587.pdf	02/06/2019 11:46:52		Aceito
Outros	CARTA.docx	02/06/2019 11:44:42	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRO2.pdf	02/06/2019 11:43:01	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRO1.pdf	02/06/2019 11:42:14	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	02/06/2019 11:38:40	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	02/06/2019 11:38:26	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	02/06/2019 11:37:10	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	25/04/2019 14:57:55	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/04/2019 16:50:55	JULIANA CAMARGO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.409.064

SAO PAULO, 24 de Junho de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO 4



SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 25 de Março de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que o pesquisador **Profª Drª Angela Aparecida Capazzolo**, responsável pela aluna **Juliana Camargo da Silva**, realize a pesquisa intitulada **“Os núcleos de apoio à Saúde da Família e as práticas grupais: um estudo no município de Santos/SP”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Eduardo Carvalho de Souza
REG. 36.590-8
Vice-presidente da CAAPP-SMS