

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REGINA CÉLIA DAMASCENO

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para
os trabalhadores na atenção básica da saúde

NATAL-RN
2011

REGINA CÉLIA DAMASCENO

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores na atenção básica da saúde

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Lúcia Alves de Vilar.

NATAL-RN
2011

Seção de Informação e Referência

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Damasceno, Regina Célia

Terapia comunitária integrativa: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica / Regina Célia Damasceno. – Natal, RN, 2011.

99 f. : il.

Orientadora: Rosana Lúcia Alves de Vilar.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Terapia comunitária integrativa – Dissertação. 2. Estratégia saúde da família – Dissertação. 3. Trabalhadores de saúde – Dissertação. 4. Humanização – Dissertação I. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 364-785.24

REGINA CÉLIA DAMASCENO

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores na atenção básica da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 19 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosana Lúcia Alves de Vilar - Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof^a. Dr^a. Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes- Titular
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN

Prof^a. Dr^a. Raimunda de Medeiros Germano - Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof^a. Dr^a. JacileideGuimarães - Titular
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

NATAL-RN
2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai, José de Oliveira Moura (in memoriam), meu mestre que, com sabedoria e amor, ensinou-me o valor da vida.

À minha mãe, Francisca Oliveira Paiva, mulher guerreira a quem amo muito. Se mil vidas eu tivesse, mil vezes escolheria ser sua filha.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita bondade.

Ao meu irmão, Jorge Roberto Francisco, meu agradecimento profundo pelo nosso reencontro, pela sua existência em minha vida, pelos ensinamentos com sabedoria a me conduzir no caminho do aprendizado, muito obrigado a todos os mentores que nos guiam nesta jornada.

São muitas as pessoas que contribuíram na construção dessa pesquisa, que merecem os meus mais sinceros agradecimentos.

Minha eterna gratidão à professora Rosana de Vilar Alves, mestre e exemplo de verdade, responsabilidade e compromisso. Muito obrigada pela competente orientação, confiança, compreensão, e, acima de tudo, pela sensibilidade e cuidado na orientação, fruto dessa dissertação.

Ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Setor de Desenvolvimento Profissional e Educação à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, destacando a chefe Maria das Graças de Souza, em especial a funcionária Nadia Rocely Souto de Almeida Lima.

Aos Distritos Nortes I e II, destacando os seus gerentes.

Com carinho, a Davina e Aldair, pela divulgação dos encontros nos seus respectivos Distritos.

Ao Diretor da USF de Santarém, Thiago Alexandre do Nascimento, à administradora Núbia Galvão, aos integrantes das equipes, pela solidariedade nesse caminhar trilhado com ganhos no conhecimento e perdas afetivas.

A todos os participantes das rodas de TCI: diretores, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, núcleo de atenção básica do Distrito, que trouxeram suas expressões verdadeiras para a elaboração deste trabalho.

À minha família, que me confortaram com palavras de fé, estímulo e entusiasmo. Sempre com muito carinho, procurando entender os dias e as longas horas de ausência em momentos tão dolorosos no convívio familiar.

Ao Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, entusiasta pesquisador, que apoiou ainda nos primeiros passos do projeto para seleção do mestrado a escolha da TCI como tema de pesquisa.

A Prof^a. Dr^a. Bertha Cruz Enders, pela sua missão tão honrosa de mestra.

A Áurea B. Silva que me introduziu nos primeiros passos da Terapia Comunitária Integrativa.

À Liege Uchôa, pela contribuição da minha formação em TCI, assim como às amigas, Silvana, Gorete, Lúcia de Fátima, Jasiel, Josadac, Suzani e Maria José, companheiras de jornada muito importantes para o meu crescimento nessa etapa.

À Coordenadora Municipal da PNH, Linete Cunha, que com seu entusiasmo na divulgação nos modos de sentir e fazer saúde me contagiou com essa política de autonomia e protagonismo dos sujeitos.

À Sheila Maria Rodrigues, consultora da PNH, coordenadora da Região Nordeste II, por ter colaborado e esclarecido sobre a política com informações importantes.

À Ana Tânia Lopes Sampaio, que me apresentou novas formas de conduzir, viver e conviver coletivamente a humanescência.

Aos professores da banca de qualificação: Raimunda Medeiros Germano e Jacileide Guimarães, pelas reflexões que contribuíram a ampliação dos horizontes das idéias apresentadas anteriormente.

Às amigas que, de diferentes maneiras contribuíram neste percurso: Ana Dulce, Sâmia Dutra, Gisele, Simone e Jocelia.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

DAMASCENO, Regina Célia. **Terapia Comunitária Integrativa: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da atenção básica da saúde**. 2011, 99f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2011.

Esta pesquisa, que se apresenta no formato de uma dissertação de mestrado, cujo título é: TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da atenção básica da saúde, aborda a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como ferramenta para a criação de lugares de encontros entre os profissionais da saúde, nos quais cada componente pode acolher o outro e ser acolhido também. Com a realização desse estudo, objetivou-se analisar a referida terapia como abordagem terapêutica e espaço de escuta dos depoimentos dos profissionais aqui citados, visando identificar suas angústias, dúvidas, inquietudes e incertezas decorrentes do contexto das relações de trabalho, bem como a repercussão das vivências terapêuticas na visão dos participantes. O mesmo foi desenvolvido como uma pesquisa-ação que envolveu várias etapas. Seu campo de investigação foram as rodas de TCI com trabalhadores das Unidades da Estratégia Saúde da Família dos Distritos Sanitários Norte I e II do município de Natal-RN, utilizando-se uma abordagem qualitativa. A interpretação dos dados obtidos foi fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin. Por fim, este trabalho evidenciou a TCI como um espaço de diálogo e de partilha, com repercussões nas relações de trabalho e expansões para além das rodas, alcançando as relações familiares e sociais e contribuindo para a criação de vínculos e a formação de redes solidárias. Na visão dos participantes, este estudo foi reconhecido como uma experiência que aperfeiçoou a socialização, promoveu a atenuação de sofrimentos e potencializou o bem-estar. Diante das conclusões, infere-se que a TCI pode ser considerada uma ferramenta viável para o acolhimento e cuidado humanizado dos trabalhadores da saúde.

Palavras-Chave: Terapia Comunitária Integrativa. Estratégia Saúde da Família. Trabalhadores de Saúde. Humanização.

ABSTRACT

DAMASCENO, Regina Célia. **Integrative Therapy Community: construction of a listening space to health care workers in primary care**. 2011, 99 p. Dissertation (Master os Science in Nursing). Federal University of Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2011.

This research, which appears in the form of a dissertation, entitled: Integrative Therapy Community: construction of a listening space to health care workers in primary care, addresses the Integrative Community Therapy (ICT) as a tool to create meeting spaces between health professionals where they can be receptive among one another. With the completion of this study aimed to analyze the ICT as a therapeutic approach and space of listening and speaking for health professionals cited here in order to identify their anxieties, doubts, worries and uncertainties arising from the context of labor relations and the impact of therapeutic experiences under the view of the participants. It was developed as an action-science research, involving several steps. The field of research was the ICT meetings of workers from the units under the Family Health Strategy of Northern Health Districts I and II of the city of Natal, using a qualitative approach. The interpretation of data collected was based on content analysis proposed by Bardin. Finally, this study showed the ICT as a space for dialogue and sharing, with repercussions on labor relations and expansions beyond the ICT meetings, reaching out to family and social relationships, contributing to creating bonds and solidarity networks. Under the view of the participants it was recognized as an experience that optimized the socialization, promoting the alleviation of suffering and increasing the well-being. Based on the study findings, it is inferred that ICT can be considered a viable tool for the receptiveness and humanized care of health care workers.

Keywords: IntegrativeCommunity Therapy, Family Health Strategy, Health Care Workers, Humanization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do número de trabalhadores participantes da pesquisa por Distrito/Unidade de Saúde. Natal/2011.....	25
Quadro 2 - Problemas Abordados nas Rodas.....	62
Quadro 3 - Palavras-chave e motes das rodas de TCI Distrito Norte. Natal, 2011.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CID10- Classificação Internacional de Doenças 10
CNSM-I - Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSAC – Coordenação de Saúde e Comunidade
DSN- Distrito Sanitário Norte
DSO- Distrito Sanitário Oeste
ESF- Estratégia Saúde da Família
FNS- Fundação Nacional de Saúde
GTH- Grupo Trabalho Humanização
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB- Norma Operacional Básica
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PSF- Programa Saúde da Família
PNH- Programa Nacional de Humanização
PNPIC- Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS- Programa Nacional de Promoção da Saúde
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
TCI - Terapia Comunitária Integrativa

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade Saúde da Família

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	22
2.1 TIPO DO ESTUDO.....	23
2.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	24
2.3 FASES DA PESQUISA.....	26
2.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	28
3 APORTES TEÓRICOS.....	29
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.....	30
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	36
3.3 A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA.....	39
3.3.1 Considerações históricas.....	39
3.3.2 Fundamentos teóricos da TCI.....	41
3.3.3 Em que consiste a TCI.....	48
3.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	57
4.1 AS RODAS E PROBLEMAS ABORDADOS.....	58
4.1.1 Fase do acolhimento.....	59
4.1.2 Fase da escolha dos temas.....	61
4.1.3 fase da contextualização.....	63
4.1.4 Fase da problematização.....	63
4.1.5 Fase de encerramento.....	70
4.2 EFEITOS DA TCI CONFORME A VISÃO DOS PARTICIPANTES.....	71
4.2.1 Nas relações de convívio no trabalho.....	72
4.2.2 Nas relações familiares.....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICES.....	91
ANEXOS.....	96

Introdução

“Nossa única possibilidade de viver o mundo que queremos viver é submergirmos nas conversações que o constituem, como uma prática social cotidiana, numa contínua co-inspiração ontológica que o traz ao presente”.

Humberto Maturana

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela Constituição Brasileira de 1988 contempla em seu arcabouço jurídico a saúde como direito de todos os cidadãos, o acesso universal aos serviços, a integralidade da atenção à saúde, a reordenação do modelo de atenção e uma gestão descentralizada com transferências de recursos e competências para estados e municípios (CAMPOS, 1991).

A reorganização dos serviços de saúde desse novo modelo de atenção incorpora uma lógica de gestão local, fundamentando-se em um diagnóstico epidemiológico, tendo como primeiro nível de acesso uma rede de atenção primária com ampla cobertura, ao mesmo tempo em que se estrutura para a melhoria do acesso às ações de maior complexidade.

A partir de 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) que, em 1997, passou a ser concebido como uma estratégia estruturante da reorganização dos serviços no âmbito da atenção primária como principal porta de entrada do sistema de saúde, tendo como base o cuidado integral (BRASIL, 1996; 1997).

Os dados estatísticos de 2011 informam que a referida estratégia apresenta um percentual de cobertura distribuída em 5.284 municípios do Brasil, corresponde a 30.000 equipes de saúde da família e cobre 53,1% da população brasileira, o que equivale a 101,3 milhões de pessoas.¹

Fernandes (2010) evidencia que a Estratégia Saúde da Família busca efetuar mudanças significativas na consolidação do SUS, enquanto política de Estado. Complementando, acrescenta que a mesma propõe intervenções visando à legitimidade e institucionalidade da construção do novo espaço de acesso à saúde.

Visando também efetuar mudanças, em 2003 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o propósito de deflagrar um movimento ético, político e institucional para alterar os modos de gestão e de cuidado em saúde (BRASIL, 2006c).

A PNH surge como um dos grandes desafios na complexa construção do SUS. Dentre esses, destaca-se a qualificação das ações de saúde, a superação das dificuldades no acesso e a incorporação de valores ético-humanitários.

¹ Informações do site oficial do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), acesso em: 30/01/2011.

Dessa forma, tem como grande tarefa contribuir para a construção de práticas e atitudes numa nova ética no cuidar em saúde em que os usuários são colocados no primeiro plano com os seus interesses, desejos e necessidades. A justificativa da necessidade da existência de uma política instituinte, foi centrada nos problemas referentes à falta de acesso aos serviços de saúde; a desvalorização dos trabalhadores de saúde; a gestão centralizada dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (VILAR, 2009).

Na referida política para o processo de humanizar é de fundamental importância a comunicação e a capacidade de escuta sobre o sofrimento humano, além das percepções da dor e de prazer no corpo (BRASIL, 2008a).

Diante dessa realidade foi realizado pelo Ministério da Saúde em 2005, um seminário objetivando divulgar a Política Nacional de Humanização e estimular a adesão dos estados e municípios.

Após esse evento, foi criado no Rio Grande do Norte um Comitê Estadual de Humanização, com representantes de vários municípios. Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal passou a ter um Comitê Municipal de Humanização.

Neste contexto, a humanização passou a aparecer na agenda da gestão no quadriênio 2006/09, Natal (2006b), explicitada no Plano Municipal de Saúde de Natal, no qual foram elencadas algumas metas como: programar e qualificar o Comitê, criar Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) nas unidades de saúde, e implantar um núcleo de acolhimento do servidor (VILAR, 2009).

As discussões nas unidades de saúde sobre a humanização iniciaram nesse período, principalmente, onde havia insatisfações dos usuários na forma do atendimento e também com o intuito de melhorar as relações interpessoais.

Posteriormente, surgiu a realização de encontros na Secretária Municipal de Saúde com os trabalhadores para troca de experiências e vivências no que diz respeito à humanização. Nessa ocasião, os trabalhadores expressavam suas necessidades de serem mais bem acolhidos e terem melhores condições de trabalho, por também serem acometidos de sofrimentos e dores.

Em outras palavras, a humanização deveria ser vista não só relacionada ao usuário, mas também aos trabalhadores como cuidadores da saúde. Vale salientar que a PNH lança mão de várias diretrizes, dentre elas: valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, no campo da preocupação com a situação dos trabalhadores.

A valorização do trabalhador denota o reconhecimento da importância do trabalho, diante das dificuldades que vêm causando desmotivação e desumanização no trabalho.

Dentre as dificuldades existentes, destacam-se a baixa remuneração, a instabilidade das políticas salariais, a precarização dos vínculos de trabalho, a inexistência de planos de carreira, as condições inadequadas de trabalho; todas comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Pache, Passos e Hennington (2009), a desumanização, a desvalorização e alguns problemas de saúde que atingem os trabalhadores como: acidente de trabalho, uso abusivo do álcool e outras drogas, depressão e outras doenças, estão relacionados à gestão e a organização do trabalho.

Com o intuito de priorizar a humanização na perspectiva da valorização e saúde do trabalhador da saúde, foi criado um Comitê pelo Ministério da Saúde em 2006, para definição de diretrizes da política de cuidado ao cuidador da saúde (ROLLO, 2007).

Para a implantação dessas diretrizes é imprescindível a criação de espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas, onde cada um possa acolher o outro e ser acolhido, compartilhando dificuldades e potencialidades.

O acolhimento é outra grande diretriz da política de humanização, e este deve ser considerado, tanto no âmbito do usuário como no âmbito do trabalhador. Conforme Bueno e Merhy (1997), o acolhimento na saúde é muito mais do que tratar bem. Passa pela escuta solidária da diversidade e pela tolerância aos diferentes.

Segundo Vilar (2009), o assunto aqui abordado é uma prática essencial para a qualificação e humanização da atenção a saúde, compreendendo abordagens que permeiam postura e atitude dos profissionais, melhor acesso aos serviços com resolubilidade e a promoção de diálogo entre equipe e usuário e também os trabalhadores.

Por conseguinte, a política de humanização também enfatiza a importância de propiciar momentos de lazer, práticas de saúde mental e elevação da auto-estima na agenda de prioridades, visando contribuir para que cada funcionário realize suas funções mais motivado, com mais prazer e satisfação.

Outro aspecto importante da humanização é a comunicação que se expressa através da escuta e da palavra, como resultado do encontro e do diálogo. Para Paulo Freire (2009), a palavra pronunciada faz parte da existência humana, pois a

mesma nos leva a duas dimensões: a ação e a reflexão quando sem dicotomia denunciarmos o mundo a partir da visão da realidade de cada um, na situação presente, existencial, concreta com o compromisso de transformação.

Arendt (2005) afirma que o homem se revela aos seus semelhantes por meio da palavra, e essa revelação se dá no espaço público, mostrando as diferenças em relação a cada um. É através da palavra expressa que o diálogo como fenômeno humano acontece, é definido como o encontro entre os homens, quando os mesmos, em comunhão, buscam saber mais e ser mais. Assim, solidarizam o refletir e o agir na sua transformação e humanização.

Assim, também, a escuta é um fenômeno humano, definida como forma de ouvir o outro de modo a reconhecer a dor, a tristeza, as alegrias, a esperança e os sonhos. Ela pode ser compreendida ainda como uma atitude de ouvir sem julgamento, de escutar atentamente a história do outro, compreendendo queixas e sofrimentos, ajudando uns aos outros possibilitando a criação de um espaço mental e emocional no qual a superação pode emergir.

Para Cardiere e Neves (2010), a escuta e o diálogo não são modismos, pois estão impregnados na própria natureza humana. Como pessoas e sujeitos, temos a necessidade de ser legitimados pelo outro, por aquilo que somos com o reconhecimento e valorização de nossa singularidade.

Esse processo de escuta e de diálogo implica no respeito às diferenças numa convivência dialógica. Com efeito, essa atenção especial deve acatar as convicções do outro, considerar sua experiência pessoal, suscitar a identificação de alegrias e tristezas, favorecendo, assim, o sentimento de acolhida.

A assistência e o acompanhamento na interação com os trabalhadores são essenciais para a saúde e o desempenho de suas atividades. Tal atitude contribui para a ampliação da motivação, da auto-estima e da capacidade reflexiva no processo de decisão, refletindo na sua prática enquanto profissional.

Afirmamos ainda que para o profissional da saúde é fundamental a construção de vínculos e apoio em grupo, no ambiente de trabalho. Que cada um possa ouvir o outro com relação às suas angústias, aflições, estresses e também nos momentos de alegria, de forma ética, solidária e respeitosa.

Não obstante, ao refletir sobre as relações cotidianas que não favorecem o exercício da compreensão, Morin (2002) aponta dentre os sete saberes por ele propostos “ensinar a compreensão”. O autor propõe a abertura subjetiva simpática

em relação ao “outro” e a “interiorização da tolerância”. O reconhecimento da diferença pode ser superado pelo diálogo, pelo acolhimento e pela percepção do universo do outro, tão próximo e tão distinto.

Na produção de serviços de atenção e gestão na saúde, a atenção e o ouvir podem ser considerados um meio para a transformação, com vistas à constituição de uma nova ética da diversidade e da tolerância dos diferentes, ampliando a eficácia da atenção e da gestão.

Retomando o discurso da PNH, esse declara que os modos de fazer devem ser guiados pelo método da inclusão dos diferentes sujeitos representados pelos trabalhadores de cargos de destaque, cargos de gestão e usuários envolvidos nos processos de produção de saúde (SANTOS-FILHO 2007).

Nesse sentido, a valorização dos funcionários significa também incluí-los nos diagnósticos institucionais e na construção de estratégias de superação dos problemas. É necessário retirá-los de uma posição excludente ou às vezes, manipulada pela gestão.

Desse modo, diante da problemática já mencionada, relacionada aos trabalhadores de saúde na atenção básica, se fazem necessárias iniciativas conforme os preceitos da PNH, que possam intervir na realidade descrita na perspectiva do fortalecimento do protagonismo dos mesmos.

Assim, propomos a realização desta pesquisa-ação com a intenção de que os trabalhadores da saúde possam utilizá-la como suporte e apoio no uso da palavra e exercício do seu protagonismo no processo de produção de saúde.

A iniciativa irá contribuir para uma escuta solidária com a constituição de sujeitos mais saudáveis e corresponsáveis consigo, com o outro e com o seu trabalho, reforçando as experiências inovadoras que fortalecem o “SUS que dá certo”.

Vale salientar que através da vivência na Atenção Básica em Natal-RN, esta pesquisadora constatou a existência de uma atenção entre os trabalhadores desagregada dos valores atribuídos à humanização.

Essa desagregação se manifestava pelo desrespeito às diversidades ocasionando, muitas vezes, julgamentos, intrigas e críticas no ambiente de trabalho.

Desse modo, os trabalhadores que desenvolvem suas atividades em ambientes insalubres se sentem mais vulneráveis ao desgaste emocional

ocasionado pelo estresse e a singularidade do seu trabalho relacionado ao sofrimento e a dor do outro.

Por outro lado, em alguns momentos podem ocorrer rupturas na vida do sujeito trabalhador. Essas ocasiões geram sofrimento e insegurança, dificultando seu relacionamento e convívio social no ambiente de trabalho.

Contudo, ainda existem outros obstáculos na realidade estudada que interferem no processo de trabalho gerando insatisfação e desmotivação, tais como: falta de insumos básicos; escassez de material educativo; equipes de saúde incompletas, (ausência do médico), falta de supervisão territorial e apoio matricial para as equipes.

Estes problemas refletem na desorganização da rede de atenção à saúde em todos os níveis do SUS, comprometendo o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Diante de tal situação, o enfrentamento de uma sobrecarga de trabalho pela sua natureza, o número de famílias, a estratégia de vigilância à saúde e o estabelecimento de vínculo com o usuário/comunidade, também vem interferindo no trabalho em equipe e nas relações interpessoais dos profissionais.

Em decorrência da desvalorização do trabalhador, pela instituição, pelos usuários e pelos colegas no próprio ambiente de trabalho tem gerado conflitos e dificuldades no convívio coletivo.

Na realidade observada, tanto no nível central (Secretaria Municipal de Natal) como no nível local (unidades de saúde) é incipiente a existência de experiências na perspectiva da humanização do trabalhador.

Nesse sentido, é um grande desafio a implementação de iniciativas que possibilitem o exercício do protagonismo e a valorização dos trabalhadores. A implantação de um espaço de diálogo, de conversa, de trocas de experiências, de atendimentos individualizados para o profissional da área de saúde representa uma dessas iniciativas que deve romper com modelos prontos e estruturados que não atendem de forma equânime a singularidade e a subjetividade do sujeito.

O despertar para abordar essa problemática nessa pesquisa ocorreu a partir da escuta dos depoimentos dos trabalhadores em reuniões coletivas do grupo de HumanizaSUS (GTH) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Natal. Nessas ocasiões, os trabalhadores abordavam as suas angústias apontando a necessidade de atenção e cuidado.

Convém ressaltar que, muitas vezes, esses sofrimentos se revelavam através de depressão, insônia, indisposição para o trabalho, entre outros. Diante de tal situação, sugeriam a necessidade de serem ouvidos, acolhidos e respeitados para desempenhar suas atividades junto à população da melhor forma possível.

Na vivência como enfermeira, atuando sempre na atenção básica por identificação com a saúde pública, busquei ao longo da minha trajetória outras formações que pudessem fundamentar o desenvolvimento de atividades coletivas com os usuários.

Dessa forma, minha primeira experiência com grupo de usuários foi na década de 80, com portadores de hipertensão. O questionamento na época era o que fazer para melhorar esse quadro de morbidade? Uma vez que esta clientela frequentava o Pronto Socorro em média três vezes por semana com crise hipertensiva.

A Biodanza foi a ferramenta utilizada para esse grupo durante seis meses, com o objetivo de ajudar na diminuição dos níveis pressóricos. Os resultados foram comprovados, através da verificação semanal da pressão arterial e avaliação de médicos especialistas. Na época, surgiu a primeira iniciativa de um acompanhamento junto aos profissionais da saúde de uma unidade básica. A intenção era motivá-los e ouvir suas dificuldades visando a possibilidade de uma melhoria de comunicação e relacionamentos no ambiente de trabalho.

Seguindo o trabalho com o coletivo, durante a formação em Terapia Comunitária Integrativa, desenvolvemos esta atividade, com a comunidade e com os trabalhadores de saúde. Foi uma experiência envolvente com os servidores por haver partilhas de situações em comum, vivenciadas nos locais de trabalho.

No período entre 2007 e 2009, desenvolvemos atividades vivenciais de integração com os trabalhadores da SMS em vários tipos de eventos educativos. Essa experiência acumulada foi suscitando, ao longo da minha trajetória, várias indagações que despertaram o desejo de realizar essa pesquisa com caráter intervencionista, criando desta forma um espaço de encontro entre trabalhadores que também precisam de acolhimento e de cuidados humanizados.

As questões que nortearam a pesquisa foram:

A criação de um espaço de escuta contribui para o acolhimento e humanização dos trabalhadores da saúde na atenção básica?

Quais os principais problemas que afetam os trabalhadores da saúde na atenção básica, que revelam dificuldades no contexto das relações de trabalho?

Quais os efeitos de um processo de TCI vivenciado, segundo a visão dos seus participantes?

A argumentação central investigada partiu da hipótese de que Terapia Comunitária Integrativa pode contribuir para minimizar problemas e construir relações mais solidárias e humanizadas entre os participantes.

Considerando essa linha de argumentação a pesquisa teve como objetivo geral analisar a contribuição da Terapia Comunitária Integrativa como abordagem de escuta para os trabalhadores de saúde da atenção básica na perspectiva da humanização; e como objetivos específicos:

Desenvolver a Terapia Comunitária Integrativa como abordagem terapêutica e espaço de escuta dos trabalhadores de saúde do Distrito Norte I e II do município de Natal-RN.

Identificar os principais problemas relatados pelos participantes do processo de Terapia Comunitária Integrativa.

Descrever os efeitos da terapia comunitária integrativa conforme a visão dos participantes.

Além dessa introdução, o texto da dissertação está organizado em mais quatro capítulos que abordam caminho metodológico, os aportes teóricos, os resultados e discussões, bem como as considerações finais.

Caminho Metodológico

“A ciência e a validade das explicações científicas não se constituem nem se fundam na referência a uma realidade independente que se possa controlar, mas na construção de um mundo de ações comensurável com o nosso viver”.

Humberto Maturana

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo forneceremos informações a respeito da metodologia utilizada na elaboração dessa pesquisa. Informamos que a mesma encontra-se organizada em quatro itens assim apresentados: tipos de estudo, cenários e participantes, fases da pesquisa, coleta e análise dos dados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo pode ser classificado como descritivo exploratório, de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito singulares, atentando para um determinado nível da realidade não quantificada. Na verdade, trabalha com um universo de significados, motivos, valores e atitudes que se situam em um espaço de relações que não podem ser reduzidos as variáveis quantitativas.

Dando continuidade ao assunto, de acordo com Thiollent (2009), a pesquisa-ação tem uma base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de algum problema coletivo. A característica fundamental desse tipo de pesquisa é a participação e o envolvimento das pessoas implicadas que vivenciam o problema, resultando numa ação prática. Existe colaboração entre o pesquisador e os envolvidos onde pesquisa e intervenção estão integradas num processo estruturado e intencional.

Dessa forma, outros autores como Kemmis e McTaggart (1984) declaram que a pesquisa-ação busca mudança ou transformação. Portanto, tem como objetivos melhorar a prática e compreensão da realidade em pauta pelos participantes.

De acordo com Severino (2007), a pesquisa-ação é a aquela que além de compreender, visa intervir na situação com vistas a modificá-la. Em outras palavras, o conhecimento articula-se a uma finalidade intencional de alteração da situação pesquisada.

Thiollent (2009), também esclarece que quando a pesquisa é realizada, tendo como base uma situação empírica em determinada coletividade, os temas e problemas devem ser limitados à descrição de uma situação concreta para intervenção, em função da resolução dos problemas efetivamente detectados.

O modelo dessa investigação levou em consideração a intersubjetividade e a dialética do coletivo, uma vez que, os sujeitos envolvidos tiveram liberdade e autonomia para questionar. A liberdade de expressão foi considerada como um dos princípios orientadores do diálogo, no qual as regras de convivência foram pactuadas pelo próprio grupo participante.

A função do pesquisador foi de conduzir e coordenar o grupo, estimulando o diálogo e a interação dos envolvidos. Os participantes como sujeitos ativos,

problematizaram, planejaram, implementaram e avaliaram a intervenção (FRANCO, 2005).

2.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A presente pesquisa foi desenvolvida com trabalhadores que atuam na Atenção Básica de Saúde do Município do Natal, envolvendo dois Distritos Sanitários e quinze unidades de saúde, conforme o quadro 1.

Os referidos distritos integram a Região Administrativa Norte, do município de Natal, e demograficamente abrigam a maior parte da população do município, na proporção de 34,4% (VILAR, 2009).

A Região Administrativa Norte possui uma das menores rendas do município: não chega a três salários mínimos. Por isso, evidencia grande desigualdade econômica comparada às outras regiões administrativas no município (Natal, 2006a).

A escolha da região foi motivada pela atuação profissional da pesquisadora na mesma. A inclusão das unidades ocorreu a partir do interesse e disponibilidade dos trabalhadores em participar da ação planejada na pesquisa.

Quadro1: Distribuição do número de trabalhadores participantes da pesquisa por Distrito/Unidade de Saúde. Natal/2011.

DISTRITO	UNIDADES DE SAÚDE	Nº DE TRABALHADORES
NORTE I	USF ÁFRICA	05
	USF CIDADE PRAIA	01
	USF JOSÉ SARNEY	05
	USF NOVA NATAL I	02
	USF NOVA NATAL II	02
	USF PARQUE DAS DUNAS	03
	UM PAJUÇARA	05

	USF REDINHA	03
	USF VISTA VERDE	03
NORTE II	UBS BELA VISTA	04
	USF NORDELÂNDIA	02
	USF POMPEIA	03
	USF POTENGI	01
	USF SANTARÉM	04
	POLICLÍNICA ASA NORTE	01
SEDE DO DISTRITO	NÍVEL CENTRAL	01
TOTAL		45

Os sujeitos participantes deste estudo foram, na maioria, do sexo feminino, com uma grande representação de (98%). A faixa etária predominante ficou entre 25 a 35 anos, com, respectivamente (60%). Em relação ao estado civil, (65%) deles declaram-se solteiros. Quanto ao grau de escolaridade, 21% afirmou possuir nível superior, 22% nível técnico e apenas 2%, nível médio.

O perfil das categorias profissionais dos envolvidos foi constituído pelas equipes que compõem a estratégia saúde da família, sendo 40% composto por agentes comunitários, 11% técnico de enfermagem, 8% de enfermeiros e 2% de dentistas.

Houve ainda a participação de 6% dos profissionais que assumem a função de gestor nas unidades de saúde. Sobre o tempo de serviço dos profissionais que atuam na instituição, foi observada uma grande variação que oscilou, de 3 a 20 anos.

2.3 FASES DA PESQUISA

A operacionalização dessa pesquisa foi cumprida em duas etapas divididas em um levantamento bibliográfico da literatura específica no assunto e um trabalho de campo. A consulta realizada a respeito da produção científica brasileira acerca da temática Terapia Comunitária Integrativa, publicada no período 2006 a 2010 indicou a existência de 40 publicações. Destas, apenas quinze (15) delas abordavam o tema

da escuta. Vale salientar que foram encontradas poucas referências da TCI aplicada ao trabalhador da área de saúde.

O trabalho de campo foi realizado em quatro fases que compõem o método da pesquisa-ação: Fase exploratória, fase do planejamento, fase da ação propriamente dita e fase da avaliação.

A fase exploratória corresponde ao diagnóstico da situação encontrada e o levantamento das necessidades dos pesquisados diante da problemática a ser abordada.

No tocante ao diagnóstico da situação, tentamos identificar os problemas apresentados pelos trabalhadores, visando avaliar a necessidade da criação de um espaço de escuta com o desenvolvimento da TCI. Esse diagnóstico aconteceu numa sequência de vários momentos de escuta das discussões coletivas que faziam parte da agenda institucional. A temática sobre humanização e acolhimento era constantemente abordada com os sujeitos sempre expressando insatisfações e a expectativa de mudança na realidade ora apresentada.

Na segunda fase do planejamento, solicitamos o apoio da instituição para a criação das condições necessárias à viabilização da pesquisa. Inseridos neste contexto, elaboramos um pré-projeto, denominado “Espaço Saúde – cuidando de Mim” no qual a Terapia Comunitária Integrativa foi apresentada como proposta de intervenção. Após a aprovação do mesmo pelo órgão aqui em destaque, iniciamos a divulgação do projeto de pesquisa, enquanto aguardávamos a avaliação do mesmo pelo comitê de ética.

A referida divulgação aconteceu através da utilização de vários meios de comunicação: memorandos institucionais, contatos telefônicos e presenciais em reuniões que faziam parte da agenda da instituição. Após esses contatos foram realizados quatro encontros com os trabalhadores para apresentação do projeto que enfocava os objetivos da pesquisa-ação no intuito de socializar as informações e motivá-los para a participação. Após os encontros foi constituído um grupo para participar da TCI, e tomadas as devidas providências para formalizar a participação junto à instituição.

A terceira fase correspondeu a ação propriamente dita: foram realizadas quinze (15) rodas da TCI no período de julho a setembro de 2011. As mesmas ocorreram nas quintas-feiras, no horário da manhã, em um espaço cedido por uma Igreja Católica situada em um dos bairros do distrito.

A última fase de avaliação foi direcionada à análise dos resultados da ação, E a definição dos encaminhamentos necessários à continuidade do projeto.

2.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi efetuada nas fases de ação e avaliação, através da observação participante e do registro em diário de campo das rodas de TCI, incluindo também os registros fotográficos de imagens.

Minayo (1994) destaca que a observação participante possibilita o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. Deste modo, a observação das rodas que já representavam a ação propriamente dita da pesquisa permitiu a captação dos significados, diretamente na própria realidade.

Os registros escritos no diário de campo relatam as sessões de TCI, de modo a destacar uma descrição do ocorrido com a complementação das imagens fotográficas. Em relação à análise dos dados coletados, considerando as variadas fontes já mencionadas e a opção pela abordagem qualitativa, esta foi direcionada a técnica de análise de conteúdo, fundamentada em Bardin (2007).

A referida autora esclarece que a análise de conteúdo pode ser compreendida na perspectiva de uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Representa assim, um tipo de interpretação que oscila entre dois polos, do rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Para o exame do conteúdo foi utilizada a técnica de análise de discurso, que busca estabelecer ligações entre a situação na qual o sujeito se encontra e as manifestações semânticas expressas na superfície discursiva. Iniciou-se a partir de uma leitura flutuante do diário de campo, seguida de uma leitura interpretativa dos registros feitos, seguido do processo de categorização dos elementos constitutivos do discurso investigado, em consonância com os objetivos da pesquisa. Ao final, foi realizada a inferência dos sentidos expressos e suas relações.

Para a interpretação dos resultados, o discurso investigado foi categorizado em duas dimensões: relatos das rodas e problemas abordados; repercussões da terapia comunitária integrativa para os participantes. Esta última enfocou duas sub-dimensões: nas relações no trabalho, nas relações familiares e na saúde.

2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), para o cumprimento da Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996), e foi aprovado através do PARECER Nº 221/2011.

Nas ações desenvolvidas, os convidados participantes foram orientados acerca dos objetivos do trabalho e de sua participação voluntária no estudo, bem como a possibilidade de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal no seu trabalho profissional. Eles leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

Os critérios de inclusão se reportaram a dois aspectos: ser trabalhador de atenção básica da Região Norte, haver participado de um dos encontros que aconteceu previamente para apresentação do projeto e adesão voluntária.

Em relação aos critérios de exclusão estes foram: o não cumprimento dos critérios de inclusão e o período de férias do trabalhador coincidir com o período do agendamento das rodas de TCI a serem realizadas na fase de ação de pesquisa.

Aportes Teóricos

“Precisamos de uma educação vitalícia para nos dar escolhas. Mas precisamos ainda mais de salvaguardar as condições que tornam a escolha disponível e ao alcance de nosso poder”.

Zygmunt Bauman

3 APORTES TEÓRICOS

Neste item, abordaremos quatro temas que contribuirão para o melhor entendimento do objeto desta pesquisa. Os temas são os seguintes: A Política Nacional de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador; a Política Nacional de

Humanização; a Terapia Comunitária Integrativa como abordagem terapêutica e a Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde.

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

No âmbito da saúde mental, vem ocorrendo, ao longo dos anos, um movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, por uma política nacional respaldada pela Lei Federal nº 10. 216 de 06/04/2001, organizada conforme os princípios de desinstitucionalização como forma de garantir os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Considerando que o objeto desta pesquisa tem relação com a saúde mental dos trabalhadores, discorreremos algumas idéias que explicitam mudanças na política de saúde mental direcionada aos usuários, incluindo também o trabalhador de saúde como foco desse estudo.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), 23 milhões de pessoas necessitam de algum atendimento em saúde mental. Ou seja, 12% da população brasileira. De acordo com o mesmo documento, cinco milhões sofrem com transtornos mentais graves e persistentes correspondendo a 3% da referida população.

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde Mental do MS afirma que a demanda de saúde mental afeta 25% da população brasileira em algum momento da vida e 12% no decorrer de um ano².

Diante de números tão expressivos, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo centrado nos manicômios e instituições asilar, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental com ações pautadas na humanização, de modo que o usuário tenha acesso universal, integral e sistêmico (MACHADO; DOMINGUES, 2010).

Esse novo modelo é orientado pela atenção psicossocial. Inclui outras estratégias de cuidado e objetiva o contato e o acolhimento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

² Informações do site oficial do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) em 20 de agosto de 2011.

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental passa a buscar espaços que agreguem a subjetividade e a singularidade do indivíduo em sofrimento psíquico através da escuta, da inclusão, da cidadania, da autonomia e solidariedade em prol da reinserção social do mesmo junto à sua família e a comunidade.

Com efeito, a desinstitucionalização e a reintegração das pessoas com transtornos mentais egressos de longas internações psiquiátricas na comunidade requereram da atenção básica intervenções para desenvolver a integralidade da atenção a essa clientela.

De acordo com Ribeiro (2007), o caráter substitutivo das práticas convencionais preconizado pela reorientação do modelo assistencial na Estratégia Saúde da Família (ESF) está direcionado a uma nova estrutura baseada na vigilância à saúde.

Assim sendo, foram criadas alternativas para a inserção do portador de transtorno mental na comunidade, com integralidade e hierarquização das ações e serviços do sistema local de saúde.

Contudo, para garantia do atendimento e acompanhamento dos usuários com transtorno mental se faz necessária a existência de uma rede de serviços de saúde mental atuando com base territorial, integrada às ações da ESF, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Essa rede de serviços deve ser constituída por: apoio matricial de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), formados pelos CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil); centros de convivência; residências terapêuticas, pelo Programa de Volta para Casa, emergências psiquiátricas, dentre outros dispositivos de atenção (BRASIL, 2005b).

Neste contexto, a VI Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I) realizada em 2010, ressalta a importância da atenção básica no atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu território através de ações de prevenção e promoção em saúde mental (BRASIL, 2010).

Assim, atribui que as unidades básicas de saúde incluam estratégias de saúde mental em todos os grupos existentes como saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto entre outros, na perspectiva da busca da intersetorialidade no desenvolvimento das atividades.

As práticas de atenção psicossocial, para Rodrigues (2010) são definidas pela articulação com outros setores do conhecimento como trabalhar com o território, a escuta como forma de encontrar outras possibilidades de perceber o sujeito e ressalva destacando que o “medicamento não resolve tudo”.

No intuito de frear o uso contínuo e indiscriminado da medicalização, a IV CNSM-I (2010), propõe formação para os profissionais do SUS. Que assegurem práticas de promoção e cuidado em saúde mental no território da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dentro desta discussão da intersetorialidade, de promoção e cuidado em saúde mental, há uma ênfase na ampliação e implantação das terapias complementares e comunitárias. São elas: a homeopatia, a acupuntura, a fisioterapia, as práticas psicocorporais, e o fortalecimento da terapia comunitária (BRASIL, 2010).

Outra diretriz a destacar na IV CNSM-I (2010), são as ações visando a implementação de programas específicos de cuidado aos cuidadores da saúde que contemplem ações de atenção e gestão, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Neste sentido, com o intuito de melhorar a atenção à saúde mental do adulto trabalhador prevê em suas diretrizes a construção do protocolo de saúde mental do profissional, assim como as redes locais de cuidados em saúde mental que promova ações de atenção à saúde dos trabalhadores.

Portanto, para se cuidar, assistir e prevenir o sofrimento psíquico e os transtornos mentais ocasionados pelas condições e relações de trabalho, se faz necessária uma política de promoção de saúde mental articulada intersetorialmente com a política de saúde do trabalhador.

Considerando que estamos discutindo sobre a política de saúde mental, destacando o profissional da saúde como um dos seus alvos, mostraremos algumas considerações sobre seu enlace com a política de saúde do trabalhador.

Fica evidenciado assim, que a atenção à saúde do trabalhador no Brasil é implementada na década de 1980 no contexto da transição democrática em sintonia com a ocorrência no mundo ocidental referenciada pela Reforma Sanitária Italiana, na perspectiva de que a Saúde do Trabalhador fosse integrante da saúde pública.

Este processo social se expressa em momentos importantes de mobilização sanitária no país, nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), na realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST), ambas

em 1986, fatores decisivos para uma ampla Reforma Sanitária, a defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecimento do Setor Público (MINAYO, 2011).

Dessa forma, a organização da sociedade civil, na força deste movimento, influencia mudanças de enfoque na saúde com a criação do SUS e na atenção à saúde do trabalhador. Atribui a responsabilidade ao referido órgão, orientado pelos seus princípios norteadores da universalidade, descentralização, integralidade e participação social promulgada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), em vigor desde 2004, teve como proposta, a unificação de todas as ações voltadas para esse fim. No SUS, a participação da sociedade foi impactante na sua formulação (BRASIL, 2004).

As suas diretrizes são: atenção integral à saúde dos trabalhadores, ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação e vigilância em saúde, independente do tipo de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Para o desenvolvimento dessas atividades foi implantada pela portaria nº 1.679/2002 (BRASIL, 2005a), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e, a expansão da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), como principal estratégia do SUS. No entanto, sua lógica é centrada na consulta médica e na abordagem individual do funcionário. Nesse sentido, a estruturação da RENAST deveria caminhar na superação da dicotomia entre assistência e vigilância, na prevenção dos agravos e promoção da saúde (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Nesse contexto, a atenção à saúde do trabalhador é concebida na nova lógica produtiva da economia globalizada. Vinculada fortemente no setor de serviço e, principalmente, a saúde pública, influenciado pelos interesses do complexo médico-industrial, com aumento constante nas suas margens de lucro.

Para Campos (2007), essa lógica mercantil neoliberal estendida ao SUS, sem considerar as especificidades do campo da saúde, tem resultado numa crescente precarização das relações de trabalho com desregulamentação da legislação de contratação dos trabalhadores da saúde. Dessa maneira, o ambiente e as condições de trabalho, influenciadas pela maximização dos lucros, tem se tornado precárias, fragmentadas, resultando na desvalorização da autonomia e auto-estima dos trabalhadores.

Diante dessa realidade, essas ações têm contribuído para o surgimento de dificuldades nas relações de trabalho e gestão. Isso repercute na qualidade de vida e de saúde da classe trabalhadora e fortemente nos trabalhadores da área de saúde.

Vasconcelos e Machado (2011) enfatizam que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador ainda se mantém nas formulações normativas de execuções pluri-institucionais, com formação de quadros medicocêntricos, manutenção do trabalhador como corpo-objeto desarticulado da vigilância epidemiológica sanitária e do controle social.

Tendo em vista o até aqui exposto, convém ressaltar a grande importância do trabalho, pois permeia toda a existência humana. Apesar de notórias modificações nas leis que regem seu processo, ainda persistem diferentes formas de expressão do adoecimento e sofrimento de muitos indivíduos que trabalham.

Segundo Dejours, a vivência do sofrimento é influenciada por vários fatores: divisão e padronização de tarefas, rigidez hierárquica, excesso de procedimentos burocráticos, centralização das informações, falta de participação nas decisões, não reconhecimento, desestruturação das relações sócio-afetivas com os colegas, com o público e pouca perspectiva de crescimento profissional.

Assim sendo, o que desencadeia o sofrimento psíquico nos indivíduos, na execução de suas tarefas, gera um bloqueio na relação homem/trabalho, muitas vezes em decorrência das tentativas de adaptação entre a organização e o desejo individual gerando vivências de desprazer (DEJOURS, 1992).

De acordo com Mendes (1995), a explicação para as vivências de prazer-sofrimento baseada na abordagem psicodinâmica do trabalho, define o sofrimento como a manifestação de sensações de desgaste, cansaço, desmaio e descontentamento com o trabalho.

Já as vivências de prazer são operacionalizadas a partir da valorização e do reconhecimento pelo empregador. Ao reconhecimento é atribuído: a aceitação, a admiração, a liberdade de expressão da individualidade, permitindo ao trabalhador o uso do seu poder criativo e inventivo, de adequação às condições adversas e flexibilização na organização do trabalho.

Portanto, o sofrimento em decorrência dessa organização provoca a desestruturação das relações psico-afetivas com os colegas de trabalho e com o

público, conflitos nas relações, suspeitas e rivalidades uns com os outros, às vezes, resultando em manifestações de violência e agressividade.

Ainda dentro desse enfoque, os trabalhadores muitas vezes se utilizam de recursos para atenuar a tensão interna através das bebidas alcoólicas ou passam a fazer uso de psicotrópicos para controlar a agressividade e a ansiedade, decorrentes da organização do trabalho (DEJOURS, 2005).

Convém ressaltar que os sentimentos de angústia, medo e ansiedade são os meios pelos quais, nas relações de poder, se fazem respeitar os preceitos hierárquicos, ocasionando sofrimento mental que repercute na saúde do trabalhador.

Nessa perspectiva, a exploração do sofrimento pode ter repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores na mesma relação que a saúde do corpo é afetada pela exploração da força física.

Na percepção de Rollo (2007), outros fatores agravam essas situações como: desproporção entre demanda e a capacidade de oferta de serviços, falta de trabalho em equipe, desconhecimento quanto aos resultados do trabalho, gerência autoritária ou omissa e a inexistência de espaço de conversa e enfrentamento dos problemas que surgem no dia a dia.

Em decorrência desses fatos é presente o sofrimento mental nesses trabalhadores, caracterizados pela sensação de incompetência, sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, agressividade, manifestações psicossomáticas que influenciam a qualidade e efetividade das ações desenvolvidas no trabalho (ROLLO, 2007).

Por fim, o sofrimento-desprazer originado da precarização do trabalho, valorização da competição, ausência das relações de solidariedade, em decorrência do processo político, econômico organizativo do trabalho, tem refletido no adoecimento dos trabalhadores.

Merlo (2011) evidencia que essa mudança na configuração do trabalho tem influenciado as condições físicas dos trabalhadores da saúde no Brasil. As causas mais frequentes são o surgimento da LER (lesão por esforço repetido), DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho), distúrbio mental e do comportamento, dorsalgia e depressão.

Como observamos, a saúde mental do trabalhador da saúde é permeada por conflitos existentes no trabalho que resultam em tensão emocional. As

consequências são diferentes formas de sofrimento ocasionadas pelo jeito como a organização do trabalho se processa no mundo globalizado.

No intuito de fortalecer essas políticas, em consonância com os princípios do SUS, é implantada a Política Nacional de Humanização, a qual está totalmente relacionada à nossa pesquisa.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi criada em 2003 com o propósito deflagrar um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento dos desafios que constituem o sistema de saúde.

Surge, portanto, com o intuito de alterar os modos de gestão e de cuidado em saúde, correspondendo ao enfrentamento de situações incoerentes ao direito à saúde prescrita na norma jurídico-legal do SUS. A PNH defende um modelo de produção do cuidado, centrado numa comunicação horizontalizada com troca de saberes, diálogo, escuta e partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários.

Segundo Vilar (2009), a produção do cuidado, entendida como a organização do ato assistencial de promoção, proteção ou recuperação da saúde, tem o usuário, os trabalhadores e gestores do SUS como copartícipes e corresponsáveis do processo do cuidado produzido nos serviços de saúde.

Benevides, Passos (2005) e Vilar (2009) afirmam que a humanização em saúde não pode ser definida como um engessamento regulador da assistência, nem cair no modismo, muitas vezes presente em práticas de atenção, de maneira focalizada, ou vinculado ao exercício profissional ou a questões de gênero.

Os autores acima propõem uma compreensão da humanização como processos de subjetivação transformadores que envolvem sujeitos a partir das práticas concretas e cotidianas, sendo assim, capaz de provocar mudanças no modo de realizar a gestão e a atenção em saúde como práxis.

Dentre os princípios dessa política de humanização podemos citar: a transversalidade³, a não separação entre práticas de gestão e de atenção à saúde⁴, e o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos⁵. E como diretrizes: o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão participativa, a valorização do trabalho e do trabalhador e a garantia dos direitos do usuário (BRASIL, 2008)

As diretrizes da PNH são orientações importantes para colocar os seus princípios em prática. O acolhimento - prática essencial para a humanização da atenção à saúde, pautado pela escuta clínica solidária da diversidade e tolerância aos diferentes - a inclusão social, o melhor acesso aos serviços com resolubilidade e a promoção de diálogo entre sujeitos equipe/usuário/trabalhador.

Outra diretriz, a ampliação da clínica, uma abordagem de atendimento amplo que inclui os aspectos biológicos e as dimensões subjetivas dos indivíduos para a proporção da autonomia dos usuários.

A terceira diretriz chamada gestão participativa, prima pela inclusão de vários atores pautada num trabalho em equipe e na construção coletiva para a tomada de decisões: democráticas, participativas, sujeitos protagonistas nos coletivos e corresponsáveis pela produção de si e de onde vivem.

A quarta diretriz é denominada como valorização do trabalho e do trabalhador. Aqui o trabalho é um conjunto de atividades simultâneas e o trabalhador é gestor e produtor de saberes com experimentação constante de modos de trabalhar visando o desempenho de uma situação nova e imprevisível.

Segundo Vilar (2009), a valorização do trabalho, como uma das diretrizes da PNH denota o reconhecimento da sua importância no contexto da humanização. Hoje a situação do trabalhador da área de saúde que atua no SUS é preocupante, devido a uma série de problemas que geram desmotivação e desumanização para com o mesmo. Estes problemas se expressam através da inconsistência das políticas salariais, baixa remuneração dos trabalhadores, precarização dos vínculos

³ A transversalidade pode ser entendida como ampliação da abertura comunicacional horizontalizada visando estar presente em todos os lugares em diferentes ações e instâncias do SUS, favorecendo sua capacidade de expansão.

⁴ Compreende que a organização do trabalho e a atenção à saúde são inseparáveis. Considera a produção de saúde e a produção de subjetividade como ações complementares e interdependentes que se influenciam mutuamente.

⁵ O protagonismo dos sujeitos e da coletividade com a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários de movimentos coletivos ou de redes, envolvidos na gestão e na atenção. Dessa forma, os gestores e profissionais trabalham para e com os usuários onde os mesmos passam a ser coparticipantes do processo.

de trabalho, ausência do plano de carreira, inadequadas condições de trabalho desrespeito às leis trabalhistas e a utilização excessiva de normas burocráticas e prescritivas que mecanizam o trabalho.

Portanto, a garantia dos direitos do usuário, outra dimensão da PNH, está diretamente relacionada aos direitos de cidadania, ao acesso de determinados bens ou serviços, e direito à saúde. Para Betts (2000), a humanização está relacionada com a nossa comunicação, com a nossa capacidade de falar e ouvir o sofrimento humano. É importante a sensibilidade para a percepção da dor e do prazer, e o respeito e o reconhecimento do outro.

Vale salientar que já se passaram 22 anos da implantação do SUS, muitas conquistas no perfil epidemiológico nacional foram alcançadas, no entanto, o trabalhador não tem sido valorizado como deveria. O mesmo não é reconhecido como sujeito protagonista construtor da produção de saúde e como ser humano com fragilidades e limites.

Contudo, a situação complexa do sistema de saúde, vinculada a expansão do neoliberalismo e efeito da globalização vem ocasionando a desregulamentação do trabalho e a terceirização, contribuindo mais ainda para a desvalorização e desqualificação dos serviços e servidores públicos em saúde (ROLLO, 2007).

Dessa forma, onde o lucro é primazia, impõe um trabalho fragmentado, sem valorizar a autonomia do trabalhador. Com isso, gera-se desmotivação e alienação do trabalho em saúde e, em consequência, surge sensação de incompetência, diminuição da auto-estima, impotência, tendência à agressividade e conflitos relacionais (ROLLO, 2007).

Os trabalhadores de saúde desempenham um trabalho desgastante, são desvalorizados profissionalmente, enfrentam precarização das relações e condições de trabalho. Aliado a esses fatores, a ausência de espaços de conversação para resolução de problemas que surgem no dia a dia. As consequências são sofrimento e adoecimento (BRASIL, 2008a).

Campos (2007) cita uma elevada prevalência de estados de estresse dos profissionais de saúde, em decorrência da natureza do trabalho, somando a sobrecarga de tarefas, falta de comunicação e esgotamento. Essa exposição constante do indivíduo a essa realidade diária faz surgir o estresse ocupacional e, em muitos casos, a síndrome de *Burnout*, caracterizada pelos sintomas de cansaço,

ansiedade, irritabilidade, indiferença, pessimismo, perda de auto-estima, insônia, depressão, conflitos com os colegas e usuários do serviço, dentre outros.

Para o enfrentamento dessa situação, esse mesmo autor sugere atividades de grupo para prevenir a síndrome e ser suporte de atenção de algum desses sintomas nos profissionais das equipes de saúde.

Nesse sentido, a PNH recomenda nas suas orientações, a importância da união dos grupos numa construção coletiva que possa mudar a realidade. Este enlace fortalece as relações facilitando o estabelecimento de vínculos entre os próprios e também com os usuários. Dessa forma, propiciar espaço para se ouvir o outro, saber das suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais a forma como cada um encontrou para lidar com os problemas, no que se refere ao seu contexto pessoal e profissional torna a prática diária menos problemática.

Vale salientar que a participação coletiva desses profissionais na construção de vínculos e apoio entre os grupos possibilita a ampliação da motivação e da auto-estima. Aumenta a capacidade reflexiva e inventiva de cada indivíduo e trabalhador na construção da cidadania, participação nos processos de decisão e suas possibilidades de se reinventar e se reencantar.

Neste contexto, a TCI, reconhecida pelo SUS como prática complementar na atenção básica, é reconhecida como proposta para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, possibilitando resultados favoráveis diante da problemática existente.

3.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

3.3.1 Considerações históricas

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) aprovada como política pública do SUS na IV CNSM-I, em 2010 pode ser compreendida como um espaço de acolhimento para falar dos sentimentos, das dores e dos problemas, das potencialidades, partilhando experiências de vida e sabedorias de forma circular e horizontal.

Foi inicialmente desenvolvida no Brasil pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em 1987, sobre a coordenação do Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, doutor em psiquiatria e antropologia, também licenciado em filosofia e teologia.

A Terapia Comunitária Integrativa definida por Barreto (2008), como: terapia de origem grega que significa acolher, ser caloroso. O terapeuta é aquele que cuida dos outros. Comunidade: o que as pessoas têm em comum; integrativa: todos os saberes da comunidade integrados com ampliação de redes solidárias de promoção à saúde.

Para Barreto (2005), na TCI cada participante torna-se terapeuta de si mesmo. Significa o potencial de cada um como corresponsável na busca de soluções e superação dos desafios a partir da escuta de histórias de vida relatadas em grupo.

Conforme o seu enfoque, representa um espaço de partilha e solidariedade. Fortalece as relações humanas, possibilita a construção de redes sociais solidárias. Facilita, assim, a consciência da origem das implicações sociais do sofrimento humano, sendo considerado grupo de ajuda mútua.

Particularmente, Barreto (2005) declara que os encontros de terapia tecem redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças, pois as pessoas participam de uma mesma cultura e partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, apresentando afinidades em seus sofrimentos e a busca de soluções para os mesmos.

Outro aspecto importante: estimula cada um a ressignificar o sofrimento, transmutando em crescimento e a carência em competência. Estimula os indivíduos e a comunidade, através do diálogo e refletividade, a serem os agentes transformadores da sua história.

A Terapia Comunitária Integrativa ainda de acordo com Barreto (2008) está alicerçada em cinco fundamentos teóricos: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a antropologia cultural e a resiliência.

3.3.2 Fundamentos teóricos da TCI

A Teoria Geral dos Sistemas foi desenvolvida no fim da década de 1930, pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Consiste em uma organização sistêmica. Ou seja,

um conjunto integrado a partir de suas interações em todas as manifestações físicas, orgânicas ou sociais.

Contribuições mais recentes à teoria geral dos sistemas têm focado, principalmente, a relação sistema/entorno, buscando uma definição das qualidades envolvidas nas trocas energéticas e informacionais (SANTOS 2000).

Tendo em vista o até aqui citado, Humberto Maturana e Francisco Varela (1997), na perspectiva da Teoria Geral dos Sistemas, defendem uma teoria biológica quando se referem à auto-organização dos processos celulares, um fenômeno denominado de autopoiesis, afirmando que os sistemas criam identidade a partir de suas próprias operações.

Para os autores citados, tais operações são dependentes do sistema no qual são produzidas, o que, por sua vez, produz o próprio sistema. Segue-se, dessa forma, um processo circular de auto produção de componentes, capaz de dar sentido às informações do entorno e distinguir-se do mesmo (MATURANA; VARELA, 1997).

De acordo com Camarotti et al. (2003), na abordagem sistêmica o sujeito percebe-se em relação às suas interações familiares, sociais, aos seus valores e crenças, possibilitando uma compreensão maior acerca do mesmo e visando sua transformação.

Assim sendo, propõe-se que o sujeito seja percebido a partir de seu contexto, como parte indissociável de uma rede de relações. A concepção do pensamento sistêmico vê o mundo numa perspectiva de relações de integração. Valoriza o todo e suas relações com as partes que o constituem. Desenvolvem uma compreensão contextual, gerando um funcionamento próprio.

É com esse pensamento que Capra (2001) afirma que a compreensão dos sistemas engloba tanto os organismos vivos como organizações sociais, significando um todo integrado, resultado da sua relação com as suas partes.

O pensar sistêmico é a compreensão de um fenômeno dentro do contexto de um todo maior. Tudo se interconecta, já que somos todos uma parte da teia imensurável e inseparável das relações constituídas por conexões.

Neste sentido, nas situações de adversidade vividas pela comunidade, cada indivíduo faz parte do problema, como também constitui parte da solução. Logo, os problemas são sistêmicos e estão interligados, embora interdependentes (GUIMARÃES, 2006).

O pensamento sistêmico é um dos pilares em que a TCI, se apoia. Através de mecanismos de intervenção na comunidade e no indivíduo, utiliza a teia infinita de padrões inter-relacionados, permitindo ao grupo a reflexão dos problemas em todos os aspectos de um determinado contexto.

Portanto, a comunidade e a família são vistas como sistemas que seguem os princípios da circularidade, causalidade circular, retroalimentação, totalidade e não somatividade.

Nesse pensar, as pessoas que vivenciam situações-advérsas tornam-se corresponsáveis e são estimuladas a refletir sobre o seu papel. Os acontecimentos são entendidos, considerando-se o contexto e não a soma de suas partes (HOLANDA, 2006; BARRETO, 2008).

Nessa reciprocidade, o ser humano é um membro ativo, reativo dos grupos sociais, sujeito implicado no contexto social e cultural, os quais são valorizados e interligados na compreensão e resolução dos problemas familiares e comunitários.

Conforme os pressupostos da Teoria da Comunicação, esta é um processo social permanente que integra múltiplos modos de comportamento: fala, gesto, olhar, espaço interindividual. A vida cotidiana é fortemente afetada por nossas comunicações com os outros (LITTLEJOHN, 1998).

A comunicação é um dos mais complexos e importantes aglomerados presentes no comportamento. Por meio dela pode-se entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade que o envolve (LITTLEJOHN, 1998).

Watzlawick (1967), referenciada na fundamentação teórica da TCI no que se refere à comunicação, evidencia algumas pontuações importantes para que haja a comunicação. Todo comportamento é comunicação e toda comunicação muitas vezes feita por gestos e atitudes ocorre de modo inconsciente e não intencional. Portanto, todo sinal ou sintoma tem valor de comunicação, sempre está escondendo ou revelando algum fato importante.

A autora afirma que toda comunicação tem o conteúdo (ou mensagem) e a relação entre os interlocutores. Portanto, quando uma pessoa se comunica com outra, está oferecendo uma definição de si mesma e espera uma resposta verbal ou gestual a qual será um espelho que lhe permitirá reconhecer-se.

A ação comunicativa pauta-se pelo uso da linguagem como meio dentro do qual acontece um processo de entendimento em cujo transcurso os participantes, ao

relacionarem-se com o mundo, apresentam-se uns perante os outros, com pretensões de validade que podem ser aceitas ou questionadas (HABERMANS, 1994).

A comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. É por meio dela que se estabelecem os contatos entre as pessoas e, por conseguinte, a formação dos vínculos. Daí a necessidade de se desenvolver uma comunicação num contato face a face e sem duplo sentido (BARRETO, 2005).

Nessa perspectiva, Barreto (2008) discorre que a riqueza e a variedade das possibilidades de comunicação entre as pessoas fazem um convite a ir além das palavras para entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido como sujeito e cidadão.

Para esse autor, a pessoa que participa da roda de Terapia Comunitária, quando fala de suas angústias, dúvidas e inquietações, revela suas fantasias e expressa emoções. Ao mesmo tempo se libera daquilo que a oprime. Assim, permite ao grupo refletir sobre as raízes do sofrimento humano e esboçar soluções práticas, curativas e preventivas.

A escuta suscita o desejo de solidariedade, desperta a compaixão e, assim, esboçam-se os primeiros passos da construção de uma comunidade solidária. A *pedagogia de Paulo Freire*, compreendida como libertadora, chama a atenção para a análise crítica da realidade, onde a palavra ajuda o homem a tornar-se sujeito/ator de sua própria história (FREIRE, 2009).

O ato de ensinar consiste num exercício do diálogo, da troca, onde os conhecimentos são compartilhados, não sendo apenas uma transmissão de saberes acumulados por alguém que os detém. Nessa pedagogia, onde a teoria e a realidade se associam, se faz necessário um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelo educando, nos seus diversos contextos onde os conteúdos são extraídos da sua prática de vida relacionada com o seu meio ambiente.

A linguagem passa a ser cultura, sendo a palavra um instrumento para que o homem se torne homem. O educador, numa troca constante com o educando elimina toda a relação de autoridade. Aqui o diálogo é o mediador do processo ensino-aprendizagem e tanto o educador como o educando são protagonistas no ato do conhecimento.

Para Freire (2009) o ator envolvido no processo ensino-aprendizagem tem como tarefa desvelar a realidade, conhecendo-a criticamente, bem como recriar esse conhecimento.

Outro fundamento teórico da TCI é a antropologia cultural. Compreendida como o estudo do homem e de seus trabalhos, estuda a obra humana na qual estão assuntos relacionados com política, religião, arte, artesanato, economia, linguagem, práticas e teorias, crenças e razão (MELLO, 2002).

Corroborando esse pensamento Mello (2002), Cortez e Tocantins (2006) definem a antropologia cultural como o ramo da ciência que estuda essencialmente o homem, das suas origens biológicas ao seu comportamento social e comunitário. Tem como base o entendimento das diferentes formas de vida em sociedade.

Contudo, desde os primórdios o ser humano, para a preservação da sua espécie viu-se desafiado a ultrapassar fronteiras, sejam elas geográfica, política, ideológica ou religiosa e a superar seus próprios limites. Visto dessa perspectiva, foi sempre um peregrino andando em busca de novas terras, de melhores climas e de novas alternativas de alimentação, fazendo surgir diferentes raças e costumes.

A necessidade de sobrevivência levou o homem a viver em grupo. Somente junto ao outro seria capaz de controlar as forças da natureza, superar as dificuldades, armazenar água, garantir o alimento, trabalhar em comunidade e enfrentar seus inimigos. (BARRETO, 2008).

Em comunidade, tornou-se mais forte, foi procurando novos lugares para morar. Foi dessa forma que surgiram várias civilizações e outras culturas ao redor dos continentes. Como os Maias, Astecas, Incas, no Brasil os Tupis-Guaranis, Caribes, nações indígenas de Aruka, Cariri, Potiguara, Tabajara e tantas outras (BARRETO, 2008).

Cada civilização tinha a sua cultura: língua, religião, mitos, rituais, sua maneira de trabalhar, de viver e de ser. Viviam em constante contato entre si para troca de bens materiais e culturais (BARRETO, 2008).

A necessidade de o homem viver em grupo resultou em distintos modelos de vida social. Gerou grande diversidade cultural no nosso país, em particular, produzida pelo modo de vida dos índios, dos negros, dos brancos, europeus e orientais.

Na articulação e integração dessa mistura, conseguindo o melhor de cada cultura neste universo tão complexo, temos como desafio saber conviver com as

diferenças. Construir uma sociedade mais tolerante com sua pluralidade e a complexidade da convivência humana. Assim sendo, para a compreensão das origens do homem, a classificação de suas variedades e a investigação da vida dos povos primitivos, surge a antropologia para realizar esse estudo.

De acordo com Batista (2010) o termo Anthropos deriva do grego e significa “estudo do homem” ou “ciência do homem”. Interessa-se pelo ser humano em sua continuidade da existência humana, a culturalidade e biogenética, tanto passada como também presente, na visão do todo e não na especificidade.

A cultura é a apreensão de significados, crenças, valores e atitudes que impulsionam o modo de percepção e ação do homem se colocar no mundo de geração a geração.

Helman (2003) sintetiza a definição antropológica de cultura, vendo-a como um conjunto de aspectos que os indivíduos herdaram ao integrarem uma determinada sociedade. Para tal teórico, esses princípios, permitem que as pessoas vivenciem e comportem-se no mundo social.

Malinowsk (2009), ao discutir o que é cultura, a descreve como um “conjunto integral dos instrumentos e bens de consumo, nos códigos constitucionais de vários grupos da sociedade, nas idéias e artes, nas crenças e costumes humanos”.

Dessa forma, possibilita o homem a lidar com os problemas concretos e específicos que se deparam e com suas necessidades mediante a sua cultura, o nível cultural e o padrão cultural da comunidade onde está inserido.

A cultura é um referencial importante, no qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar, discernir valores e fazer opções no seu cotidiano. É a organização social da comunidade em que vivem as influências políticas e econômicas, as crenças e valores. Portanto, envolve um conjunto de significados por meio de símbolos e sinais.

A característica marcante da antropologia está na organização condicionada de padrões comportamentais habituais que passam a ser seguidos pelos demais membros do grupo, formando o conceito de cultura em qualquer sociedade.

A cultura existente é mantida mesmo que ocorra nova concepção, nova descoberta ou formação de um novo conceito. Contudo, Mello (2002) afirma que ela diferencia os povos. Caracteriza sua autenticidade, são produtos do meio e para o meio. Compreendem que pertencem a um processo coletivo onde suas experiências cristalizadas, ao entrarem em confronto com as novas, lhes provocam mudanças.

O quinto fundamento teórico da TCI é a *resiliência* que derivada do latim “resilio”, e significa voltar ao estado natural, “resilient” de origem inglesa, significa elasticidade e capacidade rápida de recuperação.

Neste contexto, é compreendida como a habilidade que uma substância tem em retornar à sua forma original após a remoção da pressão, propriedade atribuída à física, a qual estuda o ponto máximo que um material sofre impacto e não se deforma. Também podem ser atribuídas às pessoas que após passar por dificuldades ou doenças, retornam rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito (YUNES, 2001).

Visto desta perspectiva, o termo contempla tanto materiais com sua propriedade de retornar à forma original após uma deformação elástica, como as pessoas que, no sentido figurado, possuem a capacidade de adaptação a má sorte ou às mudanças. A adaptação, significando o ajuste de um organismo ao meio ambiente, quando aplicada ao homem, é a possibilidade de perceber mudanças no mesmo para acompanhar o que acontece ao seu redor.

Na percepção de Tavares (2001), a resiliência do ponto de vista físico, é a qualidade de um material reagir à tensão, voltar à forma inicial sempre que é forçado ou cessado à pressão.

Na medicina, é definida pela capacidade de resistência a uma doença, á uma infecção, por si próprio ou com ajuda de medicamentos.

De acordo com o ponto de vista psicológico, atribui-se que é a capacidade dos sujeitos, individualmente ou coletivamente, resistirem a situações adversas, se adaptando e se reequilibrando constantemente.

O neuropsiquiatra francês Cyrulnik (2009), um dos maiores expoentes do mundo na teoria e prática de resiliência, declara que a resiliência é a capacidade de superar traumas psicológicos e emocionais de acontecimentos graves. Esses traumas referem-se ao: luto, estupro, tortura, deportação ou guerra, assim como a violência psicológica ou moral a que estão expostos os indivíduos na sociedade contemporânea.

Não por acaso, Cyrulnik (2004, p.34) afirma que “não há sofrimento que não possa ser superado”, e “não há ferida que não possa ser curada”, explicitando que após um trauma ocorre uma maturação psíquica e em seguida vem o reflexo de como fazer para voltar a ser humano.

Tendo fixada na memória a lembrança da imagem da ferida ou a devastação causada, o homem tenta entender os acontecimentos, organiza sua nova vida e luta aprendendo a viver de outro modo. Para realizar um novo projeto de vida “passa a ver as coisas como não as via antes”(CYRULNIK, 2009, p.34).

Para Flach (1991), tudo leva a crer que existem alguns atributos para as pessoas resilientes tais como autoconfiança. Encaram situações de estresse e adversidade como um desafio a ser superado. Dessa forma, conseguem administrar suas emoções e seus sentimentos em ambientes imprevisíveis e emergenciais. Têm habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la, até resolver os conflitos, de forma construtiva.

Os guardiões da resiliência facilitam um desenvolvimento psicológico após o trauma, podendo ser uma pessoa, não necessariamente um profissional, um lugar, um evento significativo, uma obra de arte.

Assim, também existem os guardiões individuais como: expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, estabilidade emocional, engajamento nas atividades e habilidades para resolver problemas.

Com efeito, pode ser nas condições familiares, qualidade das interações, estabilidade, coesão, consistência nas relações familiares e nas redes de apoio do ambiente: ser pautado na tolerância aos conflitos, demonstração de reconhecimento e aceitação, oferecimento de limites definidos e de acordo com a realidade (CYRULNIK, 2003; YUNES, 2001).

Contudo, diante das afirmativas citadas no texto, as pessoas resilientes demonstram agilidade e certo entusiasmo ao enfrentar adversidades resultantes de uma elasticidade que lhes permite permanecer relativamente calmas em ambientes imprevisíveis. A maioria das vezes se recuperam ao serem submetidas aos estresses da mudança.

Nesse sentido, é comprovado que pessoas resilientes, quando enfrentam a ambiguidade, ansiedade e perda de controle ao estarem inseridas dentro de alguma mudança, tendem a se fortalecer com as experiências.

Como assinala Barreto (2008), a resiliência é um caminho a seguir. Quando o indivíduo é levado pelas torrentes da vida, pode vencer graças ao seu esforço resiliente ou através dos vínculos de apoio e estímulo pela partilha de experiências de vida, como ocorre na TCI.

Ocorre muitas vezes que os obstáculos, os traumas, as carências e os sofrimentos superados transformam-se em sensibilidade e competência, levando-os a ações reparadoras de outros sofrimentos.

Para melhor compreensão, percebe-se no discurso dos autores que o termo *resiliência* é inato do ser humano. Difere em intensidade de pessoa para pessoa, porque abrange fatores individuais, familiares, ambientais, de rede social, e é aplicado universalmente. Portanto, a característica marcante enfatizada pelos autores é a adaptabilidade e flexibilidade da recuperação, da superação, na presença de adversidades vivenciadas.

O indivíduo resiliente não é invulnerável às adversidades. É, sim, alguém que sofre, vivencia este sofrimento fazendo com que as experiências passem por dentro de si e o tornem mais forte. Porém, diante das adversidades da vida, a capacidade de amar, trabalhar, ter expectativas e projetos de vida, conseqüentemente dá sentido à existência humana. Habilita e apoia os indivíduos para serem resilientes ao enfrentar as mudanças, enquanto vivem.

3.3.3 Em que consiste a TCI

Em relação à forma de organização, a terapia comunitária integrativa pode ser vivenciada em qualquer espaço comunitário como igrejas, sindicatos, associações, unidades de saúde, hospitais, escolas, ou qualquer outro ambiente onde a comunidade possa se encontrar com liberdade de expressão e ação.

Para a realização da TCI o terapeuta comunitário segue seis etapas: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização, os rituais de agregação e conotação positiva e a avaliação (BARRETO, 2005).

O *acolhimento* é o momento de ambientação e recebimento do grupo, de forma calorosa, dando as boas-vindas, contribuindo para que os participantes se sintam à vontade. Preferencialmente, todos devem estar em círculo para que possam olhar para a pessoa que está falando e para os outros componentes. Nesse momento, é importante uma vivência de integração com música, ou alguma atividade lúdica como elemento facilitador de um clima de afeto, companheirismo e amizade no grupo.

A sessão deve ser conduzida pelo terapeuta e co-terapeuta. Essa fase é dirigida pelo co-terapeuta que, num gesto de valorização e celebração da vida, sugere cantarem os parabéns para os aniversariantes da semana. Esta é uma etapa importante, porque favorece a união do grupo e predispõe a participação.

Em seguida, o co-terapeuta comunitário apresenta uma síntese do que é a Terapia Comunitária e discorre sobre as regras ou condições para o funcionamento do grupo, que são de vital importância para o sucesso da terapia.

A regra principal é a permanência do silêncio: enquanto algum componente fala, os outros devem ouvi-lo com atenção. A exposição oral deve ser somente sobre a própria experiência, sempre em 1ª pessoa do singular: EU. Conselhos e julgamentos não são permitidos. Entre um depoimento e outro, se algum participante se emocionar, pode haver a interrupção da sessão para se cantar uma música como forma de acolhê-lo. Todos devem respeitar e acolher a história de cada um.

Na *segunda etapa*, que corresponde à escolha do tema, o terapeuta inicia perguntando se alguém gostaria de começar a falar sobre o assunto que o está incomodando e fazendo sofrer. Ele utiliza estímulos como o provérbio: “Quando a boca cala, os órgãos falam, quando a boca fala, os órgãos saram”, ou ainda uma fala que incentive sobre a importância de se desabafar aquilo que tira o sono e faz sofrer: “Se alguém desejar falar do que o angustia, atormenta e causa insônia, pode confiar nesta comunidade. Aqui você não será julgado, e com certeza receberá ajuda e apoio de todos”.

Após os participantes apresentarem, sucintamente, os problemas ou situações que estão gerando preocupações, o grupo se manifesta escolhendo o tema a ser debatido e o motivo da escolha através da votação individual.

A *terceira etapa*, denominada de contextualização, é o momento de se colocar mais informações acerca do tema escolhido pelo grupo para que se possa compreender o problema no seu contexto.

Nesse momento, os participantes podem dirigir perguntas à pessoa cujo tema foi escolhido com o objetivo de fazê-la compreender e refletir sobre sua própria vida, colocando dúvidas nas suas certezas e convicções, ao mesmo tempo em que, tenta responder às questões inferidas pelo grupo.

A *quarta etapa* é a *problematização*. É quando a pessoa que expôs o problema fica em silêncio e o terapeuta faz uma pergunta chave para estimular a reflexão do grupo. Essa pergunta é chamada de “mote” e é a alma da terapia. Está

diretamente relacionada com o tema em discussão. O terapeuta promove uma reflexão coletiva que permite a cada um rever seus preconceitos, esquemas mentais e reconstruir a realidade.

Este é o momento das pessoas compartilharem experiências dolorosas vividas e as formas que utilizam para superar tais dificuldades. Elas passam a falar de si mesmas em retribuição e solidariedade à dor compartilhada em grupo.

A quinta etapa caracteriza-se pelos rituais de encerramento: agregação e conotação positiva. Neste momento o terapeuta reconhece, valoriza e agradece o esforço e a coragem de cada um em superar suas dificuldades. Estimula-os a identificar o sentido mais verdadeiro do sofrimento para buscar recursos pessoais e elevar a auto-estima.

Nesta etapa, geralmente, é proporcionado um clima acolhedor de intimidade e afeto para que todos se sintam próximos e apoiados pelo grupo. O co-terapeuta convida todos a ficarem de pé em círculo. Se apoiando uns nos outros e abraçados, fazem o movimento de balanço pendular com o corpo, em busca de equilíbrio e proporcionando um clima de coesão e união.

Dessa forma, o terapeuta indaga: “O que aprendi hoje? O que estou levando de aprendizagem?” Assim, mobiliza o grupo a falar da experiência, retribuindo e valorizando as vivências compartilhadas, com a intenção de dignificar cada um como ser humano que é.

O encerramento é um momento de celebração, de irmandade, de muita emoção. As pessoas sugerem músicas, cantam, oram, recitam, declamam, festejam, falam do que aprenderam. É um momento de reflexão acerca do vivido, comunhão consigo, com o grupo e com o cosmo, pois estão emocionalmente e espiritualmente envolvidas num clima de paz, compreensão, afeto e solidariedade.

A sexta etapa se refere à avaliação feita pela equipe que conduziu a terapia e o impacto da sessão sobre cada um dos terapeutas. Esta fase também pode ser conduzida por perguntas como: “Como foi conduzida a terapia? Quais as dificuldades que cada um sentiu? O mote escolhido foi bom ou haveria outro mais indicado? Como foram recebidas as músicas? Por fim, como foram conduzidas as diversas etapas?”.

Outra forma de avaliar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa ocorre através da aplicação de um questionário específico. Ao término da sessão, o terapeuta faz uma entrevista com a pessoa, cujo tema foi escolhido. Após, no

mínimo, sessenta dias, o mesmo questionário é novamente aplicado com os mesmos participantes para verificar se eles apresentaram alguma melhora.

O documento aqui em questão avalia três indicadores de saúde mental comunitária: o número de vínculos que as pessoas possuíam no dia da crise e os que têm depois de passados os sessenta dias. No nível da auto-estima; e a referência para a rede de apoio social (visa saber se o indivíduo foi encaminhado para algum serviço e, de fato, atendido).

Como se observa, constatamos que a TCI incentiva a corresponsabilidade na busca de novas alternativas existenciais, pois pretende propiciar mudanças comportamentais mais humanizadas através do acolhimento e da formação de vínculos entre as pessoas: tanto usuários e trabalhadores da saúde, como qualquer cidadão comum.

Tomando por base o até aqui exposto, a seguir abordaremos o universo que motivou a nossa pesquisa.

3.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em janeiro de 1994 pela portaria nº 692 no Departamento de Operações da Coordenação de Saúde e Comunidade (COSAC), da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros.

Caracterizou-se com a organização das atividades em um território definido, envolvendo a comunidade, através dos agentes comunitários de saúde (ACS) e as equipes multiprofissionais, mais próximos das famílias e comunidades, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

A Portaria Ministerial nº. 1.886 de 1997 formalizou as normas e diretrizes para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde,

com o reconhecimento da importância desses programas para a reestruturação da assistência à saúde e a consolidação do SUS.

A partir dessa norma legislativa que valorizou a gestão municipal com incentivos federais proporcionais à expansão de cobertura dos serviços, houve um estímulo à reorganização da atenção básica e do modelo de atenção, tendo a saúde da família como eixo estruturante.

Lecovitz e Garrido (1996) reconhecem que a partir da NOB-96, uma maior valorização da atenção básica e do PSF, contribuiu para a transição do caráter de programa para o de estratégia (re)estruturante do SUS.

A atenção básica no Brasil vem sendo também denominada de atenção primária. É um conjunto de ações voltado para a 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 e a manutenção da saúde (CAMPOS 1991).

Tomando por base as pesquisas de Starfield (2002), a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Organizada racionalmente todos os recursos, para promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Dando continuidade, a mesma autora, define aspectos e características com suas especificidades que integram a atenção primária em saúde (APS) como: *porta de entrada* do sistema – o usuário busca o primeiro contato para a atenção à sua saúde, maioria dos problemas passíveis de resolução.

Outra característica é a *longitudinalidade*. Esta possibilita o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde. A *integralidade* é a ampliação da atenção, não se limitando apenas ao corpo doente. E por último, a *coordenação do cuidado* que é a incumbência de coordenar, organizar e integrar as informações sobre os problemas e serviços de saúde que auxiliem nas intervenções na atenção à saúde.

Segundo Mendes (2010), a atenção primária de saúde/atenção básica de saúde permitem ofertar serviços de saúde vinculados entre si, por uma atenção contínua e integral a uma determinada população.

A integralidade da atenção à saúde são os sistemas que se organizam com um conjunto de ações que se comunicam uns com os outros, prestando atenção contínua à população.

Para Pinheiro e Mattos (2003), a integralidade ocorrerá mediante a prática dos profissionais de saúde quando a atenção ao sujeito for vista também como portadores de desejos, de sonhos, na relação um com o outro na apreensão da subjetividade. Dessa forma, ela reflete um pensar e um fazer articulado e interligado. Pressupõe mudanças no processo de trabalho visando maior integração entre os profissionais e a forma como o usuário é visto e cuidado.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as diretrizes e funções da equipe multiprofissional, composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e a equipe de saúde bucal.

Para a inserção do ACS, exige-se que o mesmo, resida na área, a qual trabalha, faça o acompanhamento de 120 a 150 famílias, com ações de atenção à gestante, à criança, estimulando o cuidado de promoção à saúde do idoso e incentivo a participação social e comunitária (BRASIL, 1997).

Com o objetivo de monitorar os resultados do PACS e PSF, em 1998 foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Criou-se um banco de dados específico para orientar, avaliar e supervisionar as atividades desenvolvidas.

Vale ressaltar que, de acordo com Harris e Haines (2010), o avanço da saúde pública do Brasil, ao longo desses 15 anos, no período de 1994-2009 foi notável, com a diminuição da mortalidade infantil de 48/1000 para 17/1000.

As internações hospitalares por diabetes e AVC diminuíram em 25% nos últimos cinco anos, mais de 75% das gestantes realizam sete consultas ou mais de pré-natal; caiu em 67% a proporção do baixo peso em crianças menores de cinco anos e a cobertura vacinal em crianças dessa faixa etária da tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) é superior a 95%, na maioria dos municípios.

Eles atribuem esses avanços percebido em todo o sistema de saúde à implementação do PSF em 95% dos municípios brasileiros, com uma cobertura de mais de 55% da população do país e correspondendo a mais de 85 milhões de pessoas nos serviços integrais de atenção primária.

Contudo, mesmo com avanços dos seus resultados, o PSF tem enfrentado grandes desafios desde o recrutamento e retenção de médicos com formação adequada à atenção primária, até a fragmentação da integração dos serviços aos níveis secundários e terciários de saúde.

Os autores anteriormente citados expressam que os desafios enfrentados pelo PSF fornecem lições proveitosas a outros países, destacando os problemas ainda enfrentados pelo Sistema Nacional do Reino Unido (NHS). No entanto, afirmam que o Programa Saúde da Família no Brasil é o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e baixo custo-efetivo. Para melhor compreensão, continuam afirmando que em muitos aspectos o resultado foi muito maior do que o esperado. Sugerem que os países de renda elevada aprendam com este programa que alterou as intervenções com as doenças crônicas, com a demanda por serviços de cuidados terciários e com a promoção da saúde.

Assim sendo, Harris e Haines (2010, p. 3), evidenciam o sucesso da atenção primária em saúde no Brasil. Porém, ressaltam que continua pouco compreendida. Ainda não tem recebido o merecido reconhecimento internacional. Reafirmam que “as lições do Brasil podem ser particularmente relevantes no atual cenário econômico mundial”.

Nesse sentido, no período mais recente foi publicada a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. A mesma aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Entre as diretrizes, estabelece o redirecionamento do modelo de atenção, impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes.

Assim, exige de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Rio Grande do Norte iniciou-se em 1994, com 18 equipes distribuídas em quatro municípios, correspondendo a 2,4% da população. Após quatro anos, essa cobertura passou para 4,5% com a implantação de mais 16 equipes. No ano 2000 verifica-se um total de 124 equipes implantadas em todo o estado, correspondendo a uma cobertura de 16,12% da população (ROCHA, 2000).

O município de Natal aderiu à implantação do PSF em 1997, iniciando apenas com quatro equipes. Após a realização de um processo seletivo e treinamento introdutório, ocorreu a lotação dessas equipes em três unidades do Distrito Sanitário Oeste (ARAÚJO, 2004).

Ocorreu uma expansão em 2002 com a implantação de 38 equipes de saúde da família no Distrito Sanitário Norte. Na época, foi incorporada a equipe de saúde bucal e a segunda auxiliar de enfermagem no grupo, correspondendo a um total de dois profissionais por equipe.

Segundo Vilar (2009), a terceira etapa de expansão da ESF ocorreu de forma gradativa nos anos de 2003 a 2007, sendo evidenciado que a cobertura populacional desde 2004 manteve uma média em torno de 47%, ainda distante da meta pactuada no plano municipal de saúde 2006/2009, de 77%.

Em 2011, com a continuidade da expansão da estratégia, o município de Natal conta com 107 equipes implantadas, correspondendo a uma cobertura de 48% da população e concentrando-se em áreas socioeconômicas mais vulneráveis. Por fim, os Distritos Norte e Oeste juntos corresponde a uma cobertura de 70% da população com a ESF5.

Delgado (2007) aponta que é muito importante a responsabilidade dos profissionais da atenção básica, com relação ao respeito ao atendimento aos usuários que buscam frequentemente atenção para problemas emocionais, conflitos e crises. Nesse contexto, existe também o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, que contribui para maior aproximação entre os mesmos, o que propicia a explicitação dos problemas do cotidiano dos usuários relacionados ao sofrimento emocional.

Como consequência dessa relação, surge muitas vezes, angústia e impotência nos trabalhadores, face a impotência em obter respostas satisfatórias e resolutivas no desempenho das suas ações com qualidade e eficácia.

É notório que diante da especificidade do seu trabalho, o sofrimento e a dor do outro necessitam, em muitas ocasiões, de suporte e apoio terapêutico no ambiente institucional.

Dessa forma, um espaço de escuta destinado aos profissionais da saúde com a TCI torna-se importante, visando proporcionar-lhe suporte e fortalecimento diante das demandas surgidas, durante o desempenho de suas atividades.

Resultados e Discussões

“Amar o próximo pode exigir um salto de fé. O resultado, porém é o ato fundador da humanidade. Também é a passagem decisiva do instinto de sobrevivência para a moralidade”.

Zygmunt Bauman

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta fase dessa pesquisa os resultados serão apresentados seguindo as dimensões categorizadas na análise do discurso, em consonância com seus

objetivos. Aqui serão abordados dois itens. São eles: relato sobre as rodas; repercussões das mesmas para os participantes.

4.1 AS RODAS E PROBLEMAS ABORDADOS

A formação de grupos em rodas, (círculos) desde os tempos primitivos, foi utilizada para rituais de guerra e de paz, de magia, de cura, de conhecimento, de arte, de religião, de brincadeiras, cirandas e cantigas.

É, portanto, um espaço para a celebração onde o ser humano se afirma como membro de uma comunidade, onde é convidado a participar dos processos de transformação (ANDRADE; SARTORI, 2009).

Na roda, trabalhamos o equilíbrio entre o individual e o coletivo, nos colocando de maneira a olhar para todos e, ao mesmo tempo vê-los. Como forma de expressão, possibilita percebermos a nossa identidade, ao mesmo tempo em que acolhemos a presença do outro.

A roda é um espaço coletivo, um arranjo onde existem oportunidades de discussão e de tomada de decisão. Também é um lugar de circulação de afetos e vínculos (CAMPOS, 2000).

Na saúde se utiliza o Método da Roda ou Paideia, criado por Campos (2000). Seu objetivo é ampliar a capacidade de compreensão e de intervenção das organizações e dos sujeitos sobre o processo de produção em saúde.

É confirmado por tal autor que o método da roda pode ser considerado um instrumento permanente de ampliação da autonomia dos sujeitos, resultando numa maior capacidade de compreender e agir sobre o mundo e sobre si mesmo.

Na PNH, as rodas de conversa são propostas como dispositivo para modificações nos modelos das relações de trabalho, como também para criar possibilidades de superação dos impasses institucionais, incluindo as relações de poder, saber e afeto.

Não por acaso, e inseridos dentro do assunto, realizamos quinze rodas da TCI no período de julho a setembro de 2011. A seguir, apresentaremos um relato sobre as mesmas, organizado conforme as fases que compõem o desenvolvimento das rodas de terapia comunitária integrativa: acolhimento, escolha do tema,

contextualização, problematização e encerramento. No relato sobre a fase da escolha dos temas destacaremos os principais problemas que foram abordados.

4.1.1 Fase do acolhimento

O acolhimento é o momento de ambientação e recebimento do grupo. Ele deve acontecer de forma calorosa, afetiva e acolhedora, contribuindo para que todos se sintam à vontade e bem acomodados.

Para a realização de uma roda de Terapia Comunitária Integrativa, os participantes sentam-se lado a lado, possibilitando a visualização mútua e sentimento de igualdade e inclusão, em uma disposição espacial em que não se sabe qual é o primeiro nem o último integrante da roda.

Reforçando o assunto, Campos (2010) argumenta que a criação de rodas como espaços coletivos, leva a um fortalecimento do vínculo. Estimula sujeitos e grupos a participarem da resolução dos seus próprios problemas.

Nesse momento, é importante uma vivência de integração com música e relaxamento dos participantes, ou alguma atividade lúdica como elemento facilitador de um clima de relaxamento e solidariedade no grupo.

Assim, conforme assinala Bauman (2004), o que amamos é o estado ou a esperança de sermos amados. De sermos objetos dignos do amor, reconhecidos como tais e recebermos a prova desse reconhecimento.

Com relação a experiência aqui relatada, as rodas sempre eram iniciadas com o canto de uma música conhecida dos participantes que evocasse uma mensagem de amor para o estímulo da reflexão de todos sobre a ética da vida.

Nesta etapa do acolhimento ocorria também uma dinâmica de integração para que os participantes se apresentassem uns aos outros. Neste momento o grupo cantava uma música na qual os nomes de cada um era mencionado conforme a letra a seguir:

*Quando vim para esse grupo
Um amigo encontrei.
Como estava ele sem nome
De _____ eu chamei
Oh! _____.foi bom te encontrar*

*Em nome da amizade
Nós iremos caminhar*

Nos encontros subsequentes era mantido o mesmo ritual de apresentação para que o grupo lembrasse os nomes dos parceiros através da aplicação de uma dinâmica de grupo com o canto de outras músicas, como exemplo, a que mencionamos a seguir.

*Olá, olá, como te chamas?
Olá, olá, eu me chamo_____.
Ele(a) se chama_____.*

*Olá, olá, como te chamas?
Olá, olá, eu me chamo_____.
Ele(a) se chama_____.*

Também existiam outras formas para expressão do acolhimento que aconteciam no ambiente da TCI. No espaço eram fixadas mensagens e reflexões denotando lições de vida, solidariedade e tolerância com o intuito de tornar o ambiente mais preparado para as rodas.

Conforme Bueno e Merhy (1997) o acolhimento é muito mais do que tratar bem, passa pela escuta solidária da diversidade e pela tolerância aos diferentes.

Esta prática era muito apreciada pelos participantes que sempre faziam alusões manifestando seus sentimentos, como podemos observar nas falas a seguir.

Essas frases parecem que foram para mim, você pode me dar uma cópia?

Gostei muito dessa mensagem, muito bom para usarmos nos grupos, você pode enviar para o meu e-mail?

O acolhimento faz parte do conjunto de diretrizes da PNH e deve ser considerado não apenas em relação ao usuário, mas também, em relação aos trabalhadores de saúde.

Tomando por base as pesquisas de Pasche e Passos (2009), ele diz que o acolhimento deve ser compreendido como atitude de abertura, a recepção de necessidades que se expressa na forma de demandas.

Para esse autor, acolher requer a construção de respostas satisfatórias às necessidades. É, portanto uma diretriz ética fundamental no processo de trabalho em saúde que compõe as redes de cuidado.

4.1.2 Fase da escolha dos temas

A segunda fase era iniciada com uma pergunta questionando sobre quem gostaria de falar sobre algo que estivesse causando felicidade ou infelicidade. Sobre a felicidade e a infelicidade Bauman (2011) enfatiza que o conceito de felicidade, na maior parte dos usos comuns do termo, refere-se aos estados que os seres humanos desejam, ao passo que a infelicidade está associada aos estados que eles desejam evitar.

De modo que, tanto “felicidade” como “ infelicidade” dizem respeito a distância entre a realidade como ela é, e como se deseja que ela seja. Por isso, todas as tentativas de comparar graus de felicidade experimentados por pessoas que vivem formas de vidas separadas representam esforços inúteis (BAUMAN, 2011).

Nas rodas eram utilizadas algumas estratégias para estimular o grupo a verbalizar suas diferentes histórias que relatavam momentos de felicidade e infelicidade. Exemplificamos como uma dessas estratégias a leitura coletiva do provérbio citado a seguir.

*Quando a boca cala os órgãos falam, quando a boca fala os órgãos saram.
Quem guarda, azeda, quando azeda estoura, e quando estoura, fede.*

As reflexões com o grupo enfatizavam a necessidade de externar angústias através da oralidade para ajudar o corpo a libertar sofrimentos, ao mesmo tempo em que estabelecia um clima de confiança e de apoio entre os pares.

Bauman (2011), discutindo os desafios líquidos modernos da vida apressada afirma que a ignorância leva à paralisia da vontade. Não sabendo o que é disponível, não se tem meio algum de se avaliar os riscos.

Após uma rodada de falas e depoimentos que faziam surgir diferentes temas, o terapeuta destacava os principais problemas relatados que estavam afligindo

aqueles que haviam se manifestado, solicitando a escolha de um deles (tema ou problema) para a discussão naquela ocasião.

Dando prosseguimento a assunto e fazendo algumas reflexões, o terapeuta solicitava ao grupo que o mesmo escolhesse um tema discutido na roda para ser compartilhado e aprofundado.

Todavia, a escolha do tema/problema sempre era realizada através de uma votação, precedida de esclarecimentos quanto à sua importância, relacionada a identificação de cada um com o mesmo.

Concluída a votação, o tema a ser trabalhado era anunciado, iniciando-se o seu aprofundamento. Também era esclarecido para os componentes que não tinham seu tema escolhido: poderiam rerepresentá-lo nos encontros seguintes, se fosse do seu interesse e do interesse do grupo retomá-lo.

Analisando esta fase da TCI, Barreto (2008) destaca que as pessoas se escolhem ao escolher o tema que as toca, pois *“só reconhecemos no outro aquilo que conhecemos em nós mesmos”* (BARRETO, 2008, p.68).

A seguir, destacamos no quadro dois (2), os principais problemas abordados nas rodas que refletem o sofrimento dos participantes que se reportam, a questões relacionadas ao trabalho:

Quadro 2 - Problemas Abordados nas Rodas.

<p>Desvalorização no trabalho.</p> <p>Desumanização no trabalho.</p> <p>Condições inadequadas de trabalho.</p> <p>Conflitos nas relações de trabalho.</p> <p>Adoecimento.</p> <p>Angústia.</p>
--

4.1.3 fase da contextualização

A contextualização, denominada também de terceira fase, era a ocasião em que os participantes deveriam entender a situação-problema escolhida. Neste momento, realizávamos uma reflexão coletiva contextualizada na tentativa de

identificar elementos e fatores relacionados ao problema, para a compreensão do mesmo.

Nessa fase, todos os participantes, inclusive o terapeuta podiam fazer perguntas que ajudassem a esclarecer o ocorrido e trouxessem explicações para o seu melhor entendimento.

Nessa oportunidade, o participante que historiava o problema, ao responder as perguntas ia refletindo e visualizando elementos que permitiam uma compreensão mais clara sobre a situação apresentada.

Com efeito, este processo desencadeava uma reflexão que ajudava o indivíduo a entrar em contato com suas emoções, com a situação vivida, reordenando suas idéias, rompendo certezas e incertezas, mudando o seu olhar, se apoderando de novas estratégias para buscar as soluções.

A princípio, os questionamentos ajudavam a pessoa entrar em contato com emoções fortes, para depois serem superadas com a introjeção de novas reflexões.

As emoções como medo, culpa ou raiva podem ser sentidas e externadas, com um efeito positivo, por possibilitar a abertura para novas reflexões e novos olhares pensados. O pensamento possibilita a tomada de consciência do real problema e nos permite fazer mudanças (BARRETO, 2008).

Para encerrar, no final da fase de contextualização, fundamentada nos depoimentos do tema/problema escolhido, o terapeuta agradecia ao protagonista e iniciava imediatamente a fase seguinte, que é problematizar e lançar o mote.

4.1.4 Fase da problematização

Essa fase tem início com o lançamento do mote, o qual oportuniza que todos os participantes possam se expressar.

No contexto desta pesquisa, Mote é uma pergunta chave que permitirá a continuidade da reflexão do grupo sobre o tema em foco, levantando questões para a melhor compreensão da situação explicitada. Busca, na verdade a transformação do problema da dimensão individual para a dimensão grupal, ocasião em que a terapia se transforma realmente em terapia de grupo.

Tem como propósito facilitar a explicação do que a pessoa que relatou o problema está querendo comunicar. O mote busca captar a palavra chave da dor e do sofrimento interno de quem expõe e representa. Portanto, o ponto de encontro entre os participantes da TCI.

O mote remete a um pensar sobre o que a história do outro é semelhante à minha. Assim sendo, a própria história pode ser ressignificada na troca de saberes e de histórias.

Na verdade, consiste em um questionamento que possibilita a identificação dos participantes com o problema apresentado, a partir da seguinte questão: *Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para superá-la?*

Para Barreto (2008), o mote é a alma da terapia porque está diretamente relacionado ao tema que será discutido. Promove a reflexão coletiva. Traz à tona os elementos fundamentais que permitem a cada um rever seus preconceitos, suas potencialidades, suas fragilidades e reconstruir a realidade.

Podemos ainda dizer que o vocábulo aqui em questão faz surgir nos debates realizados na roda dimensões afetivas, psicológicas e sociais que geralmente permanecem guardadas e cristalizadas pelo sofrimento psíquico, objetivando passar de uma visão estática e linear do problema para uma visão dinâmica e sistêmica da sua solução.

Os participantes passam a falar de si mesmos, socializando suas experiências relacionadas ao mote e compartilhando a maneira como conseguiram superá-las. O grupo torna-se envolvido com o problema e as alternativas apresentadas para solucioná-lo passa a ser também dele.

Entendemos que esse conjunto de pessoas reunidas para um interesse comum alcança, então, uma compreensão diferenciada do problema, assim como a própria pessoa que o expôs pode compreendê-lo de forma diferente.

Apresentamos no quadro três (3) as palavras-chave e motes integrantes das rodas de TCI realizadas nesta pesquisa.

Quadro 3 - Palavras-chave e motes das rodas de TCI Distrito Norte. Natal, 2011.

PALAVRAS-CHAVE	MOTES
----------------	-------

1- Desvalorização	Quem já se sentiu desvalorizado e o que fez para superar?
2- Desumanização	Quem já se sentiu patinho feio na vida e o que fez para superar?
3- Convivência	Como poderíamos fazer para melhorar o relacionamento entre os trabalhadores e gestores?
4- Angústia	Quem já sentiu angustiado(a)? O que fez para superar?
5- Condições inadequadas de trabalho	Quem já se sentiu limitado para desenvolver alguma atividade e o que fez para superar?

As palavras chaves apresentadas no quadro foram categorizadas a partir dos depoimentos surgidos nas rodas e se relacionam com os principais problemas relatados no quadro dois (2), já apresentado anteriormente.

Faremos algumas considerações sobre as palavras chaves, relacionando-as com fragmentos de falas que as reforçam.

A desvalorização do trabalhador (palavra chave: desvalorização) foi um dos problemas mais evidenciado. Em todas as rodas, esta problemática surgia através de diferentes falas. Os trechos de declarações a seguir informam como esse problema foi expresso:

A situação do servidor é muito complicada porque quando um trabalha o outro se sente prejudicado, o ACS precisa trabalhar com a comunidade.

O funcionário público é desvalorizado, sendo rotulado de preguiçoso, quando a própria instituição, refere que a terceirização da saúde é melhor porque tem sempre funcionários para atender e melhores condições. Sinto-me desvalorizada, quero criar um trabalho dentro do que fui capacitada e não tenho essa permissão porque devo obedecer ao que já está estabelecido. (Falas de trabalhadores da saúde).

O que mais, me incomoda é porque não me sinto valorizada no meu trabalho, quando querem as coisas é comigo, se der certo não recebo elogios, porém se der errado, apontam logo o dedo para mim.

Tomando por base as declarações acima, percebemos que o sentimento de desvalorização que o trabalhador da saúde sente está diretamente ligado ao seu não reconhecimento pela instituição como sujeito protagonista do seu trabalho.

A humanização, como política de saúde, reconhece a importância da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, destacando, principalmente os trabalhadores.

A referida política destaca como essencial para a valorização dos trabalhadores a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre os mesmos, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008c).

Dessa forma, é importante reconhecer o trabalhador como produtor de saberes, com capacidade de criar, improvisar, tomar decisões sobre o melhor modo de trabalhar e resolver as diversas situações cotidianas.

Neste contexto, podemos conceber o trabalho como fonte de prazer ou sofrimento. O trabalho burocratizado, fragmentado e centralizado, representa desprazer, já o trabalho criativo e participativo representa o prazer, no qual o trabalhador passa a ser produtor do seu conhecimento e da sua prática.

A segunda palavra-chave: desumanização revela o problema da desumanização no trabalho que se relaciona ao anterior. Foi também bastante referenciado nas rodas, a partir de relatos que revelavam sentimentos diversificados, como podemos perceber nas falas a seguir:

Muitas vezes, nós estamos rodeados de gente e se sentindo órfã é assim que me sinto sem apoio dos colegas, da gerência e da instituição.

Gostaria que ao chegar na unidade, eu fosse acolhida pelo menos com um Bom dia.

O nosso sentimento é que fazemos e fazemos pelo outro e não tem quem faça por nós.

Nós servidores nos preocupamos muito com o outro, só pensamos em oferecer o melhor para o usuário, mas a gente também tem dores e sofrimentos.

A humanização passa por uma (re)definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo, trata-se, portanto, de um *ethos* (DESLANDES, 2009).

Contudo, a humanização das práticas de saúde, segundo essa autora só se consolidará como *ethos*, se tomada como instituinte das práticas cotidianas e por elas sustentada.

Conforme este pensamento, são imprescindíveis as posturas coletivas e individuais, além das condições impostas pelo contexto da gestão e do trabalho. Desta forma, a desumanização é um problema que deve ser visto sob variados

ângulos, e, só pode ser superada mediante mudanças de práticas que implicam uma corresponsabilidade coletiva.

A terceira palavra-chave, denominada de *convivência* foi categorizada por terem surgido muitas discussões que revelavam dificuldades na comunicação e nos relacionamentos.

Desde o surgimento da humanidade, os seres humanos são incapazes de viver sozinhos no mundo. Portanto, necessitam relacionar-se com os outros para sobreviver, comunicar-se, perpetuar a espécie e obter realização como indivíduo.

Nesse sentido, por ser social, o homem não consegue viver sozinho. Paradoxalmente, conviver com o outro também é difícil por sermos egocêntricos. Portanto, incapazes de conceder aos nossos semelhantes as mesmas regalias que nos concedemos (BALLONE, 2003).

Assim sendo, as relações do conviver devem ser permeadas por respeitar as diferenças, aceitar, discordar, permitir, calar, falar, o que requer um processo comunicacional ativo e dialógico.

Para Deslandes (2009), como nos referimos ao processo comunicacional, remetemos a possibilidade de produzir entendimento por meio de diálogo, dos atos de fala cotidianos que acontecem nas relações entre as pessoas.

Na produção do cuidado, comprometida com a humanização a comunicação é estratégica, tanto entre trabalhadores-usuários como trabalhadores-trabalhadores.

Desse modo, a comunicação é preponderante para uma convivência de relações humanizadas, onde o diálogo entre o grupo é pautado na competência de ouvirmos o outro, de falar o que pensamos, sermos considerados e respeitados como pessoa com valores próprios. Portadores de falhas, porém, dotados de sentimentos, de razões e histórias de vida.

Nesse sentido, foram denotadas algumas falas dos profissionais que expressaram problemas relacionados à convivência e a comunicação: a falta desse componente importante para uma vida emocional saudável nas relações de convivência do trabalhador da saúde.

As relações entre os colegas, a maioria está doentia, a maior parte do tempo estão mal-humorados, azedos e estressados.

Muitas vezes levamos insatisfação do trabalho para casa, desestruturando os nossos relacionamentos familiares.

Existem problemas sérios nos relacionamentos nas Unidades de saúde, muitas vezes nós do Distrito saímos às pressas para amenizar conflitos.

As dificuldades de comunicação, devido à nossa sobrecarga de trabalho geram muitas desinformações, conflitos que poderiam ser evitados.

Ao analisarmos os discursos, percebemos nas declarações que a convivência não está pactuada com a solidariedade, o respeito, e a tolerância entre os atores. E que as falhas na comunicação, vêm interferindo e causando dificuldades na convivência. Tal realidade ocasiona sentimentos desumanizantes nos trabalhadores, com repercussões na qualidade no cuidado produzido.

A quarta palavra-chave denomina-se “*angústia*”. Este vocábulo foi lembrado em vários depoimentos que se reportavam a sintomas inscritos no corpo, sem uma gênese orgânica aparente, caracterizados a partir de fatores psicológicos.

Os transtornos ansiosos reservam ao sintoma angústia um lugar entre seus principais indicadores, assim como, os transtornos afetivos, e em especial, a depressão, descritos no documento oficial da Organização Mundial de Saúde para a classificação das doenças, a saber, o CID 10 (Organização Mundial de Saúde, 1997).

O quadro de angústia sem acompanhamento profissional pode desenvolver outros distúrbios emocionais como, cansaço físico-mental, redução da auto-estima e comportamento não usual (BOHRER, 2010).

As palavras a seguir confirmam a angústia como um dos problemas relatados que compromete a saúde dos trabalhadores:

Nós profissionais estamos adoecendo, tomando medicação para dormir e diminuir a angústia, digo isso porque tenho várias colegas nessa situação, inclusive eu.

Me sinto estressada, angustiada, tenho insônia, não tenho vontade de ir trabalhar.

Eu tenho sentido um aperto no peito, uma angústia, uma opressão, parece que vou enfartar por muitas coisas que vai se acumulando.

A quinta palavra-chave se refere às *condições inadequadas de trabalho*, aqui consideradas pelos profissionais como obstáculo para efetuar mudanças na perspectiva da humanização.

A inadequação nas condições de trabalho, foram abordadas, a partir de relatos que traziam para a roda problemas referentes à precária estrutura física/ambiente das unidades de saúde, a insuficiência de insumos e medicamentos, a sobrecarga no trabalho dos profissionais, a incompletude das equipes da ESF, entre outros.

Esta situação demonstra claramente a dissonância entre o discurso da gestão municipal e a prática nas unidades de saúde. Foi também declarado nas rodas o problema da precariedade no trabalho. O trabalho precário em saúde tem sido um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público em saúde, pois está prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços e o fortalecimento do SUS.

A situação da inserção dos trabalhadores integrantes das equipes da ESF no município não caracteriza a precarização dos vínculos. Contudo, vale salientar que na remuneração mensal existe uma gratificação do PSF que é superior em muito ao valor do próprio salário, e, no caso de aposentadoria, esta não será incorporado devida o estabelecido por uma Lei Complementar nº. 064/ 2005 da Prefeitura de Natal.

Este fato vem gerando muitas preocupações e insatisfações por parte dos profissionais das equipes do PSF. Vilar (2009, p.136) aborda esta problemática com o seguinte questionamento:

Considerando este cenário, o caso de Natal pode ser considerado uma forma da precarização no trabalho formalizado? Aparentemente são garantidos todos os direitos e benefícios, entretanto, na sua essência, existe uma disparidade que não garante alguns direitos relacionados à situação salarial, gerando, nos trabalhadores, sentimento de descontentamento, preocupação e insegurança em relação ao futuro, como foi evidenciado.

Com efeito, é perceptível essa realidade nas falas dos trabalhadores, expressas a seguir:

Não sabemos o que fazer. As unidades funcionando inadequadamente pela estrutura física, falta de recursos humanos, materiais e medicamentos.

De um tempo para cá, os trabalhadores estão mais apreensivos, angustiados, inquietos, sem saber para onde vão e o que vão fazer com falta de recursos para atender ao usuário.

Fico a pensar como é que vou me aposentar se o meu maior salário é a gratificação e não incorporo. Isso é desumano.

Um direito que tínhamos em lei, gozar da licença prêmio numa necessidade, foi cortado da noite para o dia, como não adoecer com uma situação dessas.

4.1.5 Fase de encerramento

A quinta etapa era direcionada ao encerramento da roda de TCI, e caracterizava-se pelos rituais de agregação e conotação positiva como partes da metodologia da TCI. Nesta etapa se procurava proporcionar um clima acolhedor e afetivo para que todos se sentissem próximos e apoiados pelo grupo.

A conotação positiva significa o reconhecimento do terapeuta, valorizando e agradecendo o esforço e a coragem de cada um em vocalizar os problemas para superação das dificuldades, estimulando a identificação do sentido do sofrimento para buscar sua minimização e elevar a auto-estima.

Na referida etapa, o terapeuta perguntava aos participantes: “O que aprendi hoje?” “O que estou levando de aprendizagem?” Isso mobilizava o grupo a falar da experiência, retribuindo e valorizando as vivências compartilhadas, dignificando cada um como ser humano que é.

No ritual de agregação, todos ficavam em pé em círculo, se apoiando uns nos outros, abraçados em movimento de balanço, pendulares com o corpo, em busca do equilíbrio, proporcionando um clima de coesão e união. Desta forma, todos eram levados à celebração da irmandade com muita emoção.

As pessoas sugeriam músicas, cantavam, oravam, recitavam. Enfim, expressavam seus sentimentos festejando o momento. Na verdade, era um momento de reflexão acerca do vivido, da comunhão consigo, com o grupo e com o cosmo. Momento em que todos estavam emocionalmente e espiritualmente envolvidos num clima de paz, compreensão, afeto e solidariedade.

A celebração, a emoção, as músicas, as orações, os festejos presentes nas rodas podem ser percebidas nas falas a seguir que também representavam um momento de avaliação da pesquisa-ação executada.

Muito bom, prazeroso, é gratificante, deveria ter um encontro desses em cada unidade.

Me fez refletir o cuidado comigo porque não posso cuidar bem do outro se não cuidar de mim.

Um espaço de escuta do trabalhador é necessário porque às vezes estamos com problemas pessoais ou no trabalho, e ao sermos escutados melhoramos na relação com o outro e no atendimento ao público.

Esse momento foi de reflexão e de prazer, está me ajudando no lado pessoal e profissional de todas as maneiras.

É uma atividade que me senti acolhida, é gratificante, seria bom que todas as unidades tivessem entrosamento entre si.

Estou saindo renovada, o cansaço físico, a dor nas costas e nos pés as quais estavam quando cheguei passaram, estou aliviada, muito bom, bom mesmo.

4.2 EFEITOS DA TCI CONFORME A VISÃO DOS PARTICIPANTES

Ao final de cada roda, também era feita uma avaliação para se ouvir a respeito dos efeitos do momento e de momentos anteriores vivenciados nas rodas, para a vida de cada participante.

O conjunto de falas que externavam a referida avaliação se reportavam a aspectos relacionados ao convívio no trabalho, as relações familiares com alguns reflexos na saúde.

Apresentaremos a seguir alguns depoimentos que informam tais efeitos.

4.2.1 Nas relações de convívio no trabalho

As falas, de uma maneira geral expressaram sentimentos gratificantes apontando que as rodas de TCI contribuem para a melhoria nas relações de convívio no trabalho.

A partir da partilha dos problemas, havia uma compreensão que o outro estava passando por dores e/ou sofrimentos no momento e, portanto, tendo um comportamento diferente. Nesse caso, precisando ser acolhidos para ser entendidos, dessa forma, evitando atritos e incompreensões na convivência.

O local de trabalho também se torna menos doloroso, pois o partilhar com o outro levando a um esclarecimento para ambos e uma solidariedade comum.

Algumas falas expressaram esses sentimentos:

Para mim, um crescimento vivencial da importância do acolhimento. Antes ver um usuário sentado por muito tempo e não se dirigir a ninguém não me chamava a atenção, porém, hoje vou acolher saber o que acontece e muitas vezes é a necessidade de uma escuta, de algo que lhe aflige naquele momento.

Compreendi que o compartilhamento é necessário para o conviver pois, ao ouvir o outro como superou a situação me fez refletir o que estou vivendo e ao tentar mudar, mesmo não acertando, o outro percebe que algo está acontecendo para mudar e se disponibiliza para acertarmos juntos.

No compartilhamento vi que o meu problema é um grão de areia, os colegas de trabalho, a gerência têm problemas também, o acolhimento me fez refletir na minha mudança de olhar.

Nessas falas fica caracterizada a importância da escuta, do compartilhar, do acolhimento, da solidariedade, sentimentos indispensáveis à boa convivência dos trabalhadores na perspectiva das relações humanizadas.

Neste sentido, corroborando com a importância desses efeitos mencionados pelos participantes das rodas, as pesquisas desenvolvidas por Moraes (2010) e Carício (2010) acerca da TCI também comprovam resultados semelhantes.

4.2.2 Nas relações familiares

Nesses aspectos os relatos dos participantes enfatizaram mudanças para comportamentos mais saudáveis no conviver familiar. Eles perceberam que estavam distantes de si e dos seus entes queridos.

Dessa forma, perceberam que se encontravam tão imersos nos problemas do trabalho que se esqueciam de cuidar de si e da família na convivência diária, mesmo os familiares expressando em gestos e atitudes, alguns descontentamentos.

Com o compartilhar e a escuta, refletiram que a família como caminho principal das suas existências estava relegada a outro plano de atenção, assim como o cuidado consigo mesmos.

Foram também mencionados alguns reflexos na saúde dos atores da pesquisa em decorrência da TCI. Os referidos relatos enfocavam que muitas vezes a saúde era colocada em segundo plano.

Tal comportamento se revestia de uma postura na qual não havia preocupação em fazer exames periódicos de prevenção aos agravos possíveis de serem evitados.

As discussões nas rodas despertavam a importância do cuidado consigo e manifestavam a relação entre o emocional, o racional e o corpo, como podemos observar em algumas falas registradas:

Tem sido muito bom esses encontros, com o compartilhar, vi que a minha família não tinha mais diálogo. Mudei de atitude, na hora da refeição desligamos as TVs e sentamos na mesa todos juntos para as refeições. Melhorou bastante nossa comunicação, estamos mais juntos.

A TCI tem contribuído muito na minha vida, pois vivia aborrecida, indisposta, não dava atenção às crianças, tinha um desânimo muito grande. Mas graças a esses encontros, agora passeio com os meus filhos, brinco com eles, me arrumo, me aborreço menos, estou dormindo melhor.

Me sinto mais tranquila, durmo melhor, as dores no corpo melhoraram bastante, a fadiga diária quase sumiu.

Vi a importância de termos um lugar para cuidarmos de nós, pois também temos fragilidades, adoecemos e precisamos compartilhar para minimizar os nossos problemas.

Partindo de uma análise sobre a racionalidade e a emoção, Maturana (2005) afirma que o humano se constitui num entrelaçamento do racional com o emocional.

Segundo o referido pesquisador, normalmente vivemos nossos argumentos racionais sem fazer referência às emoções que se fundam porque não sabemos que

eles e todas as nossas ações têm um fundamento emocional, e acreditamos que tal condição seria uma limitação ao nosso ser racional.

Na verdade, o autor afirma que não há ação humana sem emoção que se estabeleça como tal e a torne possível como ato.

Por esta razão, as falas emitidas denotavam a inter-relação entre as manifestações corporais e os fundamentos emocionais e racionais, sejam, nas relações familiares ou nas relações de convívio no trabalho.

Considerações Finais

“Amar o próximo pode exigir um salto de fé. O resultado, porém é o ato fundador da humanidade. Também é a passagem decisiva do instinto de sobrevivência para a moralidade”.

Zygmunt Bauman

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais apresentam argumentos conclusivos que têm como base os objetivos da pesquisa. A TCI foi desenvolvida em rodas com todas as suas fases enquanto uma abordagem terapêutica e espaço de escuta dos trabalhadores de saúde.

As discussões que aconteceram contribuíram para reflexões acerca do direito da expressão, da não discriminação das situações vivenciadas e dos significados dos silêncios.

Outro aspecto relevante evidenciado na análise se refere ao poder da escuta, da palavra e da comunicação. Mediante a escuta os participantes das rodas passaram a perceber o que sabiam e o que ignoravam, e, a partir desse reconhecimento passaram respeitar a verdade do outro sem impor ou negar o seu saber.

Para emissão da palavra como meio de comunicação se faz necessária a escuta, objeto central da nossa pesquisa. Reiteramos que para uma escuta qualificada é imprescindível o silêncio e a atenção para permitir que a mente vazia de saberes e julgamentos possa assimilar o que o outro comunica.

As rodas evidenciaram que o poder das palavras tanto podem construir como destruir e reconstruir, podem acariciar e ferir, como também podem adoecer ou curar. Portanto, são de vital importância na convivência entre as pessoas.

São por estas razões que para Maturana (2005), as palavras, não são inócuas. Não é indiferente usarmos uma ou outra numa determinada situação. As palavras que usamos não somente revelam nosso pensar, como também projetam o curso do nosso fazer.

Outra evidência constatada nas rodas foi que não é possível cuidar do outro, sem superar a sua dor ou dificuldade, sendo fundamental algum tipo de espaço ou suporte que ajude diante do contato humano, sustentado pelas expressões imediatas de vida.

Bauman (2004), discutindo o imediatismo presente nas relações cotidianas entre as pessoas afirma que as expressões imediatas da vida são disparadas pela presença de outro ser humano-vulnerável, sofrendo e precisando de auxílio. Tal

situação gera um desafio pelo que vemos. Desafio a agir, ajudar, defender, trazer alívio, ou até mesmo salvar ou curar.

A TCI lida com expressões imediatas de vida e enfrenta o desafio de agir diante do que se apresenta, estimulando o exercício da autonomia.

Como diz Freire (2009), o essencial nas relações é a reinvenção do ser humano no aprendizado da sua autonomia. Isto foi estimulado nas rodas de TCI, na medida em que os participantes ressignificavam o seu pensar e o seu agir.

Em relação ao objetivo direcionado aos principais problemas que revelavam sofrimentos no contexto das relações de trabalho, constatamos que as dificuldades de convivência eram um dos maiores entraves porque desencadeavam sensações de desprazer, desumanização e desarmonia no trabalho.

Maturana (2005) discutindo as relações no trabalho lembra que para adotar o compromisso do trabalho é essencial que os participantes sejam considerados como pessoas, como seres multidimensionais. E neste sentido as relações de trabalho também são relações humanas que se baseiam na aceitação do outro como legítimo outro na convivência.

Sobre os efeitos da TCI, conforme a visão dos participantes, podemos dizer que é uma abordagem que agrega afeto, compreensão, cuidado e humanização.

Assim também despertando a reflexão, o aprendizado, o coletivo e o vínculo. Produzindo a confiança e a auto-estima.

Para Bauman (2004), em nossa sociedade adepta da reflexão, não é provável que se reforce muito a confiança. As evidências da vida apontam na direção oposta, revelando a fragilidade dos laços.

A referida fragilidade impõe a necessidade de atos que fortaleçam os laços, os vínculos e que contribuam para elevar a auto-estima e o protagonismo dos sujeitos.

Os participantes das rodas de TCI, nos momentos de avaliação apontaram alguns aspectos facilitadores e outros difíceis que influenciaram a pesquisa-ação desenvolvida.

Como aspectos facilitadores, identificaram as comunicações prévias com o agendamento dos encontros, as ligações telefônicas da terapeuta lembrando o evento, o ambiente agradável e acolhedor e as interações ocorridas durante as discussões compartilhadas que fortaleciam os laços.

Os aspectos dificultadores apontados se referiram principalmente a limitação do acesso, uma vez que a pesquisa-ação não envolveu outros profissionais da rede.

Diante dos resultados, podemos afirmar que a TCI como uma abordagem que potencializa o protagonismo dos sujeitos para superar problemas individuais e coletivos, possibilita a construção de redes sociais solidárias.

Podemos reiterar que os objetivos da pesquisa foram alcançados de maneira significativa. Seus resultados confirmam que a TCI contribui para mudanças na forma de ver e conduzir a vida dos participantes fortalecendo vínculos e tornando as relações solidárias e humanizadas.

Recomendamos a continuidade dessa experiência, e a inserção da TCI na agenda política da Secretaria Municipal de Natal. Ampliar assim, a abordagem terapêutica para outros espaços de trabalho e possibilitar a inclusão de trabalhadores de saúde que vivenciam prazeres e dores, conforme os resultados apontados nesta pesquisa.

Finalizando, afirmamos que a TCI como espaço de escuta é um dispositivo valioso para potencializar a socialização, a solidariedade e a humanização entre os trabalhadores de saúde, confirmando assim a argumentação central investigada nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E; SARTORI, R.L. **As brincadeiras de roda às rodas de biodanza: o resgate da inocência**. Vitória: Espaço livros, 2009.

ARAÚJO, M. B.S de. **A equipe de saúde da no PSF: mudando práticas?** Estudo de caso no município de Natal/RN. 2004. 142 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

BALLONE, G. J. Convivência com o próximo. **PsiquWeb**: psiquiatria geral, 2003. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/proximo.html>> Acesso em: 10 ago. 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

_____. **Terapia comunitária: passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: LCR, 2008.

BATISTA, J. A. Reflexões sobre o conceito antropológico de cultura. **Revista Saber Eletrônico**, Goiás, v.1, p. 102-109, nov./jun. 2010.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução: C. A. Medeiros. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2004. 192p.

BAUMAN, Z. **Vida líquida**. 2. ed Tradução: C. A. Medeiros. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2009. 210p.

BAUMAN, Z. **A ética é possível num mundo de consumidores?** Tradução: Alexandre Werneck. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2011. 272p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**. 2000. 4p. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id37>>. Acesso em: 06 ago. 2009.

BOHRER, L. C. T. O Problema da angústia. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 2, n. 1, p. 64-71, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 8 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde da Família**: construindo um novo modelo, Brasília, ano 1, n. 1, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório: 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relato_final>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde**: NOB- SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Senado Federal, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a rede nacional de atenção integral à saúde dos trabalhadores – Renast. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a rede nacional de integração à saúde do trabalhador, Renast, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://www.saudecomdila.com.br/index.php>> Acesso em: 3 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rede HumanizaSUS**: 2º Seminário Nacional de Humanização/metodologia. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: informativo de saúde mental, Brasília, ano 4, n.18, jan. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: o acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS**: desprecariza SUS: perguntas e

respostas: comitê nacional interinstitucional de despreciação do trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programaseprojetos/saudemental/lei10216.htm>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?: Conferência Nacional de Saúde on line. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96>>. Acesso em: 07 ago. 2010.

CAMAROTTI, H. et al. Terapia comunitária: relato da experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, 1., 2003, Ceará. **Anais...** Ceará: Mismec-DF, Mismec-Ce, 2003, p. 54-67.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.) **Trabalhador da Saúde**: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo perspectivas da vigilância da saúde da família. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2001.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARDIERE, E.; NEVES, A. P. S. da. **Relação educador-educando e a dimensão do diálogo**: algumas reflexões preliminares. 2010. Disponível em: <<http://www.uscs.edu.br/simpósio>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CARÍCIO, Márcia Rique. **Terapia comunitária**: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. João Pessoa: [s.n.], 2010.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ALMA-ALTA, 1978, URSS. **Informe conjunto del director general de la organización mundial de la salud e del director ejecutivo del fondo de las naciones unidas para la infancia**. URSS: OPAS, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 5., 2010, Brasília. **Relatório final da IV conferência nacional de saúde mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

CORTEZ, E. A; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 800-804, nov./dez. 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *ORG & DEMO, Marília*, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

CYRULNIK, B. **Autobiografia de um espantalho**: histórias de resiliência: o retorno à vida. Tradução C. Berline. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

_____. **Falar de amor á beira do abismo**. Tradução C. Berline. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DEJOURS, C. **A Banalização da injustiça social**. Tradução A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. Tradução A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34 set./dez. 2004. Tradução Heliete Karam e Júlia Abrahão Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

_____. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. Tradução A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. São Paulo: Cortez, 1992.

DELGADO, P. G. Política nacional de saúde mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. **Jornal do CONASEMS**, Brasília, DF, n. 8, ago. 2007.

DELGADO, P. G. et al. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: ministério da saúde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica e inclusão pelo trabalho. In: _____. **Saúde mental e economia solidária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada. **Radis**: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 97, p. 18, set. 2010. Entrevistador: Kátia Machado.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F.; FEIO, A. A.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia de saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artemed, 2007. p. 39-85.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2006.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. In: **Interface-comunicação, saúde, educação**. Botucatu SP: UNI/UNESP, v.13, suple.1, 2009 p 641-648.

DIAS, E. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil**: realidade, fantasia ou utopia? 1994. 335 f.Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DOMÍNGUEZ, A. G. D.; MARINS, J. R. P. Avanços e desafios do sistema único de saúde em seus 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p.109-117, jan./mar. 2010.

FERNANDES, S. C. de A. **As práticas educativas na saúde da família: uma cartografia simbólica**. 2010. 259 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3. p. 483-502, set./dez. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 48. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano dos seus participantes**. 2006. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GRITTEM, L; MEIER, M. J; ZAGONET, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-70, out./dez. 2008.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos**. Madrid: Cátedra, 1994.

HARRIS, M.; HAINES, A. Programa Saúde da Família: desafios e resultados positivos. **British Medical Journal**, Londres, 29 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

HOLANDA, V. R. **As contribuições da terapia comunitária para enfrentamento das inquietações das gestantes**. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

KEMMIS, S. **Action research: international encyclopedia of education**. Oxorfod: Pergamon, 1984.

LAKATOS, E. M; MARCONI, A. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LITTLEJONH, S. W. **Fundamentos técnicos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MACHADO, K.; DOMINGUES, B. Saúde mental: a palavra é intersectorialidade. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 97, p. 12-17, set. 2010.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MINAYO, G. C. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. Lisboa: Edições 70, 2009.

MATTHEW, H; HAINES, A. Programa saúde da família do Brasil: desafios e resultados positivos. **British Medical Journal**, Londres, 29 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full>> Acesso em: 31 jan. 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: MATTOS, Rubens de Araújo; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRSCO, 2001.

_____. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MATURANA, H. ; VARELA, F. **De máquinas e seres vivos: autopóiese: a organização do vivo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução: José Fernando Campos Fortes. Ed.4. Belo Horizonte: UFGM, 2005, 98p.

MELLO, L. G. de. **Antropologia cultural**: iniciação, teoria e temas. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, René; WAISSMANN, William. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, René. Patologia do trabalho. In: MENDES, René; WAISSMANN, William. **Aspectos históricos da patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-46.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho á saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MERLO, A. R. C. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: MINAYO, G. C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 369-383.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO-GOMEZ; C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e valhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 797-807, 2005.

MINAYO, C. G. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO, G. C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-33.

MORAIS, Fernanda Lúcia de Sousa Leite. **Rodas de terapia comunitária**: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família. João Pessoa: [s.n.], 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários á educação do futuro**. Tradução Catarina Eleonora F. S. e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez, 2002.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. **(Re) desenhando a rede de saúde na cidade do Natal**. Natal: [s.n.], 2006a.

_____. Prefeitura municipal do Natal. Secretária Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: 2006-2009**. Natal: [s.n.], 2006b.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Gabinete do Prefeito. Lei complementar nº 064, de 31 de outubro de 2005. Dispõe sobre a remuneração dos profissionais que compõem as equipes do Programa Saúde da Família no Município do Natal e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, ano V, nº810, Natal, 01 de Nov de 2005.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. Cinco anos da política nacional de humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface: comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 13, p.627-640, 2009. Suplemento 1.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde- aposta da política de humanização da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jun./set. 2010.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.

PINHEIRO, R. Inclusão do direito de ter interesses de ser comum: inovação e desafio do método da tríplice inclusão para produção de mudança na saúde: PNH. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 34, n.86, p. 436-438, jul./set. 2010.

RIBEIRO, L. M. **Saúde mental e enfermagem: em busca de integralidade na Estratégia Saúde da Família**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ROCHA, N. S. D. de. **Análise do programa saúde da família no município do Nata-RN: inovações assistenciais?** 2000. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

RODRIGUES, M. A nova fronteira intersetorial ainda está por ser conquistada. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 97, p. 17, set. 2010. Entrevistador: Kátia Machado.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S. B; BARROS, M. E. B de (Org.) **Trabalhador da saúde, muito prazer!:** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 19-60.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.) **Trabalhador da saúde, muito prazer!:** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectiva da avaliação na política Nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 990-1010, 2007.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente, para um novo senso comum.** São Paulo: Cortez, 2000.

SCÓZ, T. M.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção á saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n. 2, p. 71-77, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TAVARES, J. (Org.) **Resiliência e educação.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 91-114.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 17. ed. São Paulo: Cortez; 2009.

TROMBETA, L. H.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso:** estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa:** construções teórico-epistemológicas, discussão comparada e aplicação nas áreas da Saúde e Humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, L. C. F. de; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VILAR, R. L. A de. **A política de humanização e a estratégia saúde da família:** visões e vivências. 2009. 220f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

WATZLAWICK, P.; HELMICK, J. H. B; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1967.

YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F.; ALBUQUERQUE, B. M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto Contexto**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 24-31, 2005.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceito afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO DO PROJETO: TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde na atenção básica.

PESQUISADOR ES RESPONSÁVEIS: Regina Célia Damasceno e a Profª Drª Rosana Lúcia Alves de Vilar, membro da base de pesquisa PPGENF/UFRN.

Comitê de Ética em pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campos Universitário CP1666, Natal, 59078-970, Brasil, e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br; Telefone: + 55-84-3215-3135, Página na Internet: www.ética.ufrn.br Prot. Nº 032/11- P CEP/UFRN

Vimos por meio deste documento, solicitar sua colaboração nesta pesquisa, que tem como objetivos desenvolver a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como abordagem terapêutica e espaço de escuta para os profissionais de saúde, com o propósito de identificar os principais problemas abordados relacionados ao trabalho e descrever as repercussões da TCI na percepção dos participantes da atenção básica.

Sua participação será voluntária e poderá sair da pesquisa, se assim julgar necessário sem que isso lhe traga prejuízos ou penalidades. Esclarecemos que não receberá pagamento para fazer parte deste estudo, mas poderá ser ressarcido por qualquer custo decorrente desta participação. Os riscos de participação no estudo é mínimo, no entanto, será disponibilizada indenização, caso haja dano comprovado decorrente de sua participação.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os benefícios da sua participação neste estudo se constituirá na contribuição para a construção de estratégias de escuta e superação do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores de saúde nas relações de trabalho.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Autorização para foto-filmagem

Autorizo a utilização de minhas imagens feitas para a pesquisa da **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica, do programa de Pós-graduação em enfermagem da UFRN, para fins previsto no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Natal, de de 2011.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável
End: Campus Universitário, Lagoa Nova,
Departamento de Enfermagem.
Fone: (84) 32153859.

Informamos, que, os resultados do estudo serão divulgados em meios científicos preservando-se, o sigilo e o anonimato dos participantes.

Assim sendo a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido formaliza sua autorização para o desenvolvimento da abordagem anteriormente apresentada

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras. Desta forma, concordo e dou meu consentimento, em participar voluntariamente da pesquisa **“A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica”**.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador Responsável

Natal, ____ de _____ de 2011.

APÊNDICE B - Carta da orientadora da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Campus Universitário, BR 101 - Lagoa Nova, CEP.: 59072-970-Natal-RN-
Fone/Fax(84)215-3615

Natal-RN, 14 de março de 2011.

Senhor Secretário de Saúde,

Vimos através deste, solicitar de V. Sra., autorização para o desenvolvimento do estudo intitulado: **"A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica"**, do programa de pós-graduação em enfermagem. A responsável pela presente pesquisa é a Prof^a. Dr^a. Rosana Lúcia Alves de Vilar, docente do programa de Pós-graduação em enfermagem da UFRN, juntamente com a enfermeira mestranda Regina Célia Damasceno.

Esta pesquisa busca identificar os principais problemas abordados pelos trabalhadores na Terapia Comunitária Integrativa, desenvolver a Terapia Comunitária Integrativa como abordagem terapêutica e espaço de escuta dos trabalhadores de saúde, e descrever as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa nas relações de convivência dos trabalhadores de saúde participantes. Por conseguinte, o estudo não utilizará métodos invasivos para a coleta de informações. O projeto apresenta riscos mínimos na coleta de dados. Para tanto faz se necessário o desenvolvimento de atividades grupais junto aos Profissionais da atenção básica de saúde do distrito sanitário Norte II com vistas ao alcance da proposta de terapia comunitária como espaço de escuta dos trabalhadores de saúde.

Na certeza de contarmos com sua compreensão, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Rosana Lúcia Alves de Vilar

Rosana Lúcia Alves de Vilar
Pesquisador Responsável

Ao Ilmo Sr.
Thiago Barbosa Trindade

ANEXOS

ANEXO 1 - Carta da Anuência do secretário


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: "A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica"

RESPONSÁVEL: Prof.^a Dr.^a Rosana Lúcia Alves de Vilar

COLABORADORES: Regina Célia Damasceno

Conhecendo o propósito da pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

☒ Autorizamos a coleta de dados na instituição.

☐ Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

Quanto à divulgação:

☒ Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

☐ Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

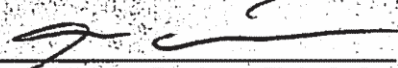
Quanto ao relatório técnico-científico:

☒ Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

☐ Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Comentário: _____

Natal/RN, 18 de Junho de 2011.


Dr. Thiago Barbosa Trindade

Carlos Fernando P. Barcelar Viana
Coordenador Geral de
Administração e Finanças

ANEXO 2 - Parecer comitê



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
10 anos contribuindo com a ética na pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 221/2011

Prot. nº	032/11-P CEP/UFRN
CAAE	0042.0.051.000-11
Projeto de Pesquisa	A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica.
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Rosana Lúcia Alves Villar
Instituição Proponente	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Coparticipante	Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas da Saúde
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início jul/2011 - Final dez/2011 Arrolamento dos participantes: Início mai/2011 - Final jul/2011
Revisão ética em	1º de junho de 2011

RELATO

1. RESUMO

Trata-se de um protocolo que contém um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que tem como objetivos *"identificar os principais problemas abordados pelos trabalhadores na Terapia Comunitária Integrativa, desenvolver a terapia integrativa como abordagem terapêutica e espaço de escuta dos trabalhadores de saúde, e descrever as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nas relações de convivência dos trabalhadores de saúde participantes"*. É uma pesquisa ação, com abordagem qualitativa, utilizando estudo descritivo e exploratório. A amostra será constituída por 20 trabalhadores da atenção básica de dois Distritos Sanitários (Distritos Norte I e II) do município de Natal. O Distrito I abarca dez Unidades da Saúde da Família e uma Unidade Básica da Saúde, e o Distrito II abarca dez Unidades da Saúde da Família e duas Unidades Básicas da Saúde.

A pesquisa se originará da aplicação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que envolve quatro fases: exploratória, planejamento, ação e avaliação. Esta Terapia é definida como um espaço de acolhimento para falar dos sentimentos, dores e problemas, onde cada participante torna-se terapeuta de si mesmo, buscando nesse espaço a busca de soluções e superação dos desafios a partir da escuta de histórias de vida relatadas em grupo.

A coleta de dados se dará através de observação participante e registro escrito em diário de campo das sessões de TCI, do registro fotográfico de imagens e da realização de entrevistas individuais.

Os critérios de inclusão compreendem a participação dos trabalhadores de saúde do Distrito Norte que se dispuserem a participar das rodas de terapia, aceitando a participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O critério de exclusão se dará com o trabalhador que não estiver lotado nos referidos Distritos.

Julos

PARECER 221/2011 CEP/UFRN

O recrutamento ocorrerá com um convite via institucional através de memorando, em seguida com a identificação dos participantes nas reuniões e serão recrutados para a pesquisa nas próprias sessões da TCI, onde serão esclarecidos sobre objetivos, benefícios, riscos e procedimentos da pesquisa. Mediante assinatura do TCLE, continuarão participando das sessões seguintes.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d). **Atenção: conforme circular 017/11 – CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;**

2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 15 de junho de 2011.


Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN