

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Anna Paula Soutto Mayor Soares Zica Moreira

**GRUPO DE FISIOTERAPIA REALIZADO PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES**

Belo Horizonte

2019

Anna Paula Soutto Mayor Soares Zica Moreira

**GRUPO DE FISIOTERAPIA REALIZADO PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Amanda Nathale Soares

Belo Horizonte

2019

M838g

Moreira, Anna Paula Soutto Mayor Soares Zica.

Grupo de fisioterapia realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família: experiências e reflexões. / Anna Paula Soutto Mayor Soares Zica Moreira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

43 p.

Orientador(a): Amanda Nathale Soares.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2. Fisioterapia. 3. Prática Grupal.
4. Atenção Primária à Saúde. 5. Promoção de Saúde. 6. Prevenção de Doenças.
7. Educação em Saúde. I. Soares, Amanda Nathale. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WB 460

RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) conduziram o profissional fisioterapeuta a superar a forma de trabalhar voltada para a recuperação e a reabilitação de lesões, sendo então exigida a atuação em equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, objetivando a prevenção de doenças, a promoção de saúde e a educação em saúde. Para tanto, o NASF, em parceria com a Estratégia Saúde da Família (ESF), utiliza-se de práticas grupais como recurso valioso no cuidado aos usuários da Atenção Básica (AB), visto que essa estratégia envolve os princípios e as diretrizes do SUS, favorecendo os processos de subjetivação e estabelecimento de vínculos comunitários, a autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi relatar minha experiência e produzir reflexões sobre a minha atuação como profissional do NASF no desenvolvimento de uma prática grupal na Unidade Básica de Saúde (UBS) Menino Jesus, em Belo Horizonte, Minas Gerais, problematizando as condições que envolvem sua construção e sua continuidade. O relato demonstra que o grupo propicia a construção de conhecimentos que não envolvem apenas a dimensão biológica, mas também a construção compartilhada de saberes, o diálogo, a participação ativa dos usuários, o fortalecimento de vínculos e a autonomia. Para que os profissionais de saúde possam executar as práticas grupais no NASF, no sentido descrito acima, é necessária maior conscientização do desafio de se buscar práticas realmente voltadas para a troca de saberes e para a construção diária das atividades junto à população, com vistas a valorização da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Fisioterapia. Prática grupal. Atenção Primária à saúde. Promoção de Saúde. Prevenção de Doenças. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The implementation of the Unified Health System (SUS) and, later, the creation of the Family Health Support Group (NASF), together with the expanded concept of health, led the physiotherapist to overcome the way of working, initially aimed at the search for recovery and rehabilitation of injuries to work in a multidisciplinary team and with an interdisciplinary approach, aiming at comprehensive care, so, disease prevention, health promotion and health education. Therefore NASF, in partnership with the Family Health Strategy (FHS), uses group practices as a valuable resource in the care of users of Primary Healthcare, as this strategy involves the principles and guidelines of SUS, favoring the processes of subjectivation and establishment of community connection, autonomy, participation and co-responsibility of users. In this sense, the objective of this study was to report my experience and produce reflections on my professional activity at NASF in the development of a group practice in the Basic Healthcare Unit (UBS) Menino Jesus, in Belo Horizonte, Minas Gerais, questioning the conditions that involve its construction and continuity. The report shows that the group conducted at the UBS therefore provides the construction of knowledge that does not only involve the biological dimension, but the shared construction of knowledge, through dialogue, the participation of users, the strengthening of connection and autonomy. For health professionals to perform group practices in the NASF, in the sense described above, it is necessary to raise awareness of the challenge of seeking practices that are really focused on the exchange of knowledge and the daily construction of activities with the population, with a view to appreciation of the integrality of care.

Keywords: Family Health Support Center. Physiotherapy. Group practice. Primary Health Care. Health Promotion. Prevention of diseases. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia da Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACE – Agente de Combate a Endemias

AB – Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO.....	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO: PISTAS PARA O TRABALHO COM GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA	11
4	METODOLOGIA.....	15
4.1	CARACTERÍSTICAS DA UBS MENINO JESUS.....	15
5	DESENHANDO A PRÁTICA GRUPAL: EXPERIÊNCIAS, PERSPECTIVAS E PLANEJAMENTO.....	17
5.1	APROXIMAÇÕES COM MINHA EXPERIÊNCIA PRÉVIA.....	17
5.2	PENSANDO A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO: INTERSEÇÕES COM O APOIO MATRICIAL.....	19
6	DESCRIÇÃO E REFLEXÕES SOBRE O GRUPO DE FISIOTERAPIA NO NASF	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Formei-me em Fisioterapia, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), em 2002. Logo em 2003, comecei a desenvolver minha atuação profissional em consultório particular, com enfoque nas áreas de Ortopedia (Reeducação Postural Global e Cadeias Musculares), Geriatria, Gerontologia e Linfologia (fisioterapia descongestiva complexa), com atendimentos individuais centrados na reabilitação de condições clínicas específicas. Minha experiência no consultório particular, que se estendeu até 2008, corroborava o caráter essencialmente curativo e reabilitador que marcou a origem da Fisioterapia. Isso porque, em decorrência das guerras e do alto índice de acidentes de trabalho, era necessário reinserir indivíduos lesionados no setor produtivo (BISPO JUNIOR, 2010) e o fisioterapeuta era visto como fundamental na reabilitação e no resgate de capacidades funcionais, ou seja, em uma atuação no nível secundário e terciário de atenção à saúde (YOSHINAGA *et al.*, 2017).

Em 2008, recebi a convocação para trabalhar na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), mais especificamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), recém criado pelo Ministério da Saúde para apoiar a consolidação da Atenção Básica (AB) no Brasil, com ampliação das ofertas de saúde na rede de serviços. Quando assumi o cargo, percebi a necessidade de resgatar os conhecimentos do campo da Saúde Pública que desenvolvi durante a graduação, relacionados, sobretudo, ao processo histórico e político do Sistema Único de Saúde (SUS) e às atividades da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Com a base que eu trouxe da graduação, iniciei o meu trabalho no NASF, primeiramente na regional Norte, em três unidades de saúde. Foi uma etapa profissional de grandes mudanças em relação à atuação clínica e novas reflexões surgiram sobre a abordagem e o papel do fisioterapeuta no campo da Saúde Pública. Entendi que meu caminho profissional, de algum modo, acompanhou os desafios impostos à fisioterapia com as mudanças no perfil epidemiológico e com as transformações no sistema de saúde brasileiro, com destaque para a implantação do SUS e do NASF (BISPO JUNIOR, 2010).

A nova lógica de organização dos serviços de saúde, proposta após a implantação do SUS, aponta que a fisioterapia precisa ser entendida como um

serviço essencial que atua também na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na educação em saúde (YOSHINAGA *et al.*, 2017). A inserção do fisioterapeuta na AB aumenta a resolutividade no SUS por meio de uma equipe apta para promover saúde integralmente (NEVES *et al.*, 2011).

Evidencia-se, assim, a necessidade de superação da reabilitação como único nível de atuação profissional e se apresenta o modelo da fisioterapia coletiva como instrumento para (re)orientação da atuação do fisioterapeuta na AB (BISPO JUNIOR, 2010). Passa a ser necessário compreender o SUS, os princípios que o regem e os seus modos de organização para abrir o horizonte do profissional e o levar a superar os limites do modelo médico-assistencial privatista, que tem como fundamento a ênfase na doença e no processo de cura.

Em sua atuação na AB, o fisioterapeuta deve trabalhar em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência. Para tanto, segue a lógica da territorialização, da adscrição da população e da responsabilização, inserindo a prática do cuidado continuado. Preferencialmente, o fisioterapeuta deve ter ações em âmbito coletivo com o envolvimento e a participação da população (BISPO JUNIOR, 2010).

Nessa direção, o NASF propõe uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, entre elas: psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, farmacêutico, assistente social. Trata-se, portanto, de uma equipe multidisciplinar, por meio da qual se propicia a ampliação do escopo de ações da AB. As competências do NASF são constituídas por oito domínios, a saber: organizar o cuidado, trabalhar de modo colaborativo, realizar o diagnóstico da comunidade, planejar as ações da comunidade, desenvolver ações intersetoriais, fortalecer as políticas públicas, desenvolver ações educativas com a equipe, atuar com as diferentes coletividades (SHIMIZU *et al.*, 2016). Nesse contexto, são atos profissionais do fisioterapeuta planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicas que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária (RESENDE *et al.*, 2009).

O NASF, em parceria com a ESF, utiliza-se de práticas grupais como importante recurso no cuidado aos usuários da AB. O trabalho com grupos é uma estratégia privilegiada que envolve um processo de subjetivação e estabelecimento de vínculos comunitários (RECCO *et al.*, 2016). Nesse sentido, o grupo não deve ser pensado apenas como forma de dar conta da demanda, mas como facilitador do

processo de socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos.

Os grupos de promoção e educação em saúde objetivam o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, cab n. 39, 2014). A ampliação da autonomia, entendida como ampliação das capacidades e possibilidades de escolha dos usuários, é categoria central e o critério definidor da atuação em promoção de saúde (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008). Nessa direção, o NASF busca, por meio das suas práticas grupais de promoção e educação em saúde, valorizar estratégias participativas caracterizadas pela construção compartilhada de saberes, pelo diálogo, pela participação dos usuários e pela construção de conhecimentos que não envolvam apenas a dimensão biológica (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008; MENDONÇA *et al.*, 2014).

Entretanto, é possível observar, no cotidiano das UBS e na literatura científica, que ainda há práticas não participativas que tendem a colocar o usuário em posição passiva e nas quais o profissional acredita-se detentor do conhecimento técnico-científico e dos modos de se viver e produzir saúde (MENDONÇA *et al.*, 2014). Muitas vezes, prevalece a realização de grupos que se reduzem a sessões informativas reiteradas e à prescrição de modos de ser e viver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, cab n. 39, 2014) e, também, a explicações voltadas apenas para o controle de doenças (PEREIRA *et al.*, 2014). Isso também é observado por Augusto (2011), em seu estudo cujo objetivo foi identificar as representações sociais dos usuários de grupos sobre saúde e a atuação do fisioterapeuta no processo saúde/doença e sua relação com os propósitos dos grupos, demonstrando que as práticas grupais ainda se direcionam em determinar o que fazer e como fazer, sem considerar as representações sociais dos participantes, caracterizando uma relação assimétrica entre profissional e usuário. Deste modo, uma relação em que há o profissional como detentor do conhecimento técnico e o usuário como aquele que precisa ser devidamente informado, priorizando-se, ainda, a adoção de novos comportamentos e a mudança do estilo de vida como base das ações educativas nos grupos. Além disso, nos grupos conduzidos pelo fisioterapeuta, em que a visão reabilitadora da Fisioterapia é privilegiada inicialmente pelos usuários, visão justificada de certa forma pela existência de uma grande demanda reprimida para fisioterapia, observa-se a dificuldade a princípio para o desenvolvimento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BARBOSA *et al.*, 2010).

Diante disso, faz-se necessário e importante problematizar e refletir sobre as condições que envolvem o desenvolvimento de práticas grupais no contexto da AB, especificamente na atuação do NASF, e a introdução do profissional fisioterapeuta nesse campo. É nesse cenário que relato a minha experiência no desenvolvimento de um grupo de Fisioterapia na UBS Menino Jesus, localizada na regional centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais. Portanto, este estudo tem por objetivo relatar minha experiência e produzir reflexões sobre a minha atuação como profissional do NASF no desenvolvimento de uma prática grupal.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência no desenvolvimento de um grupo de Fisioterapia na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus, em Belo Horizonte, Minas Gerais, problematizando as condições que o envolvem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: PISTAS PARA O TRABALHO COM GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA

No contexto da AB, os grupos podem contribuir para a construção e o aperfeiçoamento de ações que fortalecem um conceito ampliado de saúde, o qual contempla as dimensões biopsicossociais e rompe com a representação social da doença como fatalidade (SANTOS *et al.*, 2006). Nota-se, entretanto, que distintos autores têm mencionado que as práticas de saúde, incluindo os grupos, ainda são predominantemente centradas na assistência e que há uma carência de oferta de ações de promoção de saúde em um sentido mais amplo (ACIOLE *et al.*, 2013; BRIXNER *et al.*, 2017; SASAKI *et al.*, 2013).

Isso pode ser observado, mais detalhadamente, em um estudo realizado com o objetivo de compreender e discutir as ações de promoção de saúde, que mostrou que as formulações e as práticas referentes à promoção de saúde estão ligadas ao seu conceito mais restrito, reconhecido como prevenção de doenças. Em relação à organização do trabalho para as ações de promoção de saúde, os profissionais relatam uma estruturação em torno de pacotes fechados, destinados a grupos de risco, objetivando principalmente cura e prevenção. Ainda nas práticas discutidas nesse estudo, é possível observar a ênfase na mudança de comportamento, a não participação ativa dos usuários nas ações e a ausência de reflexão crítica entre profissionais e usuários (SASAKI *et al.*, 2013).

Com achados similares, um estudo transversal, realizado com o objetivo de investigar a oferta de ações educativas e de promoção de saúde na AB e a sua associação com fatores demográficos e de cobertura da ESF, concluiu que a oferta de ações de promoção de saúde ainda está predominantemente voltada para grupos específicos de doenças crônicas, sob influência do modelo biomédico de assistência à saúde. O estudo destaca a importância de ter em vista o perfil epidemiológico, as necessidades de saúde da população local e a atenção integral ao ofertar ações educativas e de promoção de saúde, as quais não devem ser impositivas e/ou punitivas. Entende-se que as práticas de educação e de promoção de saúde precisam ser estabelecidas a partir de uma relação de vínculo entre profissional e usuário, possibilitando a conscientização e a autonomia para o autocuidado. As

ações de promoção de saúde não devem, portanto, ser resumidas ao acompanhamento das cronicidades (KESSLER *et al.*, 2018).

Em relação às ações de promoção de saúde promovidas na AB pelo fisioterapeuta, a literatura aponta que um fator limitante refere-se à grande demanda por assistência em reabilitação, resultado da dificuldade de acesso da população aos níveis secundários de assistência fisioterapêutica, o que desencadeia um grande contingente de usuários com limitações na saúde físico-funcional desassistidos (BISPO JUNIOR, 2010). Nesse sentido, cabe ao fisioterapeuta do NASF, juntamente à ESF e aos gestores locais, planejar e desenvolver estratégias para contemplar tanto as ações de reabilitação como as de promoção de saúde e de prevenção de doenças. A atuação do fisioterapeuta na AB não pode ser o exclusivo desenvolvimento de ações de reabilitação, reprodução do modelo biomédico-curativo, mas deve constituir nova abordagem para a transformação da realidade social e epidemiológica (BISPO JUNIOR, 2010).

Para isso, torna-se fundamental que o fisioterapeuta, e os demais profissionais de saúde, se apropriem dos fenômenos grupais voltados para a promoção e a educação em saúde na AB, pois estes podem funcionar como estratégia eficiente, na qual se abre espaço para a escuta das necessidades, para a informação e para a construção conjunta de conhecimentos (MENEZES *et al.*, 2016). Nesse sentido, maior aproximação com conceito de educação em saúde pode ser importante para a organização e o planejamento de ações do profissional da AB, principalmente ao se pensar no desenvolvimento de práticas grupais ofertadas pelo NASF.

A educação em saúde deve ser utilizada pelos profissionais de forma dialógica e sistemática, buscando maior inserção dos usuários, considerando realidade local e necessidades, além de proporcionar flexibilização de horários, valorização da pedagogia problematizadora, discussões temáticas sugeridas pelos usuários e relacionadas à prevenção de doenças e à promoção de saúde. Esses fatores contribuem para a transformação da prática dos usuários em relação à sua saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Nessa direção, um estudo realizado com objetivo de discutir o conceito de educação em saúde apontou que as práticas educativas em saúde devem valorizar a escuta, os saberes e os conhecimentos prévios do usuário, não se circunscrevendo apenas ao conhecimento científico (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Entende-se que quando a educação em saúde se desenvolve por meio da escuta, da problematização e da produção conjunta do conhecimento, concretiza-se um exercício de autonomia, favorecendo o processo de construção da cidadania e sua expressão na relação de cuidado e autocuidado (GAZZINELLI *et al.*, 2015). Para Mendes e Carvalho (2015), a autonomia também está intimamente relacionada à forma como os indivíduos se apropriam dos espaços públicos e como experimentam, nesses espaços, os encontros consigo mesmos, com os outros, com os equipamentos e os serviços de saúde, de cultura e de lazer.

Em outra pesquisa, de delineamento transversal, realizada com profissionais de ESF para analisar os fatores que contribuem para a presença de estratégias participativas em grupos, destacou-se que o grupo de educação em saúde propicia um espaço de constituição de sujeitos corresponsáveis. Percebeu-se que a valorização do saber popular e a realização de avaliações do processo de trabalho no grupo mostraram-se associadas à presença de estratégias participativas e que, quando os grupos são mediados por equipes multiprofissionais, os assuntos e os materiais utilizados são mais diversos, favorecendo a criatividade e maior participação dos usuários. Por outro lado, destaca-se que o índice de estratégias participativas ainda se apresenta inferior quando comparado às estratégias tradicionais (MENDONÇA *et al.*, 2014).

Frente ao exposto, é claro que novas interfaces de atuação no modelo de assistência à saúde se fazem importantes. O trabalho com grupos de promoção de saúde leva ao enfrentamento de grandes desafios ao ligar conhecimentos dispersos das áreas humanas, biológicas e outras, aos saberes populares. Exige-se a disponibilidade da convivência para o desenvolvimento de interações entre os profissionais que compõem o grupo de trabalho, entre os profissionais e os usuários e entre os próprios participantes, o que proporciona um vínculo em torno do qual poderão ser constituídas as ações de promoção de saúde (SANTOS *et al.*, 2006).

Esses achados são reforçados em um artigo de revisão de literatura sobre grupos operativos na AB como prática de discussão e educação, que demonstra que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas quando se trabalha com pessoas portadoras de histórias distintas, o grupo é eficiente e alcança resultado positivo na prevenção de doenças, na promoção de saúde e na educação em saúde (MENEZES *et al.*, 2016). Além disso, a literatura também mostra que os usuários percebem os grupos de promoção de saúde como um espaço de divertimento,

facilitador de vínculos e de lazer capaz de proporcionar uma rede de apoio mútuo e maior interação entre os profissionais da equipe de saúde e os usuários, acarretando mudanças em aspectos psicossociais e na qualidade de vida (FORTUNA *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2016; TAHAN-SANTOS *et al.*, 2008).

Portanto, através desses estudos podem-se detectar pistas relevantes para o trabalho com grupos na AB a serem seguidas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente às ações desenvolvidas em um Grupo de Fisioterapia, realizado na UBS Menino Jesus, na região Centro-Sul, do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA UBS MENINO JESUS

A UBS Menino Jesus está situada no município de Belo Horizonte, no qual há uma organização sanitária dividida em nove regionais, sendo elas: Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Noroeste, Leste, Oeste, Barreiro e Centro-Sul.

O distrito sanitário Centro-Sul, em que está localizada a UBS Menino Jesus, é constituído por mais 11 UBS: Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Nossa Senhora Aparecida, Cafezal, Nossa Senhora Conceição, São Miguel Arcanjo, Nossa Senhora de Fátima, Santa Rita de Cássia, Tia Amância, Santa Lúcia, Conjunto Santa Maria.

O território do Centro de Saúde Menino Jesus abrange os bairros Santo Antônio, Lourdes, Funcionários e Savassi.

O Centro de Saúde Menino Jesus dispõe de uma equipe assistencial e uma equipe de apoio. A equipe assistencial é composta por três enfermeiras, 10 auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões dentista, um técnico de saúde bucal, três clínicos, um ginecologista, um pediatra, uma psicóloga e uma assistente social. A equipe de apoio é formada por uma gerente, dois administrativos, um estagiário, três ACS, 14 agentes de combate a endemias I (ACE), um ACE II, uma bióloga e dois auxiliares de serviços gerais.

No ano de 2016, início da minha atividade com o grupo, até junho de 2019, o Centro de Saúde Menino Jesus estava localizado na Rua Mar de Espanha, no bairro Santo Antônio, e contava com uma estrutura física pequena e insuficiente para o desenvolvimento de todas as ações profissionais desejadas. Havia 4 consultórios, uma sala de vacina, uma sala de acolhimento, uma farmácia, uma sala para curativo e pequenos procedimentos, uma sala de coleta e enfermagem, uma pequena área externa e sala de apoio para ACE. Com a mudança do Centro de Saúde, em início de junho de 2019, para a Rua Congonhas, também no bairro Santo Antônio, a

estrutura física foi ampliada com vários consultórios, salas de apoio e uma área externa maior.

A imagem 1 que se segue retrata a fachada da nova UBS Menino Jesus.



Imagem 1 – UBS Menino Jesus

Fonte: Fotografia da autora (2019).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010/SMSA/PBH), a população residente na área de abrangência do Centro de Saúde Menino Jesus, segundo sexo, distribui-se em 44,3% de homens e 55,7% de mulheres, perfazendo um total de 47.693 pessoas. Segundo faixa etária, a distribuição é de 6,5% de 0-9 anos (crianças), 9,5% de 10-19 anos (adolescentes), 62,1% de 20-59 anos (adultos) e 21,9% de 60 anos e mais (idosos).

5 DESENHANDO A PRÁTICA GRUPAL: EXPERIÊNCIAS, PERSPECTIVAS E PLANEJAMENTO

5.1 APROXIMAÇÕES COM MINHA EXPERIÊNCIA PRÉVIA

Logo quando me inseri no NASF-BH, atuei na regional Norte, na qual desenvolvi um exitoso trabalho com grupos na UBS Novo Aarão Reis. Nessa experiência, observei uma grande participação dos usuários nas práticas grupais, as quais eram desenvolvidas em dois encontros semanais, abertos à população, com participação de toda a equipe do NASF e coordenado por mim. Em um primeiro momento do grupo, era realizado um diálogo com a comunidade sobre temas previamente escolhidos pelos participantes e, posteriormente, eu conduzia os exercícios fisioterapêuticos.

O grupo era formado, principalmente, por mulheres, entre 45 e 85 anos, aposentadas ou diaristas. As condições de saúde eram as mais diversas possíveis: hérnia de disco, osteoartroses, tendinites, gonartroses, lombalgias, fibromialgia, entre outros. Isso mostra que entre as participantes do grupo havia uma marca de condições clínicas associadas a doenças crônico-degenerativas.

A grande maioria das participantes já havia realizado tratamento fisioterápico convencional em clínicas de reabilitação do serviço secundário de saúde da PBH, principalmente nos estágios iniciais do processo de adoecimento, ou seja, na fase aguda. Entretanto, recebiam alta do serviço e retornavam às suas atividades de vida diária e trabalho sem dar continuidade ao processo de autocuidado. A recidiva e o agravamento da condição clínica eram usuais.

Considereei essa experiência exitosa porque eram muitos os retornos que recebíamos sobre os benefícios do grupo por meio da fala dos profissionais da ESF e dos próprios usuários. Os relatos apontavam para a melhoria da qualidade de vida, a diminuição do uso de medicamentos anti-inflamatórios, a diminuição do número da demanda por consultas médicas, o maior conhecimento sobre o autocuidado e a criação de uma rede social de apoio entre os participantes.

Esses benefícios encontram ressonância em um estudo sobre educação em saúde no contexto da ESF na perspectiva do usuário, em que se observou que a valorização das consultas médicas aparece a princípio no relato dos usuários, mas

isso vai se modificando na medida em que assumem maior autonomia sobre sua própria saúde por meio dos processos educativos em saúde. Os usuários, ao ampliarem seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença, se conscientizam dos riscos, dos cuidados necessários, das complicações e da sua responsabilidade. É estimulado a buscar a promoção de saúde e não somente a cura da doença. Além disso, o estudo demonstrou que a participação regular nas atividades educativas favoreceu a aprendizagem de forma significativa, ocasionando mudanças nos hábitos de vida, no exercício da autonomia e na responsabilização pelo cuidado com a própria saúde, tornando os usuários sujeitos ativos no cotidiano de sua saúde e disseminadores dos conhecimentos construídos (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Outro estudo, que discutiu a Educação Permanente em Saúde na ESF, analisando a forma como a equipe de saúde ressignificou o modo como desenvolvem grupos educativos, mostrou o que os profissionais consideravam como resultados para os grupos que realizavam. A princípio, dentro da lógica científica, os profissionais esperavam que os grupos possibilitassem a construção de indicadores para confirmação estatística de resultados, porém os pesquisadores levaram os profissionais a refletirem sobre outras possibilidades de resultados, como, por exemplo, o encontro, a produção de alegria, o esparecimento, a produção de cuidados integrais, entre outros, o que corrobora os benefícios encontrados na experiência realizada na regional Norte de Belo Horizonte (FORTUNA *et al.*, 2013).

Essa experiência inicial ao ingressar no trabalho do NASF, na regional Norte de Belo Horizonte, permitiu-me ampliar a visão sobre promoção de saúde e prevenção de doenças e desenhar um novo direcionamento para o planejamento e a condução da prática grupal. A experiência me mostrou que, para além da prática voltada para alívio de dores e melhoria da condição física, há outros aspectos fundamentais da produção de saúde que podem ser explorados com uma prática grupal, tais como autonomia, vínculo, autocuidado, responsabilização, participação social, aprendizagem, entre outros. Houve em mim, portanto, uma mudança de perspectiva, que saiu da ênfase na reprodução de informações e de exercícios fisioterápicos, para a perspectiva de produzir cuidados integrais.

5.2 PENSANDO A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO: INTERSEÇÕES COM O APOIO MATRICIAL

Partindo da boa experiência na regional Norte e por acreditar que as atividades grupais constituem uma valiosa ferramenta para o desenvolvimento da criticidade dos usuários a respeito do seu meio social e das suas condições de vida e saúde, levei o desejo de desenvolver uma prática grupal para a minha atuação na regional centro-sul, que se iniciou em 2016. Para isso, busquei conhecer a estrutura física das unidades de saúde da regional Centro-sul, o perfil da população e as ações até então desenvolvidas pelos membros das ESF, do PACS e do NASF, com vistas a compilar informações sobre o território e desenvolver um processo de diagnóstico para desenhar o planejamento de uma prática grupal de promoção de saúde e prevenção de doenças no campo da fisioterapia.

Para tanto, o espaço do Apoio Matricial foi fundamental para o desenvolvimento das conversas e das trocas de experiências necessárias ao início da organização do grupo de fisioterapia, pois, por meio dele, desenvolve-se o trabalho colaborativo e o compartilhamento de saberes e responsabilidades, com o propósito de, em última instância, ampliar a capacidade de cuidado e o escopo de ação da AB. Portanto, o Apoio Matricial, com esse trabalho conjunto, diferencia-se de formas tradicionais de organização da atenção à saúde e da assistência visto que ele relaciona a produção de arranjos para ações pautadas na promoção de saúde, a assistência individualizada, as discussões de casos e as ações pedagógicas, com o objetivo de se alcançar maior efetividade de cuidado (MELO *et al.*, 2016).

Durante os encontros do Apoio Matricial, a equipe multidisciplinar e interdisciplinar foi essencial para o fomento de ideias para a implantação do grupo. Algumas lembranças e conversas foram feitas sobre os pacientes que sempre estavam presentes na UBS com queixas de condições crônico-degenerativas e que provavelmente se beneficiariam das ações da prática grupal; sobre o número de idosos residentes na área de abrangência da UBS; e sobre a presença significativa de trabalhadores, com função em serviço geral, que rotineiramente necessitavam de consulta médica para alívio de dores. Nesse sentido, uma primeira pergunta a que buscamos responder nas conversas do Apoio Matricial foi: ***Como selecionar os usuários e convidá-los para a prática grupal?***

Inicialmente, fizemos um resgate de usuários já frequentadores do Centro de Saúde Menino Jesus para uma abordagem em grupo com vistas à promoção de saúde. Para a seleção, fez-se necessária a consulta dos prontuários de papel arquivados em pastas do NASF de usuários que já tinham sido atendidos na UBS pela fisioterapeuta anterior. Assim, também poderíamos buscar uma reaproximação com a população que já apresentava algum tipo de queixa relacionada à atuação da fisioterapia e que, provavelmente, poderia estar sem inserção em atividades de promoção de saúde e, conseqüentemente, teria maior interesse em iniciar uma prática grupal.

Isso vai ao encontro dos achados do estudo intitulado “Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia”, que sugere o aproveitamento da demanda de queixas e solução de agravos como uma oportunidade para estimular e captar a população assistida em práticas grupais. No momento de queixas, ou quando estão em sofrimento, ou procuram por assistência, os usuários estão mais susceptíveis às ofertas das equipes de saúde, facilitando a inserção nas ações de saúde (ACIOLE *et al.*, 2013).

Posteriormente, também via reunião de Apoio Matricial, em que casos eram discutidos e direcionados para o atendimento necessário, fosse individual, domiciliar ou coletivo, novos indivíduos eram selecionados para receber o convite para prática grupal. Importante destacar que nas reuniões de Apoio Matricial da UBS Menino Jesus, normalmente, os casos eram oriundos de encaminhamentos feitos pelos médicos da própria unidade (clínico de apoio), por ortopedistas do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e, raramente, por demais membros do PACS ou NASF.

Isso mostra que, a princípio, a ideia do grupo ainda se formava a partir de possíveis usuários com queixas, pensando-se em técnicas que trariam bem estar físico e melhoria da condição clínica. Seguindo essa lógica, a seleção inicial dos participantes se deu através dos prontuários e dos encaminhamentos. Para a participação, consideramos como critério de inclusão no grupo o indivíduo ter capacidade de locomoção, independente de condições crônico-degenerativas ou outras comorbidades. Entre os critérios de exclusão estavam pacientes acamados e cadeirantes. Obtivemos um grupo heterogêneo, independentemente da idade e do

gênero, com diversas formações e ocupações, como aposentados, cuidadores de idosos, domésticas, do lar, professores, advogados, entre outros.

Os primeiros convites foram feitos via contato telefônico realizado por um profissional administrativo da unidade. Em particular, nessa unidade, não era viável realizar o convite impresso para ser entregue pessoalmente pelo ACS. Trata-se de uma área territorial de grande extensão e considerada de baixo risco. Além disso, contávamos apenas com uma ACS para cobrir todo esse território. Atualmente, compõem a equipe três ACS, sendo que o terceiro ACS começou a trabalhar no início de agosto de 2019.

O grupo foi implantado em 2016 e, na sua fase inicial, a maioria dos usuários chegava ao encontro com a ideia de que iriam realizar uma sessão de fisioterapia convencional, própria da atenção secundária – clínicas de reabilitação. Dessa maneira, alguns iam de roupa inadequada ou se sentiam mal informados. Uma usuária, por exemplo, citou que havia entendido que realizaria um tratamento fisioterápico para dor lombar; pensou que se deitaria em uma maca, usaria aparelhos para alívio de dor, etc. Foi para o encontro usando um salto alto e, no momento do grupo, outras colegas comentaram e ajudaram a esclarecer a situação. Isso gerava uma indisposição inicial com a proposta da prática grupal. É possível observar uma correlação entre essa situação e os achados de um estudo em que 14 indivíduos, entre eles gestores, profissionais de saúde e usuários, foram entrevistados. Constatou-se que há uma dificuldade por parte do usuário de entender a atuação do profissional do NASF no âmbito da AB. O usuário tende a perceber o NASF como ambulatório, repetindo vivência existente com demais profissionais da UBS (SOUZA *et al.*, 2013).

Uma das medidas tomadas para amenizar esse desconforto do usuário ao chegar para a atividade grupal achando que realizaria sessões convencionais de fisioterapia, como usualmente prescritos por ortopedistas, foi a estratégia de eu mesma realizar os contatos telefônicos para a realização do convite. Dessa forma, era possível explicar brevemente os objetivos do grupo e como seria importante se o indivíduo pudesse ir para um primeiro contato com a atividade. No grupo, caso não houvesse adaptação ou conquista dos objetivos, seria reavaliada nova proposta terapêutica e discutidas medidas possíveis para a continuidade do cuidado. Observei, com isso, a chegada mais consciente dos usuários sobre a proposta do grupo.

Com o grupo já em desenvolvimento, novos integrantes chegaram e chegam em quase todos os encontros. Os próprios frequentadores indicam para amigos, vizinhos, familiares, motivados pelos resultados obtidos no dia a dia a partir da participação na prática grupal. Isso mostra que a seleção inicial de participantes, muito vinculada a aspectos clínicos, foi se resignificando e nos mostrou que os resultados vão além da melhora clínica de sintomas advindos de condições crônico-degenerativas. Com o tempo, o grupo fortaleceu laços de vínculo e amizade. Concretizou-se um espaço de troca de saberes e experiências. Os usuários sentem-se pertencentes a um espaço coletivo de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. São falas comuns dos participantes a um membro que inicia: “Hoje será mais difícil, mas logo você estará craque e colocando as mãos nos pés!”, “Irá aprender tudo e fará também em casa.”, “Não vai querer parar mais!”, “Como se sentirá melhor!”, “Aqui proseamos e nos divertimos também!”.

Além desses usuários que chegam por meio do convite dos próprios participantes, os profissionais da UBS, com a passar do tempo e entendendo os reais objetivos do grupo, já orientam os usuários a irem diretamente para a atividade e não aguardam mais a realização da reunião de matriciamento mensal ocorrer. Na realização da reunião de equipe seguinte, já há o retorno se esses usuários procuraram e permanecem frequentando o grupo. O registro em ata é realizado a fim de documentação da atividade.

Percebo que, do nascimento do grupo até o momento atual, o público participante e a visão biologicista sobre a prática grupal foram deixando espaço para a condução de um grupo amparada em uma perspectiva que considera o indivíduo em sua integralidade, buscando a produção de saúde como uma produção do bem comum. O desafio permanente de construir um grupo juntamente à população, reconduzindo o processo de trabalho de acordo com as demandas que aparecem, reconhecendo e considerando a subjetividade, a afetividade e o contexto da prática grupal, faz com que a minha atuação como fisioterapeuta me proporcione contínuo aprendizado.

Outra pergunta a que busquei responder, junto ao Apoio Matricial, antes de iniciar o grupo foi: ***Onde realizar a prática grupal?***

Escolher um lugar agradável e próximo à UBS Menino Jesus era fundamental para a implantação do grupo, visto que o centro de saúde funcionava em uma casa

pequena, sem área externa e sem estrutura física suficiente para os profissionais atuarem.

Essa situação sobre recursos limitados também foi encontrada em um estudo sobre o trabalho do NASF, em que se constatou que existiam carências relacionadas a recursos materiais, caracterizadas pela ausência de salas para atendimentos individuais, grupos e reuniões nas UBS, além da escassez de armários, cadeiras e materiais de consumo para atendimento (LANCMAN *et al.*, 2013).

Ainda sobre isso, outro estudo realizado com o objetivo de entender os desafios da práxis do fisioterapeuta no NASF também evidenciou uma escassez de recursos no serviço. Apesar da escassez, o pesquisador alerta sobre um olhar limitado referente à atuação do fisioterapeuta vinculado à necessidade de tecnologias. Remete-nos a refletir sobre a possibilidade de ações na AB com tecnologias leves, como acolhimento, escuta qualificada, diálogo, vínculo e responsabilização (SOUZA *et al.*, 2013), o que também eu pude ir percebendo durante a realização do grupo.

As limitações físicas não são, portanto, uma característica exclusiva da UBS Menino Jesus. Trata-se de um fato comum no cotidiano do NASF que faz com que o profissional lance mão de material próprio e busque desenvolver parcerias com a comunidade e com demais profissionais da UBS para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principalmente as práticas grupais. Nesse momento, então, fez-se necessário articular, com os profissionais da equipe, durante os encontros de Apoio Matricial, estratégias para a busca de possibilidades existentes na área de abrangência da UBS para a realização do grupo que oferecessem, principalmente, um fácil acesso para os usuários.

Dessa forma, por meio da assistente social, que já realizava a prática de Lian Gong fora da estrutura do centro de saúde, em um espaço particular, vislumbrei a possibilidade de implantar o grupo no mesmo local.

Esse espaço é uma área de lazer pertencente a dois edifícios residenciais, no bairro Santo Antônio, situado muito próximo à unidade básica. Solicitamos ao síndico do prédio o uso do espaço uma vez por semana para o desenvolvimento do grupo junto às famílias adscritas da UBS Menino Jesus. Para explicarmos a proposta, agendamos um encontro com o síndico e fomos prontamente recebidas, a assistente social e eu. Após a autorização, recebi uma chave do portão de entrada e fiquei

responsável pelos cuidados de organização e vigilância durante os dias em que utilizaria o espaço.

O ambiente é uma área extremamente agradável, ao ar livre, com um espaço físico amplo além de um jardim muito bem cuidado e uma bela árvore. Além disso, nos foi disponibilizadas algumas cadeiras de plástico que foram suficientes para iniciarmos a ação grupal, não necessitando-se de nenhum recurso material a mais a priori. As imagens 2 e 3 retratam esse local.

Imagem 2 – Espaço Físico de realização do grupo



Fonte: Fotografia da autora (2019).

Imagem 3 – Espaço Físico de realização do grupo



Fonte: Fotografia da autora (2019).

Interessante relatar que nesse prédio reside uma usuária de 89 anos, frequentadora assídua da prática de Lian Gong e também do grupo desenvolvido por mim, fato esse que acredito ser o principal responsável por termos conseguido o empréstimo do espaço. Recentemente, no mês de junho de 2019, a UBS Menino Jesus mudou de endereço para uma casa de maior porte, com uma estrutura física com vários consultórios e uma área externa maior, porém em uma rua um pouco mais distante da área de lazer onde acontecem os encontros da prática grupal. Foi sugerido pela gerente da UBS que o grupo fosse, portanto, transferido para o quintal da unidade, visto que a partir de então estávamos em uma estrutura melhor. Ao questionar os usuários do grupo, nenhum considerou essa hipótese viável. Foram falas recorrentes: “Adoramos aqui!”, “Ficou mais longe, mas esse ambiente já nos acolhe!”, “Somos um grupo!”. Percebi, claramente nas falas, que não se tratava apenas de um local físico, mas do espaço em que se constrói um grupo que se tornou referência de amizade, vínculo e coesão. Mudar de local seria fragmentar

talvez algo conquistado além da prática corporal. Formou-se uma identidade, o cuidado de um usuário com o outro e com o próprio local. Decidimos, conjuntamente, permanecer na área de lazer.

Criar e valorizar um espaço de negociação entre os usuários e o profissional de saúde é fator preponderante em uma prática de promoção de saúde. Fortuna (2013), ao analisar a vivência de ESF no desenvolvimento de grupos educativos, relata que muitos grupos realizados na saúde se esvaziam porque essa negociação não ocorre, prevalecendo o interesse e o desejo dos coordenadores. Muitas vezes, os usuários nem sempre dizem sua real opinião aos profissionais de saúde com receio de serem atendidos inadequadamente ou de ocorrer uma retaliação.

Com o local definido, passamos a pensar nas seguintes questões: ***Qual será a periodicidade do grupo? Em que dia será realizado? Com qual tempo de duração?***

Apesar de saber da importância de se discutir com a população o melhor dia para a realização da prática grupal, respeitando-se a construção conjunta, fez-se necessário observar o funcionamento da minha agenda de atuação no NASF, não havendo, portanto, margem de abertura para esse processo de escolha junto aos usuários.

A agenda deve contemplar horários para reuniões de matriciamento com as equipes de AB, com periodicidade variável de acordo com a modalidade de NASF e com o contexto, sendo recomendáveis encontros mensais, atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados), atendimentos individuais (específicos e compartilhados) e grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas), além de período destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reservado na agenda sob demanda, quando acordadas com as equipes vinculadas, reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, cab n. 39, 2014).

Pactuar um horário para encontro semanal regular é um desafio para um profissional de NASF, que atua em uma equipe volante em três unidades de saúde e que precisa contemplar as diversas ações preconizadas para a agenda profissional. Considerando a análise da agenda, ficou estabelecida a realização de um encontro semanal, às terças-feiras, com duração de uma hora. Apesar de entender que dois

encontros semanais seriam o ideal, somente um único dia foi possível devido à demanda existente nas três UBS em que atuou.

Apesar da escolha do dia ser feita apenas pela disponibilidade de agenda profissional, sem consulta da população, um fator facilitador para a participação do usuário na prática grupal foi o estabelecimento de um horário fixo com uma periodicidade pré-estabelecida. Dessa forma, o usuário pode se organizar para permanecer assíduo e buscar os resultados esperados com a atividade de promoção de saúde e prevenção de doenças. Isso foi também observado em um estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, com o objetivo de compreender a perspectiva dos usuários cadastrados em uma ESF sobre educação em saúde e seu significado no cotidiano, no qual os indivíduos apontaram a falta de padronização de horário como um dificultador para a participação nos encontros. O estudo identificou que os profissionais realizavam as práticas em dias e horários variáveis e mais apropriados para a equipe, sem considerar as necessidades dos usuários (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Frente às questões abordadas, o grupo é aberto e acontece, portanto, durante todo o ano, uma vez por semana, às terças-feiras, com horário estabelecido de 8h às 9h da manhã. Essa periodicidade favorece a identificação do usuário com a prática grupal como um espaço permanente de produção de saúde, influenciando sua participação e sua assiduidade.

6 DESCRIÇÃO E REFLEXÕES SOBRE O GRUPO DE FISIOTERAPIA NO NASF

O grupo já tem três anos de existência. Hoje, sua composição é heterogênea, com uma média de 18 a 20 participantes em cada encontro, com participação preponderante de mulheres. Em geral, a faixa etária está entre 40 a 90 anos, apesar de, esporadicamente, haver a presença de usuários com idade inferior a 40 anos. Percebe-se que indivíduos mais jovens usualmente não participam de práticas grupais por incompatibilidade de horários devido aos compromissos com a função laboral. Uma estratégia para que essa faixa etária não fique sem acompanhamento e continuidade do cuidado é encaminhar para a prática de atividades corporais ofertadas pela Academia da Saúde e a realização de orientações gerais em domicílio, além, é claro, de formalizar a existência do espaço grupal como um permanente ponto de apoio, possibilitando o acesso a esse usuário para resolução de quaisquer demandas que possam vir a surgir. Em contrapartida, os adultos jovens e a terceira idade são assíduos no grupo. Grande parte se organiza para a participar da atividade antes de ir ao trabalho e/ou aos compromissos gerais.

Os participantes do grupo apresentam condições clínicas diversas, sendo mais recorrentes as disfunções ortopédicas, como, por exemplo, tendinopatias, bursites, osteoartroses, entre outros. Há também casos de alterações neurológicas, devido a sequelas de acidentes vasculares cerebrais, e de demandas do envelhecimento, como fraqueza muscular, perda de equilíbrio, sedentarismo, encurtamentos musculares.

A prática grupal sempre se inicia com um cumprimento alegre, seguida da apresentação dos nomes, quando há novatos, e de breve explicação do funcionamento do grupo. No início das atividades do grupo, eu estimulo todos os usuários a trazerem questões gerais sobre saúde e demais necessidades referentes aos determinantes e aos condicionantes de saúde para serem discutidas, propiciando a troca de experiências e saberes e, principalmente, valorizando a prática dialógica e a criação de um ambiente de coprodução e corresponsabilização.

Sempre é relatado que, mesmo estando em grupo, consideram-se as particularidades de cada indivíduo e que todos se sentem à vontade para manifestar quaisquer questões. Nesses momentos, é comum o surgimento de temas relacionados a condições clínicas, dicas de saúde e bem estar, como realizar

atividades em casa, objetivos e uso de medicamentos, curiosidades sobre tratamentos modernos, situações vivenciadas na UBS com demais profissionais de saúde, entre outros. Importante frisar que nem sempre esses temas são esgotados ou melhor explicados no momento do seu surgimento. É comum eu ter que responder aos usuários que não sei sobre o assunto e que irei pesquisar para, posteriormente, podermos discutir mais a fundo e com mais precisão.

Isso pode ser observado em algumas cenas, tais como: “Fui ao retorno com o ortopedista naquele lugar da Savassi e ele me disse para continuar fazendo exercícios, tenho desgaste e não cura. Vou ficar para sempre sentindo dores?, Que desgaste é esse?, Isso é porque sempre trabalhei muito, não é?”. Logo, vários participantes se sentem integrados nesse contexto e novas falas aparecem sobre dicas, conceitos e, principalmente, apoio, demonstrando a existência nos encontros da troca de experiências. Nesse momento, aproveito para construir um diálogo sobre questões de saúde, como, por exemplo, como acontece o desgaste e de que se trata, os motivos pelos quais devemos permanecer com uma prática de atividade física, a existência de outros dispositivos de saúde ofertadas na rede do SUS que possibilitam ao usuário a variação e a manutenção em práticas de promoção de saúde, os enfrentamentos que a vida nos coloca, entre outros.

Outra cena que remonta a importância de o profissional, no cotidiano do trabalho na AB, sensibilizar-se a respeito do papel de escuta qualificada, para, posteriormente, proporcionar junto ao usuário um momento de problematização e produção conjunta do conhecimento foi percebida no grupo quando um participante chegou no início da atividade e relatou: “Meu amigo me indicou que fizesse uso dessa medicação e que a partir de então não preciso mais fazer nada. O remédio é muito bom. Você conhece?”. Eu nunca tinha ouvido falar da medicação e, por isso, disse que iria estudar sobre a medicação e combinamos que em outro encontro conversaríamos melhor sobre o assunto. Percebo que esse tipo de situação me desloca do meu lugar de profissional de saúde que conduz o grupo e que, supostamente, detém uma posição de maior conhecimento em relação aos usuários. Vou também me fazendo aprendiz a cada encontro, construindo uma relação de horizontalidade e de respeito aos diferentes saberes e experiências.

Na imagem 4, observa-se a chegada dos usuários e a sua acomodação para o momento inicial de conversa e exposição de demandas com a troca de vivências e a construção conjunta de saberes.

Imagem 4 – Atividades desenvolvidas¹

Fonte: Fotografia da autora (2019).

Como o grupo é aberto e a cada encontro chegam usuários com demandas diferentes, não há um protocolo de atividades fixas. Sempre surgem temas e relatos sobre como passaram a semana. Entretanto, de forma geral, após esse momento inicial de cumprimentos e trocas, são realizadas atividades de alongamento muscular, fortalecimento muscular, com uso de faixa elástica, relaxamento muscular e treino de equilíbrio. Seguimos uma sequência com variações feitas de acordo com o estado geral de cada participante.

Usualmente, iniciamos os exercícios assentados, com os alongamentos de membro superior e região cervical. A imagem 5 ilustra uma dessas atividades, como, por exemplo, o alongamento do músculo peitoral.

¹ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

Imagem 5 – Atividades desenvolvidas²

Fonte: Fotografia da autora (2019).

Em seguida, ficamos em ortostatismo para a sequência de exercícios de membros inferiores e tronco e treino de equilíbrio. Como exemplo, as imagens 6 e 7 demonstram essa prática.

Imagem 6 – Atividades desenvolvidas³

Fonte: Fotografia da autora (2019).

² Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

³ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

Imagem 7 – Atividades desenvolvidas⁴

Fonte: Fotografia da autora (2019).

Então, assentamos novamente para uma etapa de exercícios de fortalecimento muscular, relaxamento muscular e finalização das atividades. Alguns exercícios são demonstrados pelas imagens 8, 9 e 10.

Imagem 8 – Atividades desenvolvidas⁵

Fonte: Fotografia da autora (2019).

⁴ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

⁵ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

Imagem 9 – Atividades desenvolvidas⁶

Fonte: Fotografia da autora (2019).

Imagem 10 – Atividades desenvolvidas⁷

Fonte: Fotografia da autora (2019).

⁶ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

⁷ Publicização da fotografia autorizada pelos usuários.

Existe essa mescla de atividades em posição sentada e em pé para um breve descanso, valorizando o empenho das pessoas mais velhas que permanecem na prática grupal. Assim, todos se sentem valorizados e respeitados frente às suas necessidades. Além disso, a prática segue esse formato por propor exercícios que englobam o corpo como um todo, beneficiando qualquer indivíduo, com ou sem uma condição clínica pré-estabelecida, ou seja, hígidos ou com alguma patologia.

Durante a execução dos exercícios é comum um ou outro usuário realizar atividade diferenciada indicada para a recuperação de sua funcionalidade, fato que não constrange ou inibe a participação dos usuários.

Aliás, como exemplo, sinto-me realizada ao perceber a assiduidade no grupo de um usuário com uma seqüela de hemiparesia à direita decorrente de um acidente vascular encefálico. Interessante observar que mesmo realizando exercícios fisioterapêuticos diferentes dos demais integrantes e auxiliados por mim, ele sente-se pertencente e acolhido por mim e pelos demais integrantes da prática grupal. É comum algum usuário, ao organizar as cadeiras no início da atividade, já reservar um lugar perto da parede para esse usuário, pois esta serve de ponto de apoio durante a execução dos movimentos.

Outro fato que ocorre frequentemente na prática grupal, durante a execução dos movimentos necessários para a prática do alongamento ou do fortalecimento muscular, é o surgimento de dúvidas, como, por exemplo, sobre o tempo de permanência em cada posição, sobre a maneira mais adequada de reproduzir o movimento proposto e até que ponto a musculatura pode ser alongada, sobre quantas repetições são necessárias para o fortalecimento do músculo, sobre qual benefício direto daquela prática para as articulações do corpo, entre outras.

Esse fato propicia a discussão e o reforço do aprendizado conjunto. Alguns usuários costumam responder às dúvidas antes mesmo de minha explicação, demonstrando confiança e inserção no grupo. Também observo o participante mais antigo se sentir pertencente ao grupo e, sempre que necessário, por iniciativa própria, levanta e auxilia os demais companheiros na execução das atividades propostas. Além disso, essa postura também demonstra o afeto presente entre os participantes. Há a valorização da ação em conjunto.

Outra característica do nosso grupo é ter-se tornado um espaço não circunscrito à população adscrita, podendo o usuário ser ou não residente da área de abrangência do Centro de Saúde Menino Jesus. São recorrentes usuários de

outras unidades frequentarem nossa prática grupal em virtude de convites realizados em uma das duas outras unidades em que atuo, Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, e de convites realizados pelos próprios frequentadores a amigos, familiares e vizinhos.

Também apresentamos situações de indivíduos que mudaram de área de abrangência e, até mesmo, de cidade, mas sempre que podem comparecem ao grupo. Como exemplo, temos um usuário que se mudou para São Paulo a trabalho e sempre que vem a Belo Horizonte para visitar a família passa no grupo para conviver, lembrar e se exercitar. Essa liberdade é permitida, pois deixa-se claro que o espaço do grupo é deles. Não existe cobrança em relação à presença ou ao número de faltas. Não há vaga delimitada. Não há modo de participação definida de antemão. Busca-se manter um espaço em que os indivíduos permaneçam pela vontade, pelo prazer, pelo vínculo e pela autonomia que desenvolvem em relação à sua própria saúde.

Uma cena que vem ao encontro da criação desse espaço de prazer, vínculo e autonomia é a organização da nossa confraternização de Natal todo fim de ano. Os usuários se mobilizam para um momento descontraído, com troca de lembranças e um lanche coletivo trazido por cada integrante. Sempre há uma participação especial de um convidado, como, por exemplo, a presença de uma fisioterapeuta que fez uma prática de dança sênior, a participação de contadoras de histórias e a assistente social com o desenvolvimento do Lian Gong. A alegria com que essa confraternização é realizada sela e consolida as ações desenvolvidas e construídas durante todo o ano, durante a existência da prática grupal.

Para o meu próprio controle e para dar retorno nas reuniões de matriciamento aos demais profissionais do PACS e do NASF em relação à assiduidade dos participantes, há a evolução no Sistema Gestão do SUS dos usuários frequentes em cada atividade grupal. Nesse sistema, coloco a descrição da atividade realizada, o número de profissionais e usuários participantes, data, horário e local, e a listagem nominal dos frequentadores da prática grupal. Além disso, o registro adequado da atividade faz-se importante para a sua documentação, propiciando, posteriormente, estudos, análises e comprovação do grupo.

Essas informações bem estabelecidas favorecem o trabalho de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O PMAQ-AB é uma

iniciativa do governo federal responsável pelo repasse de incentivos financeiros que auxiliam na melhoria da qualidade da estrutura e da assistência nos serviços de saúde (KESSLER *et al.*, 2018). Entretanto, importante colocar em reflexão a existência de insuficiência de instrumentos ou formas de registro para informação das ações de promoção de saúde, acarretando dados não pertinentes à realidade frente aos dados resultantes do PMAQ-AB (MEDINA *et al.*, 2014).

Em ocasiões pontuais, outros profissionais do NASF participam do grupo, como, por exemplo, nutricionista e farmacêutica. Nesses momentos, durante os minutos iniciais do grupo, ocorre uma breve exposição sobre um tema proposto previamente pelos usuários e, posteriormente, discussão conjunta. Entretanto, como a demanda por temas referentes a essas outras categorias profissionais era relevante, houve o pedido para um tempo exclusivo para essa ação. Dessa forma, durante alguns meses, conseguimos agregar a presença da nutricionista do NASF de quinze em quinze dias após o término da prática grupal. Os participantes que possuem interesse e disponibilidade permaneciam no ambiente para a condução dessa atividade. Infelizmente, essa ação não teve continuidade.

REFLEXÕES

A descrição dessa prática grupal realizada numa área residencial próxima à UBS Menino Jesus me faz refletir o porquê de sua existência há tantos anos com assiduidade dos seus membros e com a inclusão constante de novos participantes.

Sinto que minha atuação profissional é bem sucedida e que faz diferença na vida dos participantes. Percebo de forma gratificante o retorno dos usuários durante a prática grupal. O resultado positivo é presente nas conversas que ocorrem durante o encontro e sempre no bate papo ao encerrar da prática. São comuns relatos como: “Meus joelhos não incham mais como antes.”, “Estou conseguindo trabalhar de forma mais tranquila sem tanta dor e incômodo.”, “Tenho me sentido mais disposto quando chego em casa.”, “Não posso parar de vir aqui.”, entre outros.

Adquirir uma postura mais questionadora e reflexiva sobre meu trabalho como fisioterapeuta, inserida no contexto do SUS, na AB, desencadeia maior envolvimento com as ações desenvolvidas e com a população, principalmente por perceber que lido diariamente com indivíduos com maior ou menor grau de sofrimento ou

adoecimento e que não existe uma condição de saúde estática e perfeita. Enxergar o participante como um ser integral é fundamental em qualquer abordagem grupal.

Apesar de a prática grupal ter como foco atividades fisioterapêuticas, percebo que a construção do grupo extrapolou essa dimensão. A percepção aguçada para manejar ou remanejar as atividades propostas inicialmente, retirando-as de um formato pré-estabelecido, propiciando a criação de cada momento de um modo único e buscando soluções que contemplassem as expectativas e as demandas dos participantes, tornou o grupo um espaço de construção coletiva, com fortalecimento de vínculos, novas amizades e parcerias. Acredito que a prática grupal deve ser um espaço em que as pessoas possam se expressar, aproximar-se de suas experiências pessoais e dos seus conhecimentos e compartilhar saberes e vivências, atingindo como resultados inerentes a promoção da vida, do afeto e dos encontros. São por esses motivos que acredito que o grupo desenvolvido por mim se mantém por todo esse período e se constrói e se desconstrói a cada encontro com a participação e a contribuição de todos.

Acredito, portanto, que atualmente, vivencio na minha prática grupal um padrão interação Q-O-P-P: questiono os usuários, ouço os usuários, problematizo com os usuários, produzo conhecimento com os usuários. Esse padrão de interação e outros foram discutidos em um estudo de abordagem qualitativa, realizado com profissionais das ESF de Belo Horizonte, cujo objetivo foi investigar a concepção de profissionais das ESF em relação ao conhecimento, à educação e aos sujeitos que participam das ações pedagógicas. No padrão de interação Q-O-P-P, há uma ação direcionada ao conhecimento dos usuários, ao mesmo tempo em que o profissional de saúde informa, responde às dúvidas e valoriza as experiências compartilhadas. Os usuários não são mero receptores, pois agem em um trabalho colaborativo na busca de soluções para as questões cotidianas. Quebra-se uma hierarquia entre profissional e usuário, ocorrendo o reconhecimento de diferentes saberes, propiciado por meio de uma relação dialógica e um ambiente de coprodução (GAZINELLI *et al.*, 2015).

Relato uma situação que exemplifica esse padrão de interação Q-O-P-P no grupo que desenvolvo: no início do encontro, proponho aos usuários uma conversa e uma discussão sobre, por exemplo, maneiras de manusear objetos no lar e no trabalho. Cada um apresenta seu relato de como tem realizado as atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e, a partir dos

relatos, construímos juntos maneiras que poderiam ser viáveis frente às diferentes realidades e às situações vivenciadas por cada participante. Refletimos sobre os hábitos mecânicos desenvolvidos no dia a dia que muitas vezes são os agentes potencializadores que ocasionam dores e lesões. Demonstramos como poderíamos nos adequar para a execução de movimentos e, posteriormente, damos sequência à realização de exercícios que reproduzem movimentos adequados. Dessa forma, portanto, a partir dos relatos, das dúvidas que aparecem durante a conversa, das informações e das sugestões, construímos soluções conjuntas e propomos novo modo de conduzir as AVD e as AIVD, valorizando as experiências compartilhadas.

Observo, portanto, que minha experiência no NASF com a prática grupal no Centro de Saúde Menino Jesus está em consonância com o que Braga (2013) apresenta em seu trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica intitulado “A importância dos grupos de educação em saúde na atenção básica estratégia saúde da família”. Percebo em meu grupo, assim como Braga (2013), que os grupos de educação e promoção de saúde obtêm ganhos indiscutíveis, principalmente quando há planejamento das ações, identificação e mapeamento dos problemas, melhor organização e infra-estrutura, ações privilegiando a interação comunicacional com troca de conhecimentos e saberes. O grupo torna-se um espaço potencializador para a transformação dos participantes e dos profissionais de saúde, acarretando ganho de autonomia, cidadania e interdisciplinaridade.

Assim, é possível pensar que a prática grupal que desenvolvo abraça esses aspectos, contribuindo diariamente para o meu crescimento pessoal e profissional, além de propiciar a participação assídua dos usuários por meio de resultados não circunscritos apenas à melhoria das condições clínicas, mas que envolve, principalmente, a integralidade do ser.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do NASF contribuiu de forma expressiva para o trabalho na AB, envolvendo a participação de outras categorias profissionais e ampliando oferta de ações de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. O fisioterapeuta, nesse contexto, é convidado a desenvolver outras habilidades que modificam seu perfil clássico de atuação profissional, previamente voltado para recuperação de lesões, para construir uma visão ampliada com ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, objetivando a integralidade da assistência do cuidado.

Para o desenvolvimento das ações preconizadas pelo NASF, as práticas grupais tornam-se, portanto, dispositivos valiosos, pois agregam à prática profissional meios de se produzir saúde entendendo a mudança do perfil epidemiológico e as necessidades atuais da população.

As reflexões com este relato de experiência sobre a construção e a condução do grupo de fisioterapia na UBS Menino Jesus, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, fortaleceu minha atuação por demonstrar as consequências das ações desenvolvidas no grupo, que superam a melhora exclusiva da condição clínica, promovendo, igualmente, o fortalecimento do vínculo, a autonomia, a produção de saúde e a construção de novas práticas sociais.

É de suma importância que o NASF e a ESF preconizem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde na AB por meio de práticas grupais desenvolvidas sob os preceitos de troca de saberes, valorização do contexto de vida e da demanda dos participantes, com efetiva participação social, coprodução e corresponsabilização. Além disso, é importante manter registros adequados nos sistemas de gestão do SUS nas UBS para posterior análise e divulgação dos resultados dos trabalhos desenvolvidos, permitindo que a rede de AB se fortaleça e busque se adequar às diferentes realidades, melhorando as estratégias utilizadas previamente. Dessa forma, enfatizamos a relevância de se produzir trabalhos como este para o fortalecimento das ações grupais no campo da AB realizados pelo NASF.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lucia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v 37, n 96, p. 10-19, jan/ mar. 2013.

AUGUSTO, Viviane Gontijo; AQUINO, Cecília Ferreira de; MACHADO, Naia Chaves; CARDOSO, Vanessa Aparecida; RIBEIRO, Solange. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl.1): 957-963, 2011.

BARBOSA, Erika Guerrieri; FERREIRA, Dircilene Leite Santos; FURBINO, Sheila Aparecida Ribeiro; RIBEIRO, Elice Eliane Nobre. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v.23, n.2, p.323-330, abr./jun. 2010.

BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (Supl. 1):1627-1636, 2010.

BRAGA, Érica Patrícia Pereira de Castro. A importância dos Grupos de Educação em Saúde na Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. **Dissertação**. Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

BRASIL. 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. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRIXNER, Betina; MUNIZ, Carine; RENNEN, Jane Dagmar Pollo; POHL, Hildegard Hedwig; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, 18 (Supl. 1): 386-390, dez.2017.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite; SOUZA, Vânia de; GODINHO, Luanna Kelen; FARIA, Isabela Cristiane Marinho de; SILVA, Kênia Lara; GAZZINELLI, Maria Flávia. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica** 31(2), 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3): 847-852, 2014.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; VAZ, Fernando Antônio Camargo; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; ALVARES, Juliana; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira;

OLIVEIRA, Vinicius de Araújo. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (Sup 2): 2115-2122, 2008.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; NETO, João Felício Rodrigues; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.41, p.315-29, abr./jun. 2012.

FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa; CAMARGO-BORGES, Celiane; KAWATA, Lauren Suemi; MISHIMA, Silvana Martins. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev Latino-Am. Enfermagem** jul-ago. 21(4). 2013.

GAZZINELLI, Maria Flávia; SOUZA, Vânia de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; FERNANDES, Marconi Moura; CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite; GODINHO, Luanna Kelen. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Rev Esc Enferm USP**, 49(2): 284-291, 2015.

JÚNIOR, Gilberto Éder de Oliveira; DIEHL, Marcel Brentano; MATTOS, Gerson; SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da. Individualização dos cuidados em saúde e apassivação do usuário no âmbito da educação em saúde na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.15 n.2, p. 453-467, maio/ago. 2017.

IBGE 2010/SMSA/PBH. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/downloads>. Acesso em: 16 nov. 2019.

KESSLER, Marciane; THUME, Elaine; DURO, Suelle Manjourany Silva; TOMASI, Elaine; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SILVEIRA, Denise Silva; NUNES, Bruno Pereira; VOLZ, Pâmela Moraes; SANTOS, Amanda Amaral; FRANÇA, Sandra Mattos; BENDER, Janaina Duarte; PICCININI, Tamires; FACCHINI, Luiz Augusto. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol.Serv.Saude**, Brasília, 27(2): e2017389. 2018.

LANCMAN, Selma; GONCALVES, Rita Maria de Abreu; CORDONE, Nicole Guimarães; BARROS, Juliana de Oliveira. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** 47(5):968-75. 2013.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; MOTA, Eduardo; JUNIOR, Elzo Pereira Pinto; LUZ, Leandro Alves da; ANJOS, Davilyn Santos Oliveira dos; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v 38, n especial, p 69-82, out, 2014.

MELO, Eduardo Alves; VIANNA, Eliane Chaves; PEREIRA, Luciana Alves. Caderno do Curso **APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA** com ênfase nos Nasf Aperfeiçoamento. 2 ed. rev. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MENDES, Valéria Monteiro; CARVALHO, Yara Maria de. Sem começo e sem fim...com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. **Comunicação Saúde Educação**. 19(54):603-13, 2015.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad Saúde Colet**, 22 (2): 200-4. Rio de Janeiro, 2014.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária a Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad Saude Colet**, 24(1): 124-130. Rio de Janeiro, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) **manual instrutivo**. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2012.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Comunicação Saúde Educação** v.15, n.37, p.551-64, abr./jun.2011.

NOGUEIRA, Alyne Leite Gomes; MUNARI, Denize Bouttelet; FORTUNA, Cinira Magali; SANTOS, Leidiene Ferreira. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária a Saúde. **Rev Bras Enferm** (Internet). 69(5):964-71, set-out, 2016.

PEREIRA, Mayara de Melo; PENHA, Thiffany Pestana da; VAZ, Elenice Maria Cecchetti; COLLET, Neusa; REICHERT, Altamira Pereira da Silva. Concepções e Práticas dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família sobre Educação em Saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, Jan-Mar, 23(1):167-75, 2014.

RECCO, Rosani Aparecida Chaves; LOPES, Stella Maris Brum. Sobre Fisioterapia e seus recursos terapêuticos: o grupo como estratégia complementar à reabilitação. **Trab. Educ. Saúde**, v.14, n.2, p.593-610, maio/ago. Rio de Janeiro. 2016.

REIS, Mary Lopes; MEDEIROS, Marcelo; PACHECO, Leonora Rezende; CAIXETA, Camila Cardoso. Avaliação do Trabalho Multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto Contexto Enferm**. 25(1):e2810014, 2016.

SANTOS, Luciane de Medeiros; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida; RAMOS, Luiz Roberto. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública** 40 (2): 346-52. 2006.

SASAKI, Andreia Kaori; RIBEIRO, Maressa Priscila Daga de Souza. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro. Jul-Set, 8(28):155-63. 2013.

SHIMIZU, Helena Eri; FRAGELLI, Thais Branquinho Oliveira. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 40 (2):216-225, 2016.

SOUZA, Márcio Costa de; BOMFIM, Aline Santana; SOUZA, Jairrose Nascimento; FRANCO, Túlio Batista. Fisioterapia e Núcleo de Apoio a Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 37(2):176-184, 2013.

REZENDE, Mônica; MOREIRA, Marcelo Rasga; FILHO, Antenor Amâncio; TAVARES, Maria de Fatima Lobato. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl 1): 1403-1410, 2009.

TAHAN-SANTOS, Ellen; CARDOSO, Cármen Lúcia. Experiências de participantes em um Grupo de Promoção de Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Psico**, v. 39, n. 4, pp. 410-417, out/dez, 2008.

YOSHINAGA, Helena Shetsuko Hiratsuka; MIRANDA, Rosilene Aparecida de; MOUSSA, Laila; MENDES, Márcia Regina Pinez. Análise da atuação do fisioterapeuta na saúde pública. **Pesquisa e Ação** v3 n 2, dezembro, 2017.