



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM *AURORA DE AFONSO COSTA*
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE:
FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS

MARISE GAMA CORRÊA LUTTERBACH

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA
(TCI) NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E FORMAÇÃO EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**THE CONTRIBUTION OF INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY (ICT) ON
THE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE AND TRAINING IN
PSYCHOSOCIAL CARE.**

NOVA FRIBURGO, RJ

2017

MARISE GAMA CORRÊA LUTTERBACH

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA
(TCI) NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E FORMAÇÃO EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada para o Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense, Escola de enfermagem *Aurora de Afonso Costa*, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em docência interdisciplinar para o SUS.

Orientador
Prof. Dr. Gilson Saippa de Oliveira

**NOVA FRIBURGO, RJ
2017**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

L 974 Lutterbach, Marise Gama Corrêa.
A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI)
na produção do cuidado e formação em saúde na atenção
psicossocial / Marise Gama Corrêa Lutterbach. – Niterói:
[s.n.], 2017.
116 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde)
- Universidade Federal Fluminense, 2017.
Orientador: Prof. Gilson Saippa de Oliveira.

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Serviços de
Integração Docente-Assistencial. 3. Serviços de Saúde
Mental. 4. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD: 616.89142

**A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA
(TCI) NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E FORMAÇÃO EM SAÚDE NA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Aprovada em: 14 / 07/ 2017

Banca examinadora

Prof. Dr. Luis Carlos Hubner Moreira

Prof.(a) Dr.(a) Beatriz Paiva Bueno de Almeida

Prof.(a) Dr.(a) Ana Clementina Vieira de Almeida

Prof.(a) Dr.(a) Lúcia Cardoso Mourão

À família e amigos.

O sonho de tornar-me mestre

somente foi possível com apoio e incentivo de muitos.

Agradecimentos

Às minhas filhas:

Flavia, pelo estímulo ao ingresso no curso de mestrado, apoio diante dos momentos de desânimo e insegurança, como também pela impecável contribuição nas revisões e formatações. Meu muito obrigada a esta filha e amiga, por compartilhar de minha felicidade a cada pequena, mas importante conquista, durante os estudos, o trabalho e na vida.

Milena, por me inspirar com seu exemplo, a importância de viver intensamente com alegria e determinação. Obrigada pela netinha Maria Eduarda, que em breve carregarei nos braços e com a qual partilharei minhas conquistas.

Ao orientador, Prof. Doutor Gilson Saippa Oliveira, sou especialmente grata. Este sonho só se concretiza, a partir da forma especial deste professor em atender às minhas necessidades e dificuldades, sempre com total prontidão, paciência e sabedoria de quem executa seu papel de docente com carinho e satisfação.

Aos professores do mestrado, pela linda tarefa de educar.

As professoras Ana Clementina Vieira de Almeida e Lucia Mourão pelas contribuições e incentivo.

Aos colegas de turma do curso de mestrado que demonstraram a força da união.

A todos que procuram por cuidado em Saúde, depositando credibilidade em minhas condutas profissionais e com os quais aprendo tanto.

Aos verdadeiros amigos que caminham juntos, apoiando e estimulando, os quais se identificarão ao lerem esta frase.

À amiga Irene França Guimarães Schuab, pelo estímulo e parceria nas construções e revisões.

As amigas Tereza Cristina Rocha e Maria Cristina Lima, responsáveis pela minha dedicação com a Técnica de Terapia Comunitária Integrativa, peça-mestra desta pesquisa.

RESUMO

Trata-se de um estudo intervencionista e exploratório de abordagem qualitativa, cuja dinâmica de pesquisa integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista. Teve como horizonte a produção de informações e intervenções, visando demonstrar a potência da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na construção do cuidado e formação em saúde na Atenção Psicossocial. Para responder de que forma a TCI pode intervir como nova tecnologia de apoio e ressignificar as práticas de cuidado, formação, controle social e gestão na Atenção Psicossocial, demonstramos a eficácia da TCI como produtora de novos arranjos de todos os atores envolvidos, buscando a ampliação e o fortalecimento de redes de apoio nas suas dimensões terapêutica e pedagógica. A presente pesquisa buscou a construção de novos sentidos aos meus processos de trabalho e atuação enquanto terapeuta ocupacional e terapeuta comunitária integrativa. Tal tipo de profissional acolhe estagiários de diversas formações e universidades (psicologia, enfermagem e fonoaudiologia), ampliando assim, a cooperação entre trabalhadores, gestores, supervisores e estagiários que compartilham processos de formação e do cuidado no espaço da atenção psicossocial.

A aplicabilidade da TCI na pesquisa demonstrou sua força e levou à criação de um novo recurso metodológico que denominamos “Terapia Comunitária Integrativa: um processo hermenêutico-dialético”. As Rodas de TCI foram reconhecidas como recurso terapêutico que deve ser utilizada de forma continuada, a favor dos processos de formação e trabalho, aos portadores de transtorno mental, às equipes de saúde e à comunidade, num processo horizontal e circular de cuidar e ser cuidado.

Palavras Chave: Terapia Comunitária Integrativa; Atenção Psicossocial; Cuidado, Formação.

ABSTRACT

This is an interventional and exploratory study with a qualitative approach, which research integrates the combination and correlation of different points of view. This paper aimed the production of information and interventions, demonstrating the importance of Integrative Community Therapy (ICT) on the development of health care and training in Psychosocial Care. To demonstrate how the ICT can function as a new aid technique, reframing care practices, training, social control and management in Psychosocial Care, it is intended to evidence the ICT efficacy as a producer of new arrangements within all the actors involved. Also seeking to enhance and strengthen support networks in their therapeutic and pedagogical dimensions. The present research fosters to create new meanings to my working process and performance as an occupational therapist and integrative community therapist, professional who welcome trainees from diverse carriers and universities (psychology, nursing and phonoaudiology). And, for this reason, to intensify the cooperation between workers, managers, supervisors, and trainees who share training and care processes in Psychosocial Care. The applicability of the ICT demonstrated its strength and led to the creation of a new methodological resource entitled “Integrative Community Therapy: a hermeneutic-dialectical process”. The ICT circles were recognized as a therapeutic resource that may be used in a continuous way, in favor of working and training processes, for mental health patients, health teams and community, and in a horizontal and circular process of caring and being cared.

Keywords: Integrative Community Therapy; Psychosocial Care; Care; Training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

GRÁFICOS:

Gráfico 1- Quadrilátero da Formação	18
--	----

QUADROS:

Quadro 1- Participantes da Pesquisa	68
Quadro 2- Categorias de Análise.....	73
Quadro 3 – Formação.....	75
Quadro 4- Cuidado.....	78
Quadro 5- Gestão.....	82
Quadro 6- Controle Social.....	85

FIGURAS:

Figura 1- Painel Roda TCI 1.....	74
Figura 2- Painel Rodas TCI 1 e 2.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABRATECOM- Associação Brasileira de Terapia Comunitária

CAPS- Centro de Atenção psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código Internacional das Doenças

EAD- Educação a distância

ESF- Estratégia de Saúde da Família

MISMEC-CE- Movimento Integrado de Saúde Mental – Ceará

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PNPIC- Política de Práticas Integrativas e Complementares

RAS- Redes de Atenção à Saúde

SAS- Secretaria de Assistência em Saúde

SENAD- Secretaria Nacional sobre Álcool e Outras Drogas

SUS- Sistema Único de Saúde

TCI- Terapia Comunitária Integrativa

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFC- Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

I- CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1- Objeto de estudo.....	13
1.2- Motivação.....	13
1.3- Questão norteadora.....	15
1.4- Objetivos	15
1.4.1-Objetivo geral.....	15
1.4.2- Objetivos específicos.....	15
1.4.3-Produto	16
1.5-Justificativa.....	16
II-REFERENCIAL.....	18
2.1- Quadrilátero da Formação em Saúde	18
2.2- Processos de Formação do Trabalho em Saúde	20
2.2.1- Trabalho e Gestão em Saúde	20
2.2.2- Ensino em Saúde	23
2.2.3- Formação em saúde a partir da matriz curricular	27
2.3- A Formação do cuidado em Saúde.....	29
2.3.1- Cuidado	29
2.3.2- Cuidado e Controle Social.....	33
2.3.3- Cuidado e Humanização.....	37
2.4- A reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	40
2.5- Saúde mental e Atenção Básica	43
2.5.1 – Conceitos que poderiam operar como balizas éticas da Saúde Mental na Atenção Básica.....	47
2.5.1.1- Intervenções breves, na crise.....	47
2.5.1.2-Responsabilização do sujeito e uso racional de medicação	47
2.5.1.3-Projeto terapêutico e profissional de referência	48
2.5.1.4-Oficinas e grupos.....	48
2.6 –Terapia Comunitária Integrativa(TCI) – marcos conceituais	50
2.6.1- Criação da TCI	50
2.6.2- Pressupostos Teóricos	51
2.6.3- Etapas da TCI	52
2.6.4- Relevâncias político-sociais	54
2.6.5- TCI na Saúde Mental e Atenção Básica.....	55

2.6.6- A Formação do Terapeuta Comunitário.....	59
2.6.7- TCI integrando a Formação do cuidado.....	61
2.6.8- Ética em Pesquisa e a Terapia Comunitária Integrativa.....	63
2.6.9- Rodas de TCI em CAPS- Relato de experiência.....	63
III- METODOLOGIA.....	64
3.1- Tipo de estudo	64
3.2- Local do estudo	67
3.3- Rodas de TCI.....	67
3.4- Participantes da pesquisa.....	67
3.5- Primeira Roda de TCI	69
3.6- Segunda Roda de TCI	70
3.7- Categorias de Análise.....	71
IV- RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS.....	73
4.1- Classificação dos dados.....	73
4.2- Categorias de análise e as interseções com dados obtidos na TCI.....	75
4.2.1- Formação.....	75
4.2.2- Cuidado.....	78
4.2.3- Gestão.....	82
4.2.4- Controle Social.....	84
V- O MESTRADO PROFISSIONAL E O PRODUTO: A TCI NA ARTICULAÇÃO TRABALHO-FORMAÇÃO.....	88
VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

ANEXOS:

Anexo 1: Etapas da TCI

Anexo 2: Organização das informações da TCI

Anexo 3: Apreciação das Rodas de TCI

Anexo 1: TCLE

Anexo 5: Parecer do CEP

I-CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As equipes de saúde que atuam na Atenção Psicossocial exploram pouco os espaços relacionais e utilizam de forma incipiente as tecnologias baseadas no apoio (institucional e matricial) (BRASIL, 2005).

Assim, tensões nesse cenário se acumulam, gerando práticas “não cuidadoras”. A mudança dessa situação pressupõe potencializar a utilização de tecnologias leves que requerem organizar o processo de trabalho e do cuidado de forma mais relacional através de espaços criativos e de intersubjetividades (MERHY E ONOCKO, 1997; CECÍLIO, 2007).

Portanto, torna-se necessário cada vez mais implementar ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

Neste contexto, surge a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como abordagem de atenção à saúde, capaz de proporcionar um arranjo de saberes acadêmicos e práticos construídos pela experiência de vida na superação dos desafios do cotidiano, com potência em produzir novas formas de pensar a loucura e a saúde mental (BARRETO, 2008).

A TCI pode ser considerada uma resposta a um contexto de grande vulnerabilidade social, marcado por precariedade nos aspectos de infraestrutura, segurança pública, acesso ao emprego e renda, bens e serviços, com elevado estigma social. Surgiu num cenário de precária atuação das políticas públicas e graves problemas sociais (GIFFONI, 2008).

Esta pesquisa foi realizada no CAPS, a partir de minha trajetória profissional com experiências exitosas através da utilização da TCI. Semanalmente, participam das Rodas de Terapia Comunitária, pacientes, familiares, funcionários, estagiários, supervisores e, sempre que possível, a comunidade, com o propósito de conversarem sobre temas cotidianos, aprendendo a simbolizar emoções e sentimentos de forma a prevenir e tratar sofrimentos.

1.1- OBJETO DE ESTUDO

A TCI como tecnologia de apoio para ressignificar os processos de trabalho e formação na atenção psicossocial.

1.2- MOTIVAÇÃO

A motivação pelo estudo emerge da trajetória profissional da pesquisadora em Programas de Saúde Mental, atuando como Terapeuta Ocupacional e Comunitária, como

também ocupando cargos de gestão, que levam a testemunhar preocupações vivenciadas no cotidiano de trabalho. Tal experiência ocorre numa rede onde falta autonomia e conexões entre os serviços, seus trabalhadores e usuários, com relações políticas pouco favoráveis. Consequentemente, há baixa resolutividade e negação do cuidado em saúde resultante de tais práticas.

Enquanto Terapeuta Ocupacional formada em 1985, venho acumulando conhecimentos teóricos e vivenciais. Ademais, nos últimos anos tenho nutrido interesse em partilhar um pouco de minha experiência através da docência universitária e, para tal, tornou-se imperioso possuir titulação em mestrado. Nos últimos anos, passei a me envolver com atividades de formação em Terapia Comunitária Integrativa, atividades de docência em cursos diversos e pontuais. Além disso, venho mantendo contato com estagiários e seus supervisores no CAPS, oportunizando, assim, minha aproximação com a academia e com o mestrado profissional na UFF. Tomada pela surpresa da possibilidade, impulsionada pelo desejo e estimulada por muitos, ultrapassei desafios na empreitada para chegar até aqui! Aprovada para o mestrado, de imediato tive minhas expectativas superadas, pois encontrei muito mais do que uma oportunidade de formação. O mestrado, que a princípio me traria a titulação necessária, se apresenta como uma experiência de interdisciplinaridade num curso para mim inovador, no qual as disciplinas incorporam metodologias ativas, vivências e dinâmicas, seminários e conteúdos políticos, filosóficos e poéticos que enriquecem ainda mais o aprendizado.

Este mestrado constitui um estímulo a mais para nossas atividades profissionais, mesmo num momento de grande insegurança político-administrativa vividos no país, o que reflete negativamente sobre nossas vidas em aspectos pessoais, sociais e laborativos. Diante disso, só me restou dedicação total a favor de uma boa contribuição às atividades terapêuticas por meio desta pesquisa.

Em minha busca por conhecimento e atualização em atividades complementares, a favor da prática laborativa, a Terapia Comunitária Integrativa surge como recurso terapêutico grupal. Esse tipo de atividade terapêutica promove intensa troca de experiências e superações de situações da ordem do sofrimento humano, que passam a ser vistas não mais como doença, mas como formas de estar e sentir o mundo em suas relações singulares e grupais.

A TCI incentiva, por meio de encontros comunitários, a expressão de experiências de vida, possibilitando, dessa forma, que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas. Tal compartilhamento ocorre também com as estratégias de superação que

foram desenvolvidas. É importante ressaltar, ainda, que a TCI considera que qualquer pessoa, independentemente da sua condição social, econômica e cultural, possui recursos e saberes úteis a si e aos outros (BARRETO, 2008).

A realização de Rodas de TCI, como parte do processo semanal de trabalho em instituições, tal como acontece nos CAPS, visa à garantia de uma prática interdisciplinar e aberta ao diálogo. Elas permitem perceber a importância da Terapia Comunitária Integrativa frente às complexidades das questões que envolvem as demandas, dos pacientes e da comunidade e, desta forma, atentar para a necessidade de uma prática mais humanizada (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

Soma-se que a análise da eficácia da Terapia Comunitária Integrativa no âmbito da Saúde Mental, especificamente no CAPS, possui o intuito de atualizar o conhecimento acerca dessa questão. Possibilita, ainda, que, a partir desse registro, outros sejam feitos no sentido de aprofundar o tema (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

Ao final, o que se pretendeu foi oferecer um levantamento de dados reais do trabalho realizado visando ampliar recursos a favor da qualidade de vida e que atribua novo sentido aos processos de trabalho e formação.

1.3- QUESTÃO NORTEADORA:

- De que forma a TCI pode contribuir como nova tecnologia de apoio e ressignificar as práticas de cuidado e formação na Atenção Psicossocial?

1.4-OBJETIVOS:

1.4.1-OBJETIVO GERAL:

- Analisar a potência da TCI como produtora de novos arranjos do cuidado e da formação na Atenção Psicossocial.

1.4.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as práticas de TCI no CAPS;
- Identificar o papel da TCI na produção do cuidado e formação;
- Contribuir com rodas de TCI na Atenção Psicossocial, buscando a ampliação e o fortalecimento de redes de apoio nas suas dimensões terapêutica e pedagógica.

1.4.3- PRODUTO

Considerando ser esta dissertação requisito de conclusão do curso de mestrado profissional, buscou-se através da mesma elaborar uma proposta de intervenção, tendo a TCI como dispositivo que ressignifique as práticas de todos os atores envolvidos no cuidado e formação.

1.5-JUSTIFICATIVA:

Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, além de qualificar a gestão do cuidado. O caminho apontado foi a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado de modo psicossocial (ZEFERINO, 2014).

Por sua vez, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico na Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilitando a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

Diante da complexidade das questões que envolvem os portadores de transtornos psíquicos, a referida Reforma psiquiátrica possibilita a consideração do espaço institucional dos Centros de Atenção Psicossocial de forma interrelacional e interdisciplinar. Esses indivíduos necessitam de uma prática de saúde mais humanizada, uma vez que se vislumbram, no referido campo, vivências de atendimento mais integral a favor da democratização das relações humanas (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

Nesse cenário, torna-se importante que as discussões aconteçam de forma transdisciplinar a fim de contribuir na formação de profissionais para o cuidado em saúde que extrapola as particularidades e o domínio técnico-científico das profissões. E sim, estende-se pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas, nas mudanças ideológicas da equipe e no comprometimento com a realização de atividades. Dessa forma, valorizam-se e compartilham-se saberes, experiências e reflexões, a favor da melhoria do cuidado em saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Para tanto, o cotidiano dos processos de trabalho exige análises, debates, propostas e reorganizações de equipes, na busca de conhecimento e de respostas para situações que interferem na qualidade do serviço e na motivação dos profissionais, os quais, entretanto,

muitas vezes, são vítimas do “burnout” (retirada psicológica) que caracteriza-se por desgaste emocional, perda de motivação e reduzido comprometimento com o trabalho, levando a consequências negativas na saúde geral e qualidade de vida de quem é acometido — o que atinge, conseqüentemente, os pacientes atendidos. Alguns estudos apontam para índices de prevalências significativos da síndrome entre profissionais de saúde no Brasil. (MARTINS et al., 2014).

A função de apoio, nas suas dimensões pedagógica e terapêutica, é potente junto à ação coletiva dos grupos, na busca constante do compartilhar valores que se constroem na perspectiva de produção de espaços, orientados à transformação dos saberes e fazeres sobre o trabalho, a formação e o cuidado em saúde (SAIPPA- OLIVEIRA et al., 2014).

A formação, portanto, não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve, por outro lado, buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CARVALHO & CECCIM, 2009).

O contexto nacional de carências estruturais e de espaços de atenção à saúde mental favoreceu a implantação da TCI, pois há uma demanda por atenção na linha do cuidado, cujo modelo de cunho individual não é capaz de abarcar. A TCI apresenta-se, então, como uma abordagem de saúde comunitária que possibilita o acolhimento e cuidado das pessoas que sofrem num contexto de grupo, participativo, de valorização dos recursos pessoais, sociais e culturais (BARRETO, 2013).

No contexto histórico, a Terapia Comunitária Integrativa é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, desenvolvida em 1986 pelo Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, através do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-CE, Brasil, como resposta a uma crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam apoio jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos da comunidade de Pirambu. Logo, a TCI surge como dispositivo de agregação de saberes e práticas acadêmicas e populares. Nesse contexto, a integração dos estagiários e seus supervisores no CAPS vem ampliar as partilhas de experiências cotidianas, possibilitando encontrar respostas ou alívios para os sofrimentos, somando valor à prática diária no processo de trabalho e de vida (BARRETO, 2008). A prática em experimentação, submetida aqui, acolhe como exigência política um sistema de gestão, formação, cuidado e

controle social, que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e experimentação da alteridade com os usuários. Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização, da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais com competências e habilidades condizentes com as práticas do SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2005)

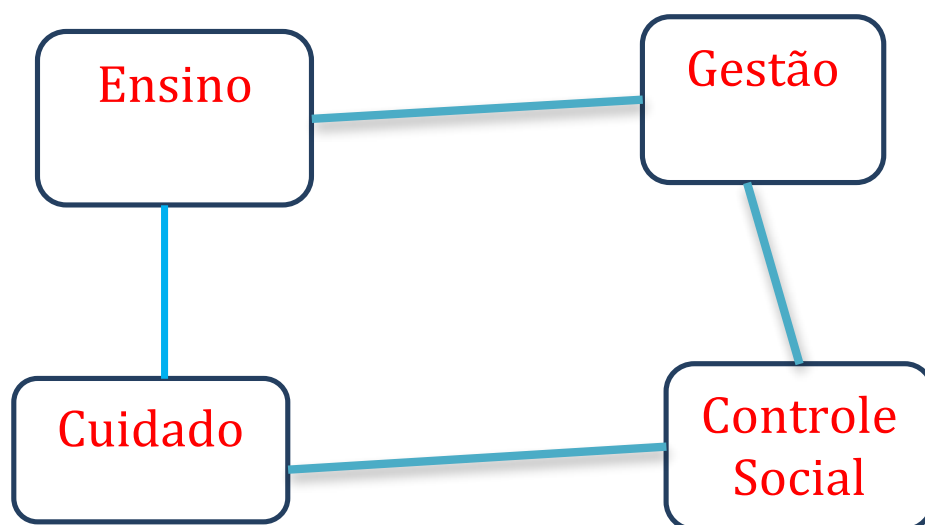
II- REFERENCIAL

2.1- QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

O conceito do quadrilátero da formação para a área de saúde nasce em 2003, e contribuiu com esta pesquisa, trazendo em sua imagem a interseção entre o ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social. Propõe, ainda, construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A imagem do quadrilátero da formação pode ser visualizada a partir do gráfico abaixo:

Gráfico 1



Fonte: Ceccim & Feuerwerker:2004

Torna-se importante essa noção quadrilátera para a política de formação, pois cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores singulares e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato e a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho (MERHY, 1998; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A noção de quadrilátero prevê ações de análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, na qual alunos, trabalhadores e usuários possam construir um sistema produtor de saúde e não um sistema prestador de assistência, com diferentes atores ocupando lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. Cabe à informação administrativa setorial e à informação social e cultural, entre outras, a possibilidade de contribuição para pôr em evidência os ‘encontros rizomáticos’ que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carreando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (CECCIM, 2005).

A prática aqui referida é a formulação de uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e na proposta para a implementação de processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, além de construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. A qualidade da formação deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde (CARVALHO & CECCIM, 2009).

Na perspectiva de CAMPOS (2009), no quadrilátero da formação em saúde podemos encontrar aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais que operam em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados a favor do cuidado e apoio à saúde. Trabalhar em equipe, conviver em movimentos sociais, integrar organizações como trabalhador, usuário ou aluno, todas são situações em que por meio da reflexão, da prática política, ou de gestão do trabalho ou da vida cotidiana, os sujeitos podem

modificar as estruturas ou alterar o modo de vida de outros sujeitos estabelecendo formações de compromisso ou contratos sociais. A ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos aumenta quando conseguem lidar com redes de poder, com conflitos, com alianças e composição de interesse.

CAMPOS (1998) nos fala, ainda, sobre possibilidades de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para essa finalidade, é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde.

Nesse sentido, no Brasil, se constituiu o conceito de ‘quadrilátero da formação’: educação que associa o ensino com suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. Nesse linha, é o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem, e é a educação permanente em saúde que torna grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde (CECCIM, 2005).

Durante esta pesquisa, deu-se devida importância a interligação dos quatro vértices do quadrilátero da Formação em Saúde. No entanto, optamos por dedicar maior estudo sobre a formação e o cuidado, por serem aspectos mais diretamente relacionados à prática de trabalho diário no CAPS, local este que acolhe e cuida dos portadores de transtorno psíquico, por meio não só de toda a equipe que compõe o serviço, como também através dos estagiários e seus supervisores.

2.2-PROCESSOS DE FORMAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

2.2.1-TRABALHO E GESTÃO EM SAÚDE

Apesar do grande avanço que o SUS representa para a Saúde no Brasil, observa-se que a cronificação do modo de operar o sistema público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional estão presentes e requerem ações urgentes que modifiquem essa condição. Nesse cenário, as consequências sobre as pessoas envolvidas no trabalho são graves e acarretam a diminuição do compromisso e responsabilização na produção da saúde, e o desrespeito aos profissionais da Saúde e usuários de nossos serviços (RIOS, 2009).

Atualmente, o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configura-se como um dos grandes nós críticos das propostas de mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, pois tem se mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos (MERHY, 1997, p71-72).

Os espaços para a tomada coletiva de decisões continuam a ser escassos, para os quais há pouco investimento. Ademais, ocorre com pequena explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração, gerando atritos, equívocos, além de criar dificuldades quanto à construção de autonomia dos agentes trabalhadores e usuários. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas sobre equipes e gestores de serviço seguindo modalidade de gestão com pouco controle social e qualificação técnica (ONOCKO & CAMPOS, 2009).

Temos, no trabalho em saúde, como efetivo desafio, a busca de outro modo de se operacionalizar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários. Tal postura possibilita o engendramento de “uma relação mais solidária entre os trabalhadores, os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da ‘construção de um trabalhador coletivo’ na área da saúde” (MERHY, 1997, p. 126).

Nesse sentido, cabe investir em uma organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, a relação horizontal no tempo e a clara definição de responsabilidade entre trabalhadores e usuários. Deve-se, também, avançar na democratização das organizações de saúde, possibilitando o compartilhamento da gestão em todas as suas etapas. Portanto, a co-gestão, conselhos e colegiados, planejamento analítico, contrato de gestão participativa, entre outros, são recursos importantes para esta reforma tanto política quanto do modelo de gestão (CAMPOS, 2009).

O conceito de co-produção é um instrumento de co-gestão porque possibilita a composição e a construção de um novo conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais, sem negar os recortes disciplinares possíveis, nem deixar de fazer escolhas e definir prioridades. Assim, é possível possibilitar ao grupo de profissionais o desenvolvimento desta sensibilidade para lidar com a subjetividade dos encontros terapêuticos, estender para a subjetividade das relações entre os profissionais da própria equipe e para os profissionais do apoio, da gestão e mesmo para a relação com a Instituição (CUNHA & DANTAS, 2007)

Essa debilidade do sistema de co-gestão e de avaliação da eficácia do sistema gera outro tipo de problema. Ao centrar toda a "culpa" (responsabilidade pelo mau funcionamento) sobre a competência ou incompetência do novo administrador, gera-se certo "ganho" simbólico para os trabalhadores, os coordenadores de Unidades e até para os próprios usuários (ONOCKO & CAMPOS, 2009).

O manejo/coordenação de grupos, equipes, unidades básicas ou outros níveis de gestão depende da formação, experiência emocional interna e do próprio amadurecimento emocional do gestor. Em geral, a dificuldade resulta de entraves políticos, organizacionais e subjetivos, e um dos desafios à aceitação das propostas de clínica ampliada e co-gestão, aos gestores é valorizar nos profissionais recursos, soluções e projetos criativos e singulares. Implica em conseguir lidar consigo mesmo, seus desejos de poder e receios, no exercício permanente de diferenciar o “estar gestor” do “ser gestor” (CUNHA & DANTAS, 2007; OLIVEIRA, et al., 2007; CAMPOS, 2000).

Enfim, somente a liderança democrática é capaz de levar o grupo ao amadurecimento. Tal progresso se traduz em relações saudáveis, passíveis de dar continência aos conflitos inerentes aos processos grupais, compartilhamento de responsabilidades, espírito de equipe e construção de projetos de gestão compartilhada no âmbito da clínica e da gestão (OLIVEIRA, et al. 2007).

No entanto, o excesso de demanda e os múltiplos empregos sobrecarregam os profissionais. Há, ainda, a multiplicação daqueles que intervêm de modo fragmentado em cada caso — o que também tem dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária — impedindo, assim, a clínica compartilhada. Como alternativa a essas questões, há a possibilidade de ampliação da clínica e de co-gestão de coletivos com maior responsabilização, se traduz em aumento de resolutividade para o SUS, além de maior bem estar e realização profissional. (CAMPOS, 2009; CAMPOS, 2013; OLIVEIRA, et al., 2007).

Os sujeitos, porém, que participam dos encontros efetivados nos espaços da saúde tendem a se reduzir a uma leitura tecnocientífica, construtora de objetos, na qual um é o próprio substrato dos recortes objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional) (AYRES, 2005).

Dessa forma, há uma diferença irreduzível entre o profissional e o usuário, por mais horizontal e aberta que seja a relação estabelecida. Sugere-se operar com a noção de que todo encontro clínico ou sanitário é um 'espaço coletivo'; em que se faz necessária a reflexão sobre estes papéis e responsabilidades distintos, sugerindo-se arranjos de saber e organizacionais

que permitam o seu compartilhamento entre trabalhador e usuário (CAMPOS, 2009). Portanto, o trabalho em saúde é uma atividade de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. Assim, a incorporação de novidade tecnológica é premente e constante (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Em todos esses âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (diretriz constitucional) forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde. Esses são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção (MERHY & ONOCKO, 1997; CECÍLIO, 2007).

Na gestão, na clínica e nas práticas educacionais é muito importante poder lidar de forma inclusiva. É necessário fazer escolhas, em cada contexto, em cada momento e definir, dialogicamente, prioridades e relevâncias, ainda que provisórias. Da mesma forma, é importante a ideia de que existem sujeitos coletivos ou coletivos dos quais fazemos parte e que possuem certa identidade, algum projeto, algum laço afetivo e, portanto, merecem um reconhecimento como tal e uma interlocução. Torna-se necessário também reconhecer a importância, a pluralidade e a transversalidade das instituições, como espaços de produção de subjetividade passíveis de transformação e instrumentos para realização de desejos coletivos (CUNHA & CAMPOS, 2010).

Por perceber muitas práticas e modelos cronificados e cronificantes, pouco ou quase nada motivados mas sim condicionados e rotineiros, me lanço sempre ao desafio de construir novos sentidos às práticas de cuidado e formação nos espaços de trabalho e neste contexto utilizo a TCI como recurso de atividade complementar.

2.2.2- ENSINO EM SAÚDE

Assim como o cientificismo levou para a esfera privada toda a dimensão subjetiva do mundo, o ensino nas práticas de saúde inverteu prioridades, preferindo a doença ao doente, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, ignorando tanto sua especificidade biológica, como suas dimensões psicológicas, culturais e sociais. Revela-se necessário um movimento social por Reforma da Educação que oriente o processo de formação para gerar profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde. É imprescindível que esse modelo expresse o atendimento dos interesses

públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional e disseminação dos saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Desse modo, o pensamento reformista e crítico tem valorizado o abandono da noção de doença, substituindo-a pelo de saúde. A Organização Mundial da Saúde definiu que "saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social" e reforçou as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença. Como consequência, políticas de saúde mais abrangentes são favorecidas, estimulando reformas na formação, antes excessivamente centrada no biológico, dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2009).

Ainda no âmbito da formação dos profissionais, ocorre uma inadequação em relação às necessidades do SUS (que requer a reestruturação dos cursos de nível médio e superior). Tal equívoco é expresso por meio da má distribuição das unidades formadoras, da profusão de atividades de capacitação pontuais, feitas de forma desarticulada e fragmentada, da falta de professores capacitados em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, além da aplicação de um sistema de avaliação do ensino que não inclui compromissos institucionais com o SUS, sustentando-se na titulação de professores (RIOS, 2009).

A organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode ser dissociada das demais. A organização dos serviços, o trabalho tal como o encontramos na rede e as demonstrações de pensamento dos segmentos corporativos das profissões e dos governos também são processos formativos. A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde; a qualidade do acolhimento; a responsabilidade das equipes com o cuidar, assim como os processos educativos para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si construindo ativamente sentidos a sua saúde, devem ser matéria de debate durante a formação profissional, pela necessidade de transformar a excessiva solicitação de exames, a elevada prescrição de medicamentos e o descompromisso com a saúde (CARVALHO & CECCIM, 2009).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. O acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento. Acolhimento é atitude no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas

as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (SILVA et al., 2012; TEIXEIRA, 2003; CECCIM & FEUERWERKER, 2004; RIOS, 2009).

Fator importante para as mudanças ocorridas na educação dos profissionais de saúde foi a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) junto as instituições formadoras mobilizadas para o debate sobre o ensino da Saúde Pública (desdobramento do movimento preventivista), onde despontaram as necessidades de uma mudança de atitude dos professores, a integração curricular e a integração do ensino com o sistema de saúde para a melhor formação dos profissionais e mais adequada participação na melhoria das condições de saúde da população. Pode-se falar de uma história dos movimentos de mudança na educação em Ciências da Saúde até a aprovação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (CARVALHO & CECCIM, 2009).

O Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, elaboraram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (03 de novembro de 2005) , que tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos. Tal perspectiva antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos mais humanizados, na produção do conhecimento com incorporação de novas tecnologias e na prestação de serviços com melhor estimativa da resolubilidade da atenção. Esse posicionamento é direcionado à construção do fortalecimento do SUS mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil (BRASIL, 2005).

O universo do saber científico é de grande valia, mas deveria ser analisado de forma crítica, visto que muito se perde quando não há consideração e valorização da experiência profissional e de outros cursos e especializações de grande importância. Se pensarmos o objetivo maior como sendo a prática do cuidado em saúde considerando a soma de saberes, tal exigência passa a ser vista como rígida e excessivamente protocolar, muitas vezes com interesse em manter universidades num grau de apresentação considerado como “superior” pelo número de profissionais “qualificados”.

Logo, há necessidade de uma formação centrada nas práticas e na análise dessas práticas, pois não é a prática que é formadora, mas sim a reflexão sobre a prática. Podem-se inventar tecnologias, serviços, programas, mas nada substitui o encontro humano, a importância do diálogo, a vontade de aprender promovida pelos bons professores

reconhecidos e prestigiados; competentes em mobilizar recursos cognitivos e afetivos, rever hábitos, atualizar e criar procedimentos que favorecem a enfrentar um conjunto de situações complexas para a realização de algo que vale a pena (NÓVOA, 2010; PERRENOUD, 2001).

No entanto, o espaço didático e pedagógico é mais vasto que o face a face entre o professor e seus alunos. Professores não podem ser meros aplicadores de aulas como opções intelectuais, ideológicas e políticas. Devem atuar de forma criativa, autônoma, caracterizando trabalho efetivo de pesquisa, estudo, reflexão. Para integrar novas perspectivas, é necessário construir instituições sistêmicas, aceitar questionar os problemas e as suas soluções, aceitar uma mudança de paradigma, de maneira a pensar a si mesmo como pessoa complexa, feita de ambivalências, de emoções, de representações enraizadas em uma experiência, cultura e rede de relações. Negando a complexidade, a escola refugia-se na utopia, afirmando que os problemas serão resolvidos pela próxima reforma, pelas novas pedagogias, pelas novas tecnologias (PERRENOUD, 2001).

A interface formação, produção de subjetividade e trabalho se torna o território para uma ‘escuta pedagógica em saúde’ que buscaria captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde e mobilizaria um ensino-aprendizagem da realidade que fosse produtor de sentidos e de capacidades críticas (CECCIM & FERLA, 2009).

Pode-se falar de uma ‘pedagogia’ enquanto ação para um ‘trabalho vivo em ato’, através do qual os trabalhadores podem colocar todas as sabedorias de que dispõem como opções tecnológicas “para a produção de modos de proceder eficazes a serviço do usuário e de seu problema (MERHY, 2002).

É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Talvez possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida (AYRES, 2009).

Desse modo, a transformação da formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e

implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (SAIPPA-OLIVEIRA, et al., 2013).

É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera. Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde (CECCIM, 2005).

2.2.3-FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA MATRIZ CURRICULAR

A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia a mudanças e as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores. No entanto, o currículo já deixou de ser área meramente técnica e passou a ser guiado por questões sociológicas, políticas, epistemológicas. Considera-o, ainda, como artefato social e cultural, tendo história vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação (MOREIRA & SILVA, 2005).

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), confere às Instituições de Educação Superior (IES) novos graus de liberdade que, se bem aproveitados, podem significar maior acesso da população a esse nível de ensino. Nesse particular, a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares requer uma base social ampla, o que favorece o aflorar da relevância da ação acadêmica neste contexto.

A tradição crítica vê o currículo como terreno de produção e criação simbólica, cultural. Processo de produção e criação de sentidos, de significações, de sujeitos, em um movimento de constante problematização e questionamento (MOREIRA & SILVA, 2005).

Propõe pensar-se a educação a partir do par experiência/sentido, contrapondo-se ao modo de pensar a educação como relação entre ciência e técnica, ou entre teoria e prática. A experiência e o saber que dela derivam são pressupostos que permitem apropriar-nos de nossa própria vida. Tudo o que faz impossível à experiência, faz também impossível à existência. Se a lógica do experimento produz acordo, consenso ou homogeneidade entre os sujeitos, a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade (BONDÍA, 2002).

Pessoas aparecem como sujeitos críticos que, armados de distintas estratégias reflexivas, se comprometem, com maior ou menor êxito, com práticas educativas concebidas na maioria das vezes sob uma perspectiva política. Há outra forma de se explorar, em conjunto, outra possibilidade, mais existencial (sem ser existencialista) e mais estética (sem ser esteticista). Trata-se, dessa forma, de pensar a educação a partir do par experiência/sentido. O campo relacional sendo posto a serviço de objetivos terapêuticos e não transformador de carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais da saúde mental (BONDÍA, 2002; LANCETTI & AMARANTE, 2009).

A universidade depara-se com necessidade de redimensionar suas funções de acordo com as mudanças de uma sociedade cada vez mais dinâmica e complexa. Projetos e ações multiprofissionais na docência, na pesquisa, extensão e campos de práticas precisam ser deliberadamente buscados. A avaliação deve envolver recursos de autoavaliação, avaliação em grupo das implicações, avaliação docente do conteúdo e das habilidades, além da avaliação por tutores dos campos de práticas. Por fim, a orientação ético-política dos cursos e os critérios para a sua revisão permanente devem estar fundamentados na afirmação da vida pelo aporte das Ciências da Saúde, de modo que os conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais estabeleçam arranjos inovadores e inusitados (CARVALHO & CECCIM, 2009).

O momento atual, caracterizado pela velocidade da evolução técnico-científica com influências sociais, não permite aos espaços de formação e cuidado a manutenção de condutas passivas e inflexíveis. Precisamos estar abertos as mudanças e inovações à favor de práticas complementares e interdisciplinares, numa interseção constante de saberes e práticas científicas e populares, assim como nos propõe a TCI.

Aspira-se que a academia possa trazer elementos na produção dos serviços de saúde, pois ninguém passa por alguém ou algum lugar sem deixar marcas. Assim, estagiários não devem mais permanecer nos serviços silenciados, somente como observador, para cumprir carga horária e obter titulação. Estagiários e supervisores de estágio, precisam contribuir, interagir e produzir resultados no período de sua permanência nos serviços de saúde.

Durante esta pesquisa me tornei uma terapeuta mais potente para exercer minhas atividades, para realizar as rodas de TCI e obtive maior compreensão do valor e do papel do aluno no espaço do serviço de saúde mental.

Freire (1996), afirma que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Esta é uma das significativas vantagens dos seres humanos — a de se terem tornado capazes de ir mais além de seus

condicionantes. Ensinar exige pesquisa, respeito aos saberes socialmente construídos na prática comunitária, criatividade, estética e ética, bem como reflexão crítica sobre a prática. A presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história. Pensar certo é não estar demasiado certos de nossas certezas, pois necessário se faz ter reflexão crítica permanente sobre a prática nos tornando mais seguros no próprio desempenho de forma a nos tornarmos transformadores da realidade, para nela intervir, recriando-a (FREIRE, 1996).

2.3- A FORMAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

2.3.1- CUIDADO

Vivemos hoje no Brasil um processo de revisão crítica das tendências tomadas pelas práticas de saúde. Essa reavaliação circula em torno de algumas questões, como a recusa da visão segmentada, que não enxerga a totalidade do paciente e seu contexto; a abordagem excessivamente centrada na doença, não no doente; a pobreza da interação médico-paciente e o fraco compromisso com o bem-estar do paciente. É como se disséssemos: olhemos menos para a doença e então conseguiremos olhar mais para o doente (AYRES, 2009).

Quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende e fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo (AYRES, 2009).

Observar o fenômeno de liquefação da vida e das instituições no mundo pós-moderno (família, religião, ciência, Estado) e dos laços afetivos exige um processo de permanente cuidado, apoio matricial interdisciplinar. É preciso também que haja garantia de espaços que possibilitem o próprio cuidado e o cuidado das emoções e sentimentos presentes nas inter-relações profissionais (BAUMAM, 2004).

Ainda que o crescimento científico e tecnológico no setor da saúde nos apresente práticas gerenciadas por serviços de saúde e equipes multiprofissionais, não podemos confiar nas mais refinadas tecnologias sem escutar a vida concreta e cotidiana, como individualmente vivida, daqueles que vêm aos serviços e às equipes de saúde. O peso do sujeito deverá ser decisivo na produção de cuidado. Às vezes o sujeito determinante será a comunidade ou o indivíduo, em outras os governantes, em outras o padrão de prática dos profissionais; em outras o ambiente será decisivo; ou o quadro econômico, ou cultural ou social, e assim por diante (CAMPOS, 2009; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

O reconhecimento da categoria *sujeito*, a não-dissociação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas não operam apenas na dimensão da técnica senão somente a partir dela, mas que precisam de outras variáveis para permitir tanto o reconhecimento quanto o desenvolvimento da autonomia, são fatores importantes para ganharmos em eficácia das nossas intervenções. (ONOCKO & CAMPOS, 2009)

Um dos desafios implícitos na prática compartilhada do trabalho em saúde depende da ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços de saúde. Vários arranjos podem ser implementados com esse objetivo: valorizar e possibilitar presença de acompanhante sempre que possível e necessário; assegurar aos usuários acesso à informação sobre política, gestão e processo saúde/doença; e considerar capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção (CAMPOS, 2009).

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo e não restrito ao campo biológico, somente sendo tratado de maneira integral é que poderá ser adequadamente abordado. Para tanto, além de ampliar a base conceitual da ação de cada profissional, é necessária a configuração de equipes para a ação multiprofissional, buscando a maior potência de cada ação, configurando processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação e está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 1998; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Os trabalhadores de saúde não podem se recusar a ofertar tudo de que dispõem para defender a vida (‘vamos dizer’: escutar, cuidar, tratar). Isso inclui o saber, o conhecimento e o trabalho em ato, um expor-se e um comprometer-se, donde há a possibilidade da construção de “uma mútua ‘cumplicidade’ entre usuários e trabalhadores, na melhoria real da qualidade de vida” (MERHY, 1997, p. 126).

O fato de pertencer a uma cultura faz com que as pessoas utilizem interpretações culturalmente construídas ligadas ao corpo, em geral, e à doença, em particular. Estados fisiológicos, como a fome ou a dor, não são dados totalmente objetivos; eles são interpretados em função dos contextos sociais nos quais são produzidos. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. O corpo pode ser visto como signo: emite mensagens (significantes) – sintomas (sensações subjetivas) e sinais (manifestações objetivas) – levando a um significado (a doença) (GOOD, 2003).

Ademais, em cada cultura, a doença, a reação a ela, os indivíduos que a possuem e os que a tratam e as instituições sociais envolvidas estão, todos, interconectados

sistematicamente, o que acaba formando o sistema de atenção à saúde (LAPLANTINE, 1991).

Em Ayres (2009), é possível perceber pontos de identificação com a TCI, quando o autor nos fala sobre o cientista e/ou profissional da saúde não podendo prescindir da ausculta do que o outro deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão de saberes técnicos e populares, convicções, religião e valores pessoais. Então, de fato, já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Desse modo, a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado sobre o que se deseja ser e fazer não só àqueles que são assistidos, como também aos próprios terapeutas.

Desse modo, é importante debruçar-se sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana. Os fatos em função dos quais esses valores são construídos e as respostas técnicas e políticas ao adoecimento, só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. A distribuição dos recursos para a proteção, recuperação ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos, são igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos (AYRES, 2009).

Para Campos (2013, p. 9) “o trabalho das equipes e das organizações de saúde deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural, podendo ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva.” O que Campos defende é que se repensem modelos de atenção que reforcem a educação em saúde, objetivando ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas.

As transformações orientadas pela ideia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersectorialidade e interdisciplinaridade. Torna-se necessário, além disso, a superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados em direção à saúde, com práticas preventivas, educação em saúde e busca da qualidade de vida. O desafio ao processo social vem fazendo emergir as novas saúdes, generosas e geradoras de novas apreensões e apropriações de cidadania (AYRES, 2009; CECCIM & FERLA, 2009).

É preciso, portanto, que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução.

Talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida (AYRES, 2009).

Entretanto, embora hoje haja um maior controle das doenças infecto-contagiosas e avanços no campo da diagnose e terapêutica das doenças crônicas, pouco se tem avançado na abordagem das sociopatologias ou no estudo das causas do adoecimento, no que se refere à somatização ou adoção de estilos de vida pouco saudáveis. Logo, é necessária uma formação mais aprofundada dos profissionais, com novas metodologias para manejo de grupos, abordagem de inter-relações familiares e de equipes, considerando os fatores de ordem afetiva presentes nessas inter-relações, que pressupõem conflitos, diferentes visões de mundo, de interesses e de poder político. (OLIVEIRA, et al., 2007).

Ressalta-se, dessa forma, a importância da TCI, tal como nos dedica Barreto (2008) com sua criação, para enfrentar os desafios de uma abordagem psico-sócio-cultural que atenuar os efeitos negativos da individuação e subjetivação no mundo contemporâneo, onde os laços afetivos estão cada vez menores.

Amplio recursos à favor de práticas complementares através da aplicação semanal de TCI tanto em CAPS como em parceria junto às instituições formadoras, unidades de saúde e espaços comunitários, onde possamos integrar e ampliar a participação dos usuários de saúde mental nos diversos territórios sociais. Por acreditar na importância de se construir cada dia mais a credibilidade e utilização da técnica de TCI, vejo a necessidade de também divulgar resultados, o que venho realizando com apresentação de trabalhos em eventos científicos, participando de equipe formadora em TCI e recebendo premiação como exemplo de práticas exitosa à favor da saúde. Tudo isto, a favor de uma constante contribuição junto a formação e cuidado da saúde e saúde mental de seres humanos que precisam ter não só seus corpos e mentes cuidados mas sua essência humana fortalecida.

A complexidade da reforma que se propõe pressupõe a criação de espaços permanentes de reflexão para desconstrução e reconstrução de paradigmas e modelos, incluindo o da clínica individual e especializada, que deve ampliar-se através de uma

abordagem inter-relacional, em espaços cada vez mais coletivizados (famílias, grupos, redes, equipes) (OLIVEIRA, et al., 2007).

Assim como a formação de TCI prepara a pessoa do terapeuta, Rios (2009) destaca a importância dos cuidados do profissional em âmbito pessoal e institucional, para que se mantenha capaz de cuidar dos seus pacientes. Ações de ambiência, acolhimento, cidadania, e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foram ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras, para a de programa, chegando à condição de política pública do SUS. A exemplo, temos a incorporação da TCI nas políticas, como citado anteriormente neste trabalho (RIOS, 2009).

O Brasil necessita de profissionais com competência para gerir sistemas e serviços de saúde com capacidade não só de escuta ampliada, como também de acolhimento, imbuídos da inclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva. Para que as populações alcancem níveis adequados de saúde, é preciso também, ir além do acesso aos serviços assistenciais de qualidade. Faz-se necessário, então, implicar-se com políticas públicas comprometidas, viabilizando a comunicação e articulação entre população e poder público. Não será possível interferir no processo saúde-doença se não houver prontidão para ouvir, estudar, analisar e avaliar o que se pensa e faz nas Ciências da Saúde hoje, com disponibilidade para enfrentar desconforto, medo e resistência, comuns diante da possibilidade de modificar padrões e modelos (CARVALHO & CECCIM, 2009).

2.3.2-CUIDADO E CONTROLE SOCIAL

É amplamente difundida a ideia da crise da saúde, em particular, da crise da saúde pública. Nesse momento de instabilidade, o grande norte passa a ser, então, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadadas as paralisantes deformações ideológicas. É preciso, pois, estimular ação, compromisso, por uma solidariedade social construída pela interação democrática e reflexão crítica (AYRES, 2009).

Assim, é imprescindível saber que a vida social — entendida como o processo em permanente transformação — deve tender ao aperfeiçoamento, deve visar a maior felicidade, a maior realização, a maior saúde, a maior criatividade de todos os membros. Trata-se de uma abordagem transdisciplinar, ou seja, que não restringe seus conhecimentos a uma única disciplina. É uma postura político-filosófica frente ao mundo. É um conceito-atitude, uma vontade. É uma verdade que deverá ser criada a cada novo domínio. Não se trata de reunir,

unificar, mas de construir redes de ressonâncias, deixar nascerem mil caminhos que nos levariam a muitos lugares (BRASIL, 2011).

A construção de espaços de poder (empoderamento) é apenas um dos elementos da construção do sujeito-cidadão e o desafio é capacitar as pessoas para se valerem desse espaço. Essa capacidade de compreender e de intervir sobre o mundo da vida é um aprendizado social, e depende de esforço sistemático e planejado. Depende também da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e participação da maioria na tomada de decisões (CAMPOS, 2009).

Desse modo, o controle social não se contrapõe à autonomia das instituições formadoras. A autonomia deve buscar, sempre, atender a interesses coletivos e à construção de novidades em saberes e em práticas (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Usuários e familiares protagonizam o processo reivindicatório por novas formas de cuidado para os doentes mentais. Reivindicam, para além dos sintomas e da doença, protagonizar uma história de mudanças, um novo olhar sobre o adoecer mental e todas as suas implicações, promovendo o protagonismo do cidadão ao participar efetivamente do seu mal-estar psíquico, assim propiciando a construção de uma consciência social do problema (SOUZA, 2001).

A conquista da cidadania do louco como uma construção a ser realizada impulsiona a participação das associações no debate sobre tal cidadania. Consequentemente, as associações propiciam, por meio de uma intensa participação política, sinalizando onde a administração pública encontra-se deficitária. As associações possibilitam apontar o que está funcionando ou não no modelo assistencial. Por exemplo, as associações de usuários e as associações de familiares constituem formas inovadoras de participação política de uma clientela específica (SOUZA, 2001; BIRMAN, 1992).

Por conseguinte, ao realizarem pressão nas instâncias colegiadas e definirem o rumo das políticas em saúde/saúde mental, as associações, via apresentação de propostas e defesa de seus interesses, acabam funcionando como *inputs* para os formuladores de política. Neste sentido, tais grupos, ao produzirem estímulos na área das políticas públicas, possibilitam a geração de consenso acerca da agenda reformadora para as políticas de saúde mental presente nas propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Além de lutar por seus interesses nas instâncias decisórias das políticas de saúde e de saúde mental, buscam, elas próprias, ofertar serviços sociais visando atender parte de suas demandas (SOUZA, 2001).

É comum que a distribuição dos poderes organizacionais obedeça mais à lógica das corporações disciplinares do que a lógica da equipe (unidade de produção). Na saúde, a consequência é evidente: vários profissionais de saúde cuidando de um mesmo paciente, e ninguém é responsável por um resultado global, exceto o gestor. Na educação, também é frequente esse comprometimento apenas parcial, sendo a responsabilidade global pelo sujeito aprendiz, inclusive a construção de vínculo afetivo, definição de prioridades, estratégias compartilhadas e projetos sem nenhum responsável (CUNHA&CAMPOS, 2010).

Frequentemente desconsideram-se quaisquer outras variáveis do contexto próximo ou familiar, ou ainda, o desejo subjetivo por outros modos de viver ou por outros aspectos da vida que não necessariamente viver mais tempo. O discurso oficial da educação também se atrela ao interesse racional e instrumental (notas que avaliam mérito; preparar-se para o mercado de trabalho; acesso, medalhas e patentes institucionais, como se não houvesse outros desejos ou forças ou valores com que se compor ou levar em consideração. Reconhecer a complexidade e a co-produção dos sujeitos pode ajudar a repensar essas estratégias. Pode ajudar também a compreender quais desejos e quais forças co-produzem os vários sujeitos envolvidos na clínica, na educação ou na gestão (AYRES, 2009).

Torna-se importante, portanto, refletir de maneira crítica sobre os eixos da autonomia abordados até agora (constituição do sujeito; constituição da política e do social) em relação a três tipos de práticas na saúde, a saber: A clínica / As práticas em saúde coletiva / A gestão. (ONOCKO & CAMPOS, 2009)

Nesse sentido, parece ser fundamental um continuado esforço de equipes e usuários de serviços, gestores, representantes da sociedade civil e formuladores de políticas, de construção de espaços de efetiva comunicação, onde se possam relacionar objetivos técnicos com as finalidades mais amplas de sucesso prático de nossos usuários e populações. Assim, em que pese a importância de capacitações, treinamentos ou programas que visem a uma conscientização mais extensiva acerca da humanização das práticas de saúde, um resultado efetivo nesse sentido parece depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser tão mais bem compreendidos e trabalhados quanto mais se basearem no fazer cotidiano dos serviços de saúde, nos afetos, diálogos e ações que se efetuam nesse rico espaço de encontros (AYRES, 2009).

O exercício da autonomia apresenta condicionantes internos ao sujeito, mas também depende da organização social, que assegure grau importante de liberdade pessoal, de opinião, de reunião e de associação, dentro de uma rede de poder e de controle social em que está

imerso. Exige-se uma educação especial para que uma pessoa logre receber e fazer críticas, enfrentar situações de conflito, respeitar leis, regras e decisões dos coletivos e ainda estabelecer contratos e compromissos com o interesse e valores de outros. Seria um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a defender a si mesmas e aos seus interesses, em integração com outros interesses e perspectivas — ética do desejo e ética do desejo do outro e ainda ética do contrato social. E ainda tudo isso realizado sem o emprego de métodos violentos, mas através da reconstrução da rede de vínculos do sujeito sobre cuidado, ampliando a capacidade de autocuidado dos pacientes, das famílias e das comunidades (CAMPOS, 2009).

Essas concepções sobre a co-constituição dos sujeitos e da própria vida social obriga a pensar sobre como têm se organizado as práticas. O produto do trabalho em saúde poderá ser avaliado segundo a "eficácia", que indica a capacidade do mesmo de produzir saúde e bem-estar; o da co-construção de autonomia que é a capacidade de expressar desejos e interesses e compor contratos ou redes com outros; o da produção do menor dano possível assegurando um efeito preventivo ou terapêutico e prevenindo algum efeito nocivo (CAMPOS, 2009; ONOCKO & CAMPOS, 2009).

Na maioria das práticas em saúde, lamentavelmente, continua-se a operar consultas médicas (puro olhar) vs. consultas psicológicas (pura escuta). Essas possibilidades reconstrutivas se abrem a um campo bastante vasto de aplicações, desde a compreensão dos processos de saúde-doença no âmbito da interação intersubjetiva no processo terapêutico, até os planos mais abrangentes da gestão dos serviços e das políticas de saúde (ONOCKO CAMPOS, 2009).

De nada serve uma unidade de saúde identificar o uso de psicotrópicos em excesso pela comunidade e a equipe se manter na reprodução de receitas atendendo somente a uma exigência condicionada e condicionante, trabalhando sem vislumbrar novos recursos e se fechando ao trabalho de rede. Se não dermos passos diferentes a favor da mudança, só estaremos apontando dedos que se voltam contra nós, contribuindo para o fortalecimento de comportamentos nocivos à saúde, em práticas nada cuidadoras. Qualquer mudança só é possível a partir do interesse em fazer diferente, arriscando novos modos de cuidado, problematizando e buscando superação, assim como fazemos durante as etapas da TCI.

Nesse aspecto, trata-se de trazer novas vozes ao campo da saúde, seja de outras áreas científicas pouco ouvidas aí, seja de áreas não científicas que raramente se fazem ouvir, como

a filosofia, a arte, o direito, as sabedorias tradicionais, os saberes populares, os saberes práticos (AYRES, 2005).

2.3.3- CUIDADO E HUMANIZAÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) para o SUS, cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho com conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da Saúde. Tais diretrizes apontam como caminho: A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo compromissos e responsabilidade; O fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; A utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo; A promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador (RIOS, 2009).

Há algumas décadas na área da Saúde surgiram várias iniciativas com o nome de *humanização* que, como exemplo, pode-se citar a luta anti-manicomial, na área da Saúde Mental. Tal humanização pode ser compreendida como: Princípio de conduta de base humanista e ética; Movimento contra a violência institucional na área da Saúde; Política pública para a atenção e gestão no SUS; Metodologia auxiliar para a gestão participativa; Tecnologia do cuidado na assistência à saúde. É essa referência à estreita relação entre experiência vivida, valor e aspirações e às relações entre os diversos valores que nos orientam e os processos de adoecimento e seu cuidado e prevenção, que parece ser o núcleo mais essencial das propostas de humanização e seu ideal de transformação. (AYRES, 2005; RIOS, 2009).

Os processos de reconstrução orientados à humanização estendem-se por um amplo espectro de espaços onde são socialmente construídas as práticas de saúde, desde os fóruns de definição e pactuação das políticas até o espaço assistencial. Atravessando esses diversos planos, os discursos da humanização vão se plasmando e buscando produzir entendimento público acerca do que seja correto, verdadeiro e autêntico fazer em relação à saúde de indivíduos e comunidades, ou, em termos habermasianos, construindo suas pretensões de validade intersubjetiva nas esferas normativa, proposicional e expressiva, respectivamente (HABERMAS, 1988; HABERMAS, 2004).

Além das propostas de mudanças estruturais na organização dos processos de trabalho e gestão dos serviços, preconiza-se a criação de espaços de discussão e contextualização dos

impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais da Saúde no seu dia-a-dia. Espaços nos quais seja possível recuperar histórias e subjetividades pelo exercício da fala e escuta, devolvendo à palavra sua potência terapêutica, organizadora do psiquismo, estruturante das relações entre as pessoas. Resta-nos desenvolver métodos que permitam a inserção de tais aspectos humanos no pensar e agir sobre os processos saúde-adoecimento- cura e nas relações de trabalho. Trata-se de criar espaços legítimos de fala e escuta que devolvam à palavra sua potência reveladora e transformadora (RIOS, 2009).

Pode-se afirmar que é a vida em sociedade que fornece aos seres racionais as referências objetivas pelas quais se orientam os projetos de felicidade. Daí a importância de entender a humanização em sua inexorável politicidade e sociabilidade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, nem se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições. O desafio central da humanização não pode ser equacionado como a necessidade de “mais tecnociência”, nem tampouco de “menos tecnociência”, mas sim associando estes valores aos projetos existenciais de indivíduos e comunidades. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, uma proposta para a “polis”. (AYRES, 2005).

Nessa vertente, a humanização focaliza com especial atenção os processos de trabalho e os modelos de gestão e planejamento, interferindo no cerne da vida institucional. Portanto, humanização é ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais (RIOS, 2009).

Assim como a fala e a escuta são estimuladas na prática das Rodas de TCI, Rios (2009) reafirma a importância do exercício da escuta recíproca, além do reconhecimento no sofrimento o direito ao atendimento precoce, resolutivo e de qualidade. Assim, o fortalecimento dos vulneráveis é alcançado com base nos direitos humanos e no respeito pela dignidade individual. Oferecer ao lado das modernas tecnologias da área de saúde, profissionais qualificados e sensíveis aos valores e crenças que permeiam a emoção do paciente e seus familiares.

A democratização das organizações amplia as possibilidades de gestão participativa. Por sua vez, a autonomia aqui é entendida como a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências; de compreender e de agir sobre si mesma e sobre o contexto,

estabelecendo compromissos e contratos com desejo, interesse e valores de outros sujeitos. Desse modo, a autonomia será sempre co-construída.

Cabe aos profissionais de saúde não só exercerem controle social, mas também efetivar o apoio aos usuários para que consigam ampliar sua capacidade reflexiva sobre as várias linhas de co-produção. Além disso, devem apoiá-los para que ampliem sua capacidade de estabelecer contratos com outros. Portanto, a autonomia configura-se como construção gradativa, num impulso da sociedade civil, dos usuários, e dos trabalhadores, como foi o caso do movimento da saúde mental no Brasil, possibilitam, pois, avanços sociais e políticos maiores. (CAMPOS, 2009).

Por outro lado, na área da Saúde, a violência institucional decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Ocorre o não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos, e disciplina autoritária, onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o desrespeito à sua autonomia e a falta de solidariedade (RIOS, 2009).

O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis e conhecimento. Em contrapartida, a “vida” se reduz à sua dimensão biológica, à satisfação das necessidades, à sobrevivência dos indivíduos e da sociedade. O saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. O acontecimento é comum, mas a experiência é singular. Não está, como o conhecimento científico, fora do indivíduo, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade, uma forma humana singular de estar no mundo, que é, por sua vez, uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo).

Assim, a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (BONDÍA, 2002; RIOS, 2009).

Outro fator que contribui para esse estado de coisas é a medicalização do viver humano. Rios (2009) demonstra a essência da TCI, quando se possibilita aos participantes expressar seus sofrimentos e encontra formas de superação internas e inerentes a todo ser humano. Inicialmente, a medicalização se referia à transformação de problemas sociais em

problemas de saúde. Com o aumento da crença das pessoas no que consideram verdades científicas na área da Saúde, e a decadência do valor socialmente dado às outras formas de compreensão da existência humana, toda e qualquer expressão da vida passa por um diagnóstico previsto em algum CID (Código Internacional das Doenças), e busca remédio na Medicina. Assim, toda tristeza vira depressão, toda inquietação vira ansiedade e todo mundo procura os serviços de Saúde atrás de respostas rápidas e deglutíveis, mesmo que não funcionem.

A falta de compreensão mais profunda da dimensão psicossocial que envolve os processos saúde-doença, a falta de compromisso com o resultado do trabalho, a falta de decisões compartilhadas com pacientes, de projetos assistenciais discutidos em equipe multidisciplinar, e mesmo de gestão participativa nos serviços de Saúde, tornam a humanização do cuidado um projeto ideal ainda bem distante da realidade dos serviços de Saúde. Quando uma pessoa adoece, conscientemente procura no cuidador a resposta para a doença e, inconscientemente, para os acontecimentos ocultos que acompanham o adoecer (RIOS, 2009).

E assim, minha motivação pelo trabalho em saúde e saúde mental se fortalece com a TCI, na certeza de que os encontros humanos são sempre terapêuticos e pedagógicos e que saúde e saúde mental se fazem presente muito mais diante de escutas e espaços de fala e partilhas construídas no encontro diário. Paciente e terapeuta decidindo juntos o melhor cuidado, aprendendo a se beneficiar não somente de recursos biologicistas, muitas vezes passivos, mas sim de recursos sistêmicos, com possibilidades de contatos com equipes interdisciplinares de bases acadêmicas diversas, profissionais com história de vida singulares, favorecendo intervenções de cuidado seguindo os princípios humanísticos e de inclusão social, num exercício profissional utilizando recursos técnicos com sabedoria e sapiência.

2.4- A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O processo de transformação no Campo da Saúde Mental foi motivado pelo chamado Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, surgido ao final da década de 70, num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Tal movimento insere na pauta das políticas públicas o tema da desinstitucionalização, além de promover uma mudança radical no modelo de atenção à saúde mental. Trata-se de um processo político e

social complexo, compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. (AMARANTE, 1998; DELGADO, 1992; BRASIL-2005).

O Brasil conta com tristes passagens na sua história devido ao modo como tratou seus doentes mentais. O país chegou a ter cerca de cem mil leitos psiquiátricos no início dos anos 1980. Então, foram realizadas numerosas experiências de transformação e, com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais psiquiátricos começaram a ser criticados do ponto de vista ideológico, político, sanitário e fundamentalmente prático. A Constituição Brasileira cria as condições de um grande salto na história da saúde mental brasileira propugnando que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado e que quem deveria velar pela situação de saúde dos cidadãos eram as autoridades municipais (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Com a criação do SUS, o modelo de atenção à saúde redireciona a assistência, seguindo os princípios de: integralidade, equidade e acessibilidade. O homem passa a ser visto como ser integral, biopsicosocial, com direito a exercer a cidadania através de direitos iguais, de acordo com suas necessidades e com garantia de acesso a todos os serviços públicos, dos Governos: Municipal, Estadual e Federal) (BRASIL, 2005).

No período de 2001 a 2005, a Lei Federal 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. São as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a confirmação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais. (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

Com a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e redução de leitos psiquiátricos, a Reforma Psiquiátrica avançou significativamente no Brasil. Tal reforma confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia ao avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (LUTTERBACH & SILVA, 2013; LANCETTI & AMARANTE, 2009).

O Ministério da Saúde aprovou em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH) para promover a redução progressiva e pactuada de leitos e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos sem qualquer qualidade na assistência

prestada a sua população. Para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação e a implementação de ações específicas para esta clientela. Neste contexto, a implantação de Residências Terapêuticas e adesão do município ao Programa *De Volta para Casa* se revelaram estratégias importantes para a efetivação do processo de desinstitucionalização (LUTTERBACH & SILVA, 2013).

O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico. Assim, o profissional de saúde mental, que antes tinha diante de si um esquizofrênico catatônico, um alienado, um incapaz de razão e consciência. Pelo contrário, encontra subitamente uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos. Com a doença mental entre parênteses, o sujeito deixa de ser reduzido à doença; surgem, assim, necessidades outras. O sujeito, visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer e cuidados, de relações e afetos (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como recurso de serviços substitutivos à prática hospitalocêntrica e se constituem em locais de natureza municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário, sendo núcleos de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a sua singularidade (história, cultura e vida cotidiana) (BRASIL, 2005).

É fundamental para os CAPS: oferecer estruturas flexíveis, propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros); realizar o trabalho terapêutico através de relações com os diversos recursos presentes na comunidade (associações de bairro, atividades esportivas, entidades comerciais); atuar embasados no princípio da intersetorialidade; promover a reinserção social; participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012; AMARANTE, 2008).

Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde e o habitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos

violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades, é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde localizadas no território onde as pessoas existem. Esse lugar é o território das relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em uma dada sociedade (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Porém, as equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários, como espaço terapêutico, e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável (BRASIL, 2005).

Faz-se necessário, portanto, transformar a tendência do trabalho isolado em coletivo, determinando uma nova forma de contribuição para a produção da saúde. Por excelência, os CAPS devem ser articuladores estratégicos da rede de saúde mental num determinado território, contando principalmente com a parceria das equipes da Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2005).

2.5- SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a introdução da atenção primária ou atenção básica à saúde foi feita no início do século XX, mas consolidou-se, no início dos anos 90, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e deve ser reformada, num movimento progressista. Tal movimento, ao reconhecer os problemas da ESF, irá buscar soluções potentes e integradas. Será, dessa forma, que se concretizará, no SUS, a convocação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de uma nova atenção primária à saúde (MENDES, 2009).

Essa construção de uma nova forma de atender as pessoas com sofrimento psíquico intenso requer que o CAPS e a Atenção Básica de Saúde estejam integrados, viabilizando, dessa forma, o trabalho em saúde mental no território. No Brasil, esse tipo de abordagem é relativamente recente, complexo e ainda incipiente, diferente do que acontece em outros países nos quais o sistema de saúde há tempo destacou a saúde mental como prioridade. No país, são exigidas do profissional intervenções que conjuguem as práticas intersubjetivas com uma realidade marcada pela demanda muito numerosa, e, na maioria dos casos, com problemas diversificados, com grande vulnerabilidade social. Essas questões apontam para a necessidade de reflexão e sistematização de experiências que estão acontecendo, problematizando o fazer dos profissionais neste campo, reconhecendo tendências e avanços (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007; BRASIL, 2004).

As ações coletivas entre o Programa de Saúde Mental e Atenção Básica com o envolvimento, a co-responsabilização das equipes, dos pacientes e seus grupos familiares, podem ressignificar sintomas e sofrimentos. Muitos pacientes sequer vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria, e às vezes a forma de intervenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é mais incisiva e tem potencial de operar mudanças maiores que as do Caps e, certamente, maiores que as do Hospital Psiquiátrico (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Como demonstra Benedetto Saraceno (1999), os esquizofrênicos se reabilitam mais nos países do terceiro mundo, como mostram as pesquisas, porque nas comunidades mais humildes há mais solidariedade e possibilidades de ativar os recursos das mesmas. As experiências dos Caps e das equipes volantes de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais entre outros profissionais, associados aos profissionais de saúde da ESF, abrem o sulco do campo pós-manicomial e contribuem para uma clínica comprometida com a vida, com uma subjetividade livre e com uma maneira de viver e de existir orientada para a justiça, para a liberdade.

No modelo hospitalocêntrico os pacientes sofriam contenção, no modelo do território recebem continência, isto é acolhimento que consiste na escuta da pessoa que procura a unidade de saúde ou de casos que necessitem receber visita domiciliar e assim aproveitando para conhecer como a família está estruturada. Quanto mais patológico o grupo familiar, mais estruturado. A intervenção de saúde mental provoca uma desestruturação e uma reestruturação. Nos casos de saúde mental, quando um paciente de uma família melhora, outro descompensa, os casos nunca "fecham". O sintoma não se elimina, o sintoma circula. No hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Uma demanda importante relacionada à saúde mental chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar uma resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz. Uma série de fatores irá dificultar o acolhimento e tratamento do usuário. A estigmatização, a falta de diretrizes por parte do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada, tenha resistência a ser atendida na atenção básica e, muitas vezes, sejam tratadas apenas com medicação (modelo biomédico), produzindo-se assim uma medicalização do sofrimento (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

A multiplicidade de especialistas, desarticulados na atenção ao usuário, leva a ações sobrepostas, repetitivas, às vezes desnecessárias e pouco resolutivas. Sem falar no desgaste sofrido nas idas e vindas a tantos profissionais, sem encontrar respostas ou alívios para os sofrimentos (BRASIL, 2005).

Observa-se, assim, que a falta de flexibilidade na dinâmica do atendimento aumenta o risco das estruturas ficarem engessadas, de maneira que o usuário não consiga circular na rede de assistência à saúde e, conseqüentemente, seja prejudicado no que diz respeito à sua saúde mental e aos seus direitos de cidadão (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012).

Tais dificuldades estão relacionadas à falta de apoio, de investimento, e, principalmente, de entendimento por parte dos gestores com relação à atenção psicossocial, para a reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso. A deficiência da articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, é uma questão crucial, que tem como efeito o retrocesso do processo de reforma sanitária no âmbito da saúde mental. Nessas circunstâncias, o papel do CAPS de organizador da rede de cuidados, conforme preconiza o Ministério da Saúde, fica totalmente comprometido (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012). Aproximadamente 20% da população do país carecem de algum cuidado na área de saúde mental. Os transtornos mentais severos e persistentes correspondem a 3% da população e necessitariam de cuidados contínuos; os transtornos menos graves correspondem a 9% da população e demandariam cuidados eventuais e 8% da população apresentam transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas necessitando de atendimento regular (Brasil, 2005).

Existe, ainda, um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Pode-se afirmar que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2005).

Esses dados que apontam à magnitude do problema, motivam a reflexão a respeito da melhor maneira de garantir o acesso e tratamento desta população. Pesquisas recentes mostram que para os usuários portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, já existe no Brasil uma política de saúde mental eficaz em andamento. Através dos equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda como "volta para casa" e moradias protegidas, vai se construindo uma rede de proteção, tratamento e reinserção social. No

entanto, para os transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental com maior integração entre os Caps e a Atenção Básica (ONOCKO CAMPOS et al., 2005).

Neste sentido, desde 2001, pode-se notar uma maior preocupação do Ministério da Saúde para enfrentar esta questão, propondo o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, a Formação como estratégia prioritária e a Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica. O modelo propõe uma rede de cuidados articulada ao território com parcerias intersetoriais, possibilitando intervenções transversais de outras políticas públicas (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

O apoio matricial ou matriciamento significa o suporte às equipes da atenção básica por meio de orientação e supervisão, atendimento em conjunto de situações complexas e visitas domiciliares, ou seja, a responsabilidade compartilhada dos casos que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. Vale ressaltar que esse trabalho é diferente da lógica da referência e contra referência, que ficam restritas aos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Essas mudanças são muito difíceis de serem realizadas porque implicam em uma cadeia de transformações que afetam desde concepções pessoais dos diversos agentes a respeito do problema até questões políticas mais amplas. As ações em Saúde Pública são sempre práticas sociais e revelam o jogo de forças e interesses em questão de determinada situação. Há sempre a possibilidade dessas práticas reafirmarem uma visão preconceituosa e excludente, que reproduz o processo de desqualificação social do sujeito. A medicalização das práticas de saúde, a mercantilização da medicina, a extrema especialização dos profissionais, a distância social existente entre o médico e o paciente, são características que apontam para uma despolitização do conceito de saúde, pois, ao invés de trabalhar com a promoção da autonomia, gera relações de tutela e apagamento do sujeito (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

Ademais, somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que

pode garantir resolatividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

2.5.1- CONCEITOS QUE PODERIAM OPERAR COMO BALIZAS ÉTICAS DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

2.5.1.1-INTERVENÇÕES BREVES, NA CRISE

Na maioria das vezes, os usuários que chegam para atendimento em saúde mental estão em momento de crise. É um momento delicado, pois o sujeito encontra-se muito fragilizado, com sensação de impotência frente à resolução de seu problema e desejando que o outro dê conta de acabar com seu sofrimento (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

A crise é considerada por Amarante (2008) como uma condição mais social do que biológica ou psicológica, podendo denunciar a pouca solidariedade entre as pessoas ou uma situação precária no que se refere à existência de recursos para tratamento no território ou domiciliar.

Considerado complexo e difícil para a maioria dos profissionais, o atendimento à crise vinculado ao controle do sujeito usa como principais artifícios a contenção, a medicação e, principalmente, a internação em hospitais. A crise não atinge apenas o usuário, mas também os profissionais que demonstram dificuldades de lidar com essa situação, ressentindo-se da falta de médicos e demais profissionais habilitados a acolher esse sujeito nessas circunstâncias. Lidar com a crise exige mais preparo, o que demonstra a necessidade de investimento na capacitação dos recursos humanos já existentes e na seleção de profissionais para trabalhar nos CAPS (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012).

2.5.1.2- RESPONSABILIZAÇÃO DO SUJEITO E USO RACIONAL DA MEDICAÇÃO

Os serviços de saúde têm uma tendência a identificar o usuário do serviço como um ser passivo, destituído de potencialidades para lidar com seu problema e seu sofrimento. Essa postura alimenta a dependência do usuário e reforça uma relação onde a potência sempre está localizada no pólo profissional. A responsabilização do sujeito pelo seu tratamento é um direcionamento que depende de uma revisão das concepções presentes nos profissionais do serviço para que estes possam olhar para o “paciente” de outra forma, descobrindo

potencialidades e possibilidades do trabalho em conjunto (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

O uso da medicação pode ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelo seu problema, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio e pode também ser usada como simples forma de apaziguamento do sujeito, deixando-o prostrado e passivo, impedindo algum possível progresso do sujeito. É importante que se discuta, com os envolvidos, a questão do sentido da medicação e qual o impacto que ela está tendo na vida do sujeito (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

2.5.1.3-PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar. O PTS foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, depois da reforma psiquiátrica, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos no tratamento dos usuários, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. Busca na singularidade (na diferença) o elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (CUNHA & CAMPOS, 2010).

O Projeto Terapêutico Singular é um plano de tratamento a ser realizado pela equipe do CAPS, especificamente para cada usuário. O termo Profissional de Referência refere-se, em geral, àquele profissional que tem uma relação mais ‘próxima’ com o usuário e que, baseado nessa proximidade contingencial, potencializa sua ação terapêutica. São fatores que, quando bem conduzidos, podem proporcionar ao usuário a segurança de que está sendo acolhido, atendido e cuidado com interesse, respeito e eficácia pela equipe. No caso do Profissional de Referência, quando cumpre efetivamente seu papel, o usuário tem a segurança de que poderá contar, a qualquer momento, com a equipe do CAPS (MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012).

2.5.1.4 - OFICINAS E GRUPOS

As oficinas e grupos terapêuticos são algumas das principais formas de tratamento nos CAPS e podem constituir também, um importante recurso aos atendimentos dos usuários na Atenção Básica. Essas atividades são coordenadas por um ou mais profissionais, e podem ser definidas a partir das necessidades dos usuários e das disponibilidades de técnicos, como

objetivo de promover a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, o desenvolvimento de habilidades pessoais e laborais, e o exercício da cidadania (BRASIL, 2004).

Para Barros (2009), o atendimento em grupos e oficinas é uma estratégia para promover uma nova assistência em saúde mental, por ser alternativa ao modelo tradicional de tratamento psiquiátrico. Essa composição de sujeitos visa, entre outras finalidades, à troca de experiências e à formação de vínculos, aspectos fundamentais para a ressocialização e a reabilitação social. Alguns profissionais salientam que os grupos produzem efeitos como desconstrução de cristalizações, invenção de alternativas existenciais e oportunidade de compartilhar sofrimentos.

Nessa concepção, o trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma forma de dar conta da demanda, mas sim, como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. Contudo, muitas vezes, prevalece um tipo de prática que poderia ser chamado de degradação dos grupos: as pessoas recebem uma espécie de consulta coletiva ou os grupos se reduzem a uma cessão informativa reiterada, questões que estão por trás da chamada “não adesão” dos pacientes (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007).

Assim, é possível entender que as práticas grupais podem ser realizadas pelos diversos profissionais da equipe, que deve buscar meios para se capacitar para estas práticas, pois um conhecimento maior a respeito do funcionamento dos grupos ajuda na intervenção e na adesão dos usuários. É através da participação em oficinas e grupos que geram processos de ação coletiva e auxiliam na superação de suas dificuldades (GAMA & ONOCKO CAMPOS, 2007; MARTINHAGO & OLIVEIRA, 2012).

É importante ressaltar que existem muitas práticas de grupo que se assemelham em sua potência, no entanto poucas conseguem de fato serem dimensionadas em sua importância. Tal fato gera frequentes questionamentos sobre sua validação, condicionando sua aplicabilidade somente como pertencente à categoria profissional específica. Desta forma, muitas práticas de grupo se perdem, deixam de acontecer.

Neste contexto, a TCI surge como recurso de atividade de grupo terapêutico, que desfaz esses questionamentos, quando se apresenta como prática possível de ser aplicada por toda pessoa capacitada na técnica, sem exigência de formação específica anterior. Tal técnica terapêutica reconhecida vem confirmar sua capacidade de alcance como prática complementar, se somando a outras técnicas terapêuticas ou psicoterápicas, capazes de, num

somatório, promoverem recursos profissionais, pessoais, interpessoais e intercomunitários, a favor do cuidado em saúde.

Descreve-se, a seguir, a técnica de Terapia Comunitária Integrativa analisando entre outros aspectos, toda sua potência como dispositivo de grupo.

2.6– TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) – MARCOS CONCEITUAIS

2.6.1- CRIAÇÃO DA TCI

A TCI foi desenvolvida em 1986 pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-CE, Brasil, como resposta a uma crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam apoio jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos da comunidade de Pirambu (BARRETO, 2008).

Barreto 2007 considera a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), como instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Ela é considerada uma abordagem de atenção à saúde comunitária que trabalha a partir do encontro entre o “saber acadêmico” e o saber “construído pela experiência de vida na superação dos desafios do cotidiano”. Representa um espaço de partilha grupal, onde os participantes são estimulados a falar dos sentimentos nas experiências de vida, buscando fortalecer a autoestima e encontrar juntos a superação de sofrimentos (BARRETO, 2008).

A TCI favorece, portanto, o estabelecimento de uma relação de cuidado e de acolhimento entre as pessoas, na medida em que elas podem se relacionar num contexto de ajuda mútua, num espaço que assegura a fala e a escuta respeitosa (FERREIRA FILHA et al., 2010; ROCHA et al., 2009).

Barreto (2008, p. 39) apresenta como objetivos da Terapia Comunitária Integrativa: 1) reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo; 2) reforçar a autoestima individual e coletiva; 3) redescobrir a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa; 4) valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com seu meio; 5) Suscitar, em cada pessoa, família ou grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais; 6) favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais; 7) promover e valorizar as

instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural; 8) Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber científico; 9) estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua transformação.

A valorização da cultura configura-se como um dos elementos estruturantes dessa abordagem. Os encontros visam despertar a dimensão terapêutica do grupo, valorizando a herança cultural dos antepassados, que no caso do Brasil está na ancestralidade indígena, africana, europeia e oriental, ou seja, a multicultural brasileira, e do saber produzido pela experiência de vida dos participantes. Tal tecnologia de trabalho promove encontros interpessoais e intercomunitários, que valorizam e resgatam a identidade cultural dos indivíduos e ampliam a percepção dos problemas, possibilitando, com isso, a resolução a partir das competências locais, tendo como base de sustentação o estímulo para a construção de vínculos solidários e promoção da vida (ANDRADE et al., 2008; BARRETO, 2008).

2.6.2- PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A TCI está fundamentada teoricamente sobre cinco pilares: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Resiliência; Pedagogia Paulo Freire. Essa fundamentação pode muito contribuir para a presente reflexão sobre instrumentos de promoção da saúde, nos programas de Saúde, desenvolvimento social e educacional. Esses referenciais teóricos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TCI (BARRETO, 2007).

Criado pelo biólogo Ludwing Von Bertalanfly, 1976 apud Barreto, 2007, na década de 20, a Teoria Geral dos Sistemas (Pensamento Sistêmico) busca compreender a inter-relação existente entre as partes e o todo. A abordagem sistêmica percebe a pessoa humana na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, contribuindo para a compreensão e transformação do indivíduo. A consciência da globalidade possibilita abordar e situar um problema sem perder de vista as várias partes do conjunto e estimular os mecanismos de auto regulação, proteção e noção de co-responsabilidade.

Segundo Watzlawick (1967 apud Barreto, 2007), os processos de comunicação interferem no comportamento e, nesse sentido, a comunicação se torna uma sequência ininterrupta de trocas.

Já a Antropologia Cultural ressalta que os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo considera que a transformação social só será possível quando considerar duas vias: a do conhecimento científico e a do saber popular (BARRETO, 2007).

Paralelo a tudo isto, a “Resiliência”, segundo Barreto (2007), gera a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de superar as dificuldades contextuais. É esse saber que tem permitido aos pobres e oprimidos sobreviverem através dos tempos.

Para tanto, a contribuição de Paulo Freire, citado por Barreto (2007), enriquece os terapeutas de recursos pedagógicos, partindo da realidade concreta e suas formas de interpretação na busca de superação e construção de um conhecimento novo. É considerada uma práxis transformadora das estruturas e das pessoas, um ato político que reeduca todos os sujeitos envolvidos. É mais do que transmissão de conteúdo, envolve postura e atitude diante do mundo e do OUTRO, que é diferente de mim. Ajuda a construir autonomia com responsabilidade e desafia a superar limites pessoais.

2.6.3- ETAPAS DA TCI

A prática da TCI é realizada num encontro em que as pessoas acomodam-se numa configuração de roda, uma vez que os participantes sentam-se em círculo para que o encontro terapêutico aconteça. Trata-se de um encontro coordenado por um terapeuta comunitário e um co-terapeuta, pessoas habilitadas por uma formação específica em TCI para desempenhar essa função, que ficarão responsáveis por conduzir, ou facilitar, o encontro (SOUZA et al., 2011).

A fim de ampliar a partilha de experiências e superações, as Rodas de TCI acontecem com número ilimitado de participantes, respeitando somente a capacidade de acomodação no espaço escolhido para sua realização. Para melhor captar a riqueza das “falas”, a TCI possui uma formatação específica com etapas a serem seguidas, além de contar com a indispensável sensibilidade e capacidade técnica do Terapeuta Comunitário, vivenciadas durante o processo de formação em TCI.

Ainda com o objetivo de amplo aproveitamento das falas, TCI segue as etapas de acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou partilha de experiências, encerramento reflexivo e apreciação. Pauta-se, também por regras de participação, como não dar conselhos, não julgar, ouvir quem está falando e falar na primeira pessoa. O propósito de tal dinâmica é respeitar quem fala e saber ouvir, cada qual a seu momento, motivado pelo

terapeuta, além de se expressar falando de si próprio com liberdade e, por outro lado, a exercer a escuta atenta do outro (CAMAROTTI et al., 2011).

A realização da roda é marcada por um momento preparatório em que o terapeuta organiza como será sua condução, o local, a disposição dos espaços na roda, os participantes. Assim, os integrantes são incluídos nessa circularidade. Após essa preparação, inicia-se a roda propriamente dita, a partir do acolhimento, orientação sobre o que é uma roda de TCI, suas regras. Objetiva-se, por meio dessa organização, ainda, a “quebra de gelo” entre as pessoas. Cada participante é mobilizado a interagir na roda por meio da disposição entre eles e as atividades de cantoria e brincadeiras (BARRETO, 2008).

A TCI possui, portanto, os seguintes elementos compondo a roda em etapas: a) **acolhimento**: início da roda acolhendo os participantes e suas expectativas, orientações sobre a dinâmica da roda, suas regras e dinâmica de interação; b) **escolha do tema**: compartilhar sofrimentos do contexto de vida; c) **contextualização**: relaciona-se a identificação dos temas partilhados na roda e, a seguir, a eleição de uma única situação que será aprofundada; d) **problematização**: momento em que as pessoas são convidadas a partilharem suas vivências pessoais em situações semelhantes ao tema escolhido, enfatizando as formas de enfrentamento e superação que encontrou; e) **encerramento reflexivo**: momento de rituais de agregação com conotações positivas e aproximações entre os participantes. A cada roda de TCI finalizada, o terapeuta realiza a apreciação refletindo sobre a ação, o contexto em que a roda foi realizada e a relação com os participantes, e entre eles (SANTOS et al., 2014). Nos anexos 1, 2 e 3, constam modelos de etapas, organização e apreciação das Rodas de TCI, segundo Barreto, 2008.

O grupo, desse modo, torna-se envolvido com o problema e as alternativas apresentadas passam a ser dele próprio. Entende-se que o grupo alcança, então, uma compreensão diferenciada do problema, assim como a própria pessoa que o expôs, pode vê-lo em diferentes vieses e compreensões (JATAIL & SILVA, 2012).

A literatura especializada tem qualificado a TCI como tecnologia leve de cuidado, qualificação desenhada por Merhy (1997), segundo o qual a tecnologia leve se refere a algo abstrato como as relações humanas nas ações de cuidados com a saúde (FERREIRA FILHA et al., 2010; ROCHA et al., 2009).

Então, a TCI torna-se um instrumento que pode auxiliar no acolhimento dessas pessoas que se encontram em sofrimento, pois é um espaço de escuta, partilha e reflexão. Seu objetivo é a promoção do empoderamento, ao estimular os participantes a buscarem as

respostas dentro de si mesmos à medida que valorizam sua subjetividade. Estudos permitem evidenciar a sinergia existente entre a terapia e as políticas públicas de saúde vigentes, em especial aquelas relativas à PNPIC-SUS. Desse modo, a TCI atua aproximando-se dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, numa perspectiva humanizada (DE AZEVEDO et al., 2013).

2.6.4- RELEVÂNCIAS POLÍTICO-SOCIAIS

A TCI apresenta pontos importantes desde a sua criação até sua recente inclusão no Sistema de Procedimentos Específicos das Práticas em Saúde, através da portaria SAS nº 404, de 15 de abril de 2016, seguindo o novo código 01.01.05.002-1 para Terapia Comunitária, através da portaria MS 145/2017 de 11/01/2017. Esse é um importante passo para a ampliação de sua prática na Atenção Básica, além de sua recente incorporação na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no sistema único de Saúde, através da portaria MS 849 de 27/03/2017 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

A parceria com o Governo Federal para a formação em TCI se inicia em 2004 com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) convidando a realizar formações de modo a contribuir com a prevenção ao uso de drogas, com o tratamento e a reinserção social de usuários e familiares. Por meio de um convênio firmado entre a SENAD, Universidade Federal do Ceará (UFC), o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará (MISMEC-CE), e os municípios - que aderiram à proposta - foi possível a formação de terapeutas comunitários em vários estados brasileiros (BARRETO et al., 2011).

De acordo com a Política Pública Nacional, identificamos que o Conselho Nacional de Saúde aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e o Pacto pela Saúde, em fevereiro de 2006 através das portarias Ministeriais nº 971 de 03 de maio e n. 1.600 de 17 de julho, onde se encontram a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura-, Homeopatia, a Fitoterapia e a Medicina Antroposófica. Apenas em 2008 foram inseridas práticas complementares e inovadoras de saúde, nos serviços da Atenção Básica, dentre elas, surge a recomendação do Ministério da Saúde para a prática da TCI como intervenção psicossocial avançada até sua recente incorporação na PNPIC como citado anteriormente (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2012).

A TCI contribui com um dado fundamental: a comunidade tem recursos para lidar com seus sofrimentos do cotidiano; aos especialistas cabem as patologias, o que requer diagnóstico e intervenções. Assim se deu o reconhecimento oficial da saúde de que a TCI

contribuiu para a atenção básica. A parceria entre Ministério da Saúde, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e dos municípios participantes da formação oportunizou que, em 2008 e 2009 fossem capacitados, integrantes da Estratégia Saúde da Família e Rede SUS; contemplando todas as regiões brasileiras (BARRETO et al., 2011).

Sua validação aconteceu em 2010, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, em Brasília-DF, aprovando a TCI como ação pública Prioritária Nacional. Enquanto ação terapêutica criativa e efetiva, atingiu o patamar nas esferas municipais, estaduais e federais, América Latina, Europa e África (CAMAROTTI et al., 2011).

A TCI é defendida por alguns estudiosos, como uma prática social que busca contribuir na promoção dos direitos dos indivíduos, famílias e comunidades, em prol da justiça social, igualdade e dignidade, ao criar gradualmente uma nova consciência política e social (NEDER & PINHEIRO, 2010; PETRINI, 2010; RIVALTA, 2011; SOUZA, 2010;).

No âmbito da aplicação, a TCI possui baixo grau de exigência de recursos materiais e tecnológicos. Outro ponto a se ressaltar é que ela promove um maior alcance de pessoas por não limitar o número de participantes, além de intervir de forma preventiva, dando oportunidade de fala e escuta entre os participantes.

A Terapia Comunitária Integrativa é uma tecnologia de cuidado e, dessa feita, uma abordagem de saúde comunitária transversal, que perpassa por diversos segmentos, tais como, saúde, educação e ação social (BARRETO et al., 2011). Tal modalidade terapêutica tem sido alvo de atenção de gestores de políticas públicas no país, nas instâncias municipais, estaduais e federal.

A interface das políticas públicas e a TCI, dos investimentos do poder público destinados à implantação da abordagem nas ações governamentais e não-governamentais, por meio de entrevistas com gestores públicos envolvidos nessa implantação, e pelas pesquisas acadêmicas dedicadas a essa temática, são elementos importantes repercutindo em legitimidade institucional pelo governo, o que leva a maior alcance da população, e aponta para um processo de institucionalização pelo setor profissional (SANTOS et al., 2014).

2.6.5- TCI NA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

Dados da literatura mostram que a TCI chegou à Atenção Básica de Saúde por meio de convênio entre Ministério da Saúde e Universidade Federal do Ceará (UFC), mediada pelo

Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária/Ceará, tendo participação ainda do Pólo Formador Movimento Integrado de Saúde Comunitária/Paraíba (ARARUNA et al., 2012).

Um avanço dessa ferramenta no contexto da Atenção Básica fica evidenciado pela ampliação nos cursos de formação em muitas regiões brasileiras. Esses dados sinalizam boa cobertura, oportunizando o acesso da comunidade a essa abordagem de atenção comunitária em saúde. Desde o primeiro convênio firmado entre a UFC e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), a TCI mostra impacto na ESF, em que 88,5% dos casos atendidos encontravam acolhimento na própria TCI, e somente 11,5% necessitavam encaminhamento para outro serviço (BARRETO et al., 2011).

A implantação da Terapia Comunitária na rede SUS e na Estratégia de Saúde da Família acontece aliada à mudança da prática assistencialista para o modelo participativo, e sua orientação está sintonizada na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário e social da população (BARRETO et al., 2011).

As transformações sociais da atualidade contribuem para o crescimento de problemas emocionais e sociais que vêm modificando os valores e a conduta humana, causando uma desintegração do indivíduo consigo mesmo e com sua comunidade. Dessa forma, as situações que provocam a sobrecarga física e psíquica nas pessoas aumentam. Como forma de prevenir o adoecimento mental e identificação de situações e fatores de risco que provocam o sofrimento psíquico, surge a Terapia Comunitária Integrativa, que vem se consolidando como uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de doenças na atenção primária.

A Terapia Comunitária se apresenta, portanto, como uma forma de promover o cuidado, por meio do trabalho em grupo. Reitera-se que, por ser atividade de baixo custo e com ações de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento emocional para as comunidades, se torna uma estratégia de reabilitação e de inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela pode ajudar a construir (SILVA et al., 2012).

A política de saúde mental para atenção básica propõe uma associação às demais ações da Atenção Básica, além de assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas em saúde mental em diferentes serviços da atenção primária, formando uma rede de suporte e cuidados; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; agregar profissionais com diferentes formações e considerar as características da comunidade. A TCI está inserida nas propostas de saúde coletiva, uma vez que procura promover a saúde em espaços coletivos, e não combater a patologia individualmente (ARARUNA et al., 2012).

Através das experiências com a prática da TCI, constata-se que o mais importante é transformar o unitário em comunitário, o individual em coletivo. Esse tipo de terapia tem sido bastante utilizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), dando respostas satisfatórias à comunidade por ser uma ferramenta eficaz para a diminuição do sofrimento emocional de seus participantes e contribuir para o fortalecimento de vínculos geradores de autoestima, empoderamento pessoal e, conseqüentemente, de melhor qualidade de vida. A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) surge, nesse cenário, para proporcionar um arranjo de saberes e práticas que tem potência em produzir novas formas de pensar a loucura e a saúde mental (ANDRADE et al., 2008).

Relatos de estudos realizados demonstraram de forma clara o impacto positivo e a eficácia trazida pela TCI, principalmente nas áreas de atenção à saúde mental, que é onde a TCI se propõe a trabalhar. Na análise de dados, é perceptível a mudança de hábitos de vida, através do resgate e fortalecimento dos valores, saberes, competências individuais e comunitárias, por meio da valorização da cultura e saberes populares das comunidades. Além disso, a TCI fortalece a importância do cuidado com a família e, para tal, a necessidade de formação de novos profissionais com competências para o trabalho de grupo na Atenção (SILVA et al., 2012).

Logo, entende-se que a sociedade está diante de um dado fundamental, pois a comunidade tem recursos para lidar com seus sofrimentos do cotidiano; aos especialistas cabem as patologias, o que requer diagnóstico e intervenções específicas; e ao espaço da TCI cabe acolher o sofrimento, evitando sua medicalização com conseqüências graves para a saúde (AZEVEDO et al., 2013).

A utilização dessa ferramenta no cuidado à saúde mental da comunidade acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma de participação solidária, centradas na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário e social da população. Dessa maneira, a TCI constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências. Propõe ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, em que cada um torna-se terapeuta de si mesmo, e coletivamente formem redes solidárias de fortalecimento da autoestima de pessoas, famílias e comunidades, de onde a mudança decorre (ARARUNA et al., 2012).

É possível compreender a TCI como uma prática de educação permanente na base da sociedade, uma ação social solidária, que não sobreviveria se estivesse submetida aos ditames do poder do Estado. Iniciativas de inclusão da TCI no SUS tornam-se importantes, pois

disponibilizam para a população uma estratégia de diminuição do sofrimento mental, uma ferramenta de desalienação pessoal, mobilização social, transformação social e política, em direção a mais inclusão, mais respeito pelas diferenças, mais fraternidade e solidariedade (JATAIL & SILVA, 2012).

O grande desafio para a promoção e o incentivo ao processo de participação comunitária é saber como envolver as pessoas com seus problemas, suas contradições e adversidades, para agirem juntas. A partir desse processo de participação, o indivíduo mobiliza e convoca vontades na busca de um propósito comum, sob interpretação e sentido compartilhados, se vendo responsáveis e capazes de provocar e construir mudanças na tentativa de melhorar o quadro de vida da comunidade. (JATAIL & SILVA, 2012).

Dessa forma, o terapeuta comunitário pode compreender melhor os problemas da comunidade e direcionar suas condutas terapêuticas, melhorando, assim, a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

A mobilização da comunidade em torno da participação de práticas diferenciadas pode se dar de forma natural, mas também pode ser provocada por profissionais comprometidos com a qualidade de vida das pessoas. É essencial que esses profissionais incorporem em sua prática a socialização e discussão dos saberes que permeiam a área da saúde (BRASIL, 2010).

Compreende-se que a vida em comunidade é difícil e que os problemas e os conflitos são inevitáveis. Entretanto, eles podem ser fonte de crescimento quando a própria comunidade busca solucionar o problema, gerir a crise e encontrar saída. Como instrumento de cuidado, a TCI demonstra atender aos princípios norteadores do SUS, ensinando os profissionais a construir redes de apoio e mudanças sociais, reconhecendo as competências de cada ator social para contribuir na superação das dificuldades (JATAIL & SILVA, 2012).

A Terapia Comunitária Integrativa, enquanto tecnologia leve do cuidado, atende as metas a que se propõe e deve ser divulgada como uma prática de caráter terapêutico, transformadora da realidade. Ela pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção básica, tomando por base o conceito de Prevenção Primária. A Terapia Comunitária Integrativa atua como uma estratégia terapêutica centrada na potencialidade do indivíduo, proporcionando o equilíbrio mental, físico e espiritual, contrapondo-se à visão medicalizada anterior (ARARUNA et al., 2012; JATAIL & SILVA, 2012).

O quadro epidemiológico brasileiro mostra prevalência crescente de distúrbios crônicos. É importante ressaltar que essa é uma sociedade muito desigual onde o contexto das

periferias das grandes cidades é marcado por violência, exclusão, pobreza, que contribuem para a prevalência de adoecimentos (ONOCKO & CAMPO, 2009).

Portanto, a TCI é uma prática fomentadora de cidadania por constituir-se num espaço para o exercício de escolhas num contexto coletivo. Faz parte de sua metodologia a apresentação de temas pelos participantes e a escolha de um tema a partir de uma reflexão coletiva. O grupo elege o que é mais relevante para ser trabalhado naquele encontro. Dessa forma, a abordagem, além de sua ação terapêutica, pode contribuir para a transformação social ao promover a autonomia das pessoas, e o exercício da cidadania (GIFFONI, 2008; HORTA; CALDEIRA, 2011).

Grandesso (2005) defende a tese de que a TCI não é um contexto para resolver problemas, mas para desenvolver a resiliência. A pessoa toma maior consciência de si e dos outros, de suas potencialidades, sua capacidade de superação, sua força, e isso contribui para que enfrente novos desafios. Na TCI, o processo de desenvolvimento da resiliência pode ser facilitado ou tornado consciente, visto que ela é um espaço de reflexão sobre as condutas, as diferentes formas de ação e o significado que elas podem ter. Na experiência da vida, as carências e os sofrimentos, quando superados, transformam-se em sensibilidade e competência, levando-nos a ações reparadoras de outros sofrimentos... Podemos, assim, afirmar que a carência gera competência. Geralmente ensinamos melhor aquilo que não recebemos (BARRETO, 2008, p. 102; MENDONÇA, 2012).

2.6.6- A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO

Com a criação da Terapia Comunitária Integrativa, surge um novo ator social: o terapeuta comunitário, aquele que coordena as rodas de TCI após formação específica. O principal aspecto do perfil do terapeuta comunitário é apresentar-se como alguém envolvido e comprometido com a comunidade, não sendo requerida educação formal ou acadêmica específica, o que permite, inclusive, que pessoas sem escolarização façam a formação. Para ser um terapeuta comunitário é necessário que o indivíduo possua, acima de tudo, vontade de adquirir novos conhecimentos e aplicá-los na comunidade na qual trabalha, melhorando a qualidade da assistência prestada (BARRETO, 2008; BARRETO et.al., 2011).

Os critérios de seleção para a formação em TCI, segundo Barreto et al. (2011, p. 13), são: a) idade acima de 21 anos; b) ser escolhido dentro de sua área de abrangência territorial ou institucional; c) ter conhecimento sobre a rede de apoio de sua comunidade; d) ter interesse e disposição para trabalho em equipe; e) ser alguém engajado em trabalhos comunitários; f)

estar consciente de que o trabalho realizado não traz nenhuma remuneração financeira; g) ter disponibilidade mental/emocional para participar de práticas vivenciais durante o curso; h) condição de participar das aulas do curso, conforme o formato de desenvolvimento da programação; e i) ter disponibilidade para realizar uma Terapia Comunitária Integrativa semanal.

O processo de formação em Terapia Comunitária Integrativa permite desenvolver a capacidade de autoconhecimento uma relação comunicacional efetiva e afetiva, que dê sentido a sua práxis. A formação de TCI promove autoconhecimento, autoestima, autoconfiança, categorizando a valorização pessoal. Esta mudança interna consistente e amadurecida, inevitavelmente impacta na sua relação com o outro, culminando na sintonia necessária para uma prática diferenciada (ARARUNA et al., 2012).

A formação em Terapia Comunitária Integrativa ajuda na transformação pessoal e profissional através da maneira de se relacionar com as pessoas, tornando-se mais sensível aos problemas que afetam a sociedade. Sentir a dor do outro promove uma ação reativa, pois a partir do cuidado com o outro que sofre, o ser humano desenvolve a dimensão da alteridade, do respeito e valores fundamentais da experiência humana (BOFF, 2001).

O profissional sensibilizado e comprometido com a TCI a utiliza para maximizar e universalizar instrumentos que levam à prevenção dos problemas e das doenças psíquicas, somatizações, violência ou situações de crise familiar e intracomunitária cada vez mais presentes na nossa sociedade. Na rede pública, a TCI cria um cinturão de atenção, cuidado e prevenção. Esse profissional multiplica o atendimento, identifica as situações graves e encaminha aos centros especializados. Logo, ele atua como um elo, além de favorecer o envolvimento multiprofissional da rede, que se configura uma proposta de atenção básica em saúde (ARARUNA et al., 2012).

Segundo Barreto (2008, p. 51), “sua função terapêutica compreende, apenas, suscitar questionamentos, provocar discussões, trazer elementos clarificadores para que o grupo desenvolva a sua vocação terapêutica”. Sua intervenção, enquanto facilitador do grupo visa contribuir para a partilha dos recursos individuais e comunitários utilizados na superação de situações de sofrimento. Assim, o terapeuta, apoiado nas competências das pessoas, tem o papel de circular as informações, suscitar a capacidade terapêutica que emerge no próprio grupo.

Os terapeutas comunitários são como agentes de saúde mental comunitários voltados para a prevenção, mediação de crises e promoção da inserção social pela valorização dos

saberes locais e fortalecimento das redes sociais solidárias (BAKMAN; RIVALTA et al., 2010). Ele está diretamente envolvido com o processo, além de participar também com suas emoções e, da mesma forma que os demais, se beneficia, aprende e se alimenta da sua prática (NEDER & PINHEIRO, 2010).

A TCI possibilita aos profissionais repensar o modo de agir diante dos conflitos e problemas. Por ser um instrumento do cuidado acessível aos profissionais para lidar com as situações de sofrimento psíquico, configura-se em uma estratégia para assistir ao coletivo (ARARUNA et al., 2012).

A formação em TCI confirmou em mim valores e possibilitou fortalecer e/ou modificar algumas crenças. Reafirmou a idéia sobre o trabalho não somente como espaço de cumprimento de tarefas científicas e técnicas mas como local de encontro que promove partilhas onde sem perder a especificidade profissional, pacientes e técnicos muitas vezes se confundem num movimento hermenêutica dialético, como nos falam Guba e Lincoln (1989) e Minayo (1996), interagindo entre falas, depoimentos e práticas, carregadas de história pessoal, implicações sociais e políticas, onde todos apreendem uns com os outros. Usuários dos serviços de saúde mental, facilitados pelas equipes, apropriam-se muito mais de seus próprios recursos e modificam posturas passivas tornando-se protagonistas de sua vida e cuidado em saúde.

2.6.7- TCI INTEGRANDO A FORMAÇÃO DO CUIDADO

Atualmente, a TCI está implantada em alguns países como França, Suíça, Uruguai e Argentina, onde vem sendo desenvolvida principalmente por enfermeiras. No Brasil ela está presente em todos os estados (JATAIL & SILVA, 2012).

Pesquisas brasileiras referentes à TCI, apesar de recentes, vêm ganhando espaço no meio científico, pois se consolidam como estratégia de saúde efetiva que tem beneficiado significativamente a comunidade por aproximá-la do meio acadêmico, tendo em vista que a maioria dos seus pesquisadores é composta por docentes e discentes de Universidades. Com isso, ela proporciona um estreitamento entre o conhecimento científico e o popular, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da qualidade de vida dos usuários inseridos nas comunidades (SILVA et al., 2012).

Constata-se, com a análise das bases de dados, um crescente aumento no número de publicações na área da TCI. É perceptível que o estímulo à adesão de terapêuticas não farmacológicas para intervir na atenção primária tem surgido como uma alavanca para

disseminação da TCI como forma de intervenção em diferentes âmbitos do SUS (SILVA et al., 2012).

A região Nordeste foi a que produziu maior número de pesquisas sobre esse tema no país. Tal fato decorre de ter sido essa prática criada e desenvolvida nessa região, bem como do empenho em produzir pesquisas relacionadas à TCI de forma relevante, haja vista seu vínculo junto ao CNPq para projetos de pesquisas (DE AZEVEDO et al., 2013). Segundo a Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM), a região Sudeste possui maior número de polos de formação, mas precisa melhorar a divulgação de suas práticas e pesquisas (BARRETO AP et al., 2011).

A expansão de publicações sobre a temática abordada deu-se a partir da realização dos Congressos Brasileiros de Terapia Comunitária, iniciados em 2001 e um maior quantitativo de publicações em formato de dissertações e artigos, visto que a maioria era de alunos de mestrado (DE AZEVEDO et al., 2013).

Os Programas de Pós-Graduação se constituem, desse modo, em espaços de prática que possibilitam o desenvolvimento de pesquisadores, das ações investigativas, dos processos de construção de conhecimento e de novas tecnologias, em que as linhas de pesquisa representam um dos principais eixos norteadores dessas atividades. Além disso, tais programas se encontram intimamente ligados a uma mobilização permanente da comunidade acadêmica nacional e a um processo contínuo de integração com a comunidade científica internacional, orquestrados e apoiados pela CAPES e pelo CNPq (DE AZEVEDO et al., 2013).

Pesquisas publicadas dão enfoque à promoção da saúde, pois elas revelam a TCI como um instrumento inovador e importante para a implementação de uma política de saúde mental, por meio da consolidação de uma rede solidária e cooperativa, conforme versa o Pacto pela Vida do Ministério da Saúde (DE AZEVEDO et al., 2013).

Diante da experiência vivida com a prática de TCI, pode-se afirmar que resultados positivos se devem principalmente pela persistência dos profissionais com formação em TCI em buscar o reconhecimento da técnica através de apresentação de resultados alcançados. Tais resultados são atribuídos, ainda, à conquista da credibilidade da equipe, dos pacientes e da comunidade na prática de atividade de grupo, compreendendo que, quando necessária, a escuta individualizada é sempre oferecida. Outro fator que contribui para os êxitos é que a TCI surge como alternativa de acompanhamento também para pacientes crônicos favorecendo a expressão de emoções através da palavra.

2.6.8- ÉTICA EM PESQUISA E A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

A roda de TCI é inovadora no sentido da diversidade de seus participantes e o respeito às diferenças culturais e sociais. Visto que os Comitês de Ética em Pesquisa avaliam diversas questões de pesquisa em saúde, garante-se, por esta forma, a riqueza de informações que dela advém para pesquisas sociais, bem como, os cuidados éticos, dentre eles, os regulamentados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2014).

As etapas das rodas de TCI se adéquam ao tipo de pesquisa social, pois, o andamento de uma pesquisa social empírica depende a cada passo de microdecisões relativas a acontecimentos particulares que produzem futuros diferentes, ou seja, imprevisíveis antes de sua atualização e, portanto, não sujeitos a protocolos rígidos; essas decisões bifurcam-se em planos específicos de consideração ética (BEVILAQUA, 2010).

A instituição das regras na roda de TCI denota preocupação com a ética que remete ao cuidado de pessoas, como a recolha de informações em pesquisa, em acordo com a Resolução nº 466/12. Assim, dentre os cuidados que se deve ter no trabalho com a TCI, é o de que não se deve fazê-la com o intuito de resolver os problemas das pessoas, mas de partilhar experiências de vida, valorizando o saber construído de cada experiência pessoal em contextos diversos e que integram vida, corpo, saúde, doença, cuidados familiares e profissionais (BARRETO, 2008; SANTOS et al., 2014).

2.6.9- RODAS DE TCI EM CAPS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante minha formação em TCI, ainda não era comum fazer rodas em CAPS, especificamente com a clientela de transtorno psiquiátrico mais intensivo. No entanto, o desafio estava lançado e não podia ser diferente diante de minha atuação profissional mais intensa ser em Saúde mental, iniciei as Rodas de TCI semanalmente em CAPS, vivenciando dúvidas e resistências.

Mas, logo em seguida as Rodas de TCI se confirmam potentes em CAPS e em nada diferem de rodas realizadas com outros grupos de pessoas. TCI no CAPS promove desafios comuns ao exercício de uma atividade de grupo e possibilita experimentar momentos de partilha onde pacientes portadores de transtornos mentais vivenciam uma maior interação com a família, equipes e comunidade num espaço de troca de experiências em papel de igualdade, podendo simbolizar emoções e sentimentos a fim de minimizar sofrimentos e somatizações.

Realizar Rodas de TCI em CAPS é momento singular podendo vivenciar por exemplo a postura de um paciente crônico, regredido em suas condições psíquicas, depois de algum tempo de participação nas Rodas somente ouvindo, conseguir ter voz e relatar sua identificação com algum tema trazido. Outro usuário pela dificuldade de expressão com a linguagem oral, faz gestos e através da facilitação dos terapeutas confirma o que quer relatar. Todos depoimentos profundos, vindos de seres humanos sensíveis que não podem somente ser vistos à partir de suas doenças. Precisamos dar voz aos que muitas vezes ouvem vozes e isto a TCI faz com maestria.

A divulgação das rodas é feita principalmente pelos participantes possibilitando demanda espontânea dos usuários e seus familiares. O convite é feito também pela equipe multiprofissional do CAPS a partir dos acolhimentos. Quando o espaço permite, é possível realizar Rodas de TCI, integradas às demais unidades de Saúde e abertas à comunidade.

A TCI possibilita sair da lógica institucional, promovendo espaços de integração social, promovendo através do espaço público a reconstrução de identidade, resgate da autoestima, valorização de saberes, formas de manifestação que tornam possíveis o encontro singular e comunitário com suas dificuldades e situações de vida.

A experiência confirma que a TCI em CAPS possibilita redução do uso de psicotrópicos, de crise nos participantes, remissão de sintomas em curto espaço de tempo e propiciam diluição de demandas menos intensivas que possivelmente ficariam com precariedade no atendimento pela dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais, ou sobrecarregariam o trabalho das equipes nos diversos dispositivos de saúde mental.

E mais uma vez me surpreendo sobre o quanto podemos aprender com nossos usuários, que muito mais oferecem através de seus relatos de superação do que recebem dos profissionais com todo arsenal técnico-científico.

III- METODOLOGIA

3.1- TIPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado segundo orientação metodológica qualitativa. Tal escolha decorreu do fato de essa abordagem favorecer o estudo dos fenômenos que podem ser mais bem compreendidos no contexto em que ocorrem e dos quais fazem parte. Tal metodologia possibilita ao pesquisador a captura e compreensão de seu objeto de estudo a partir da perspectiva de pessoas relevantes nele envolvidas e por possibilitar o estudo da relação entre o

mundo real e o sujeito, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida de forma quantitativa (GODOY, 1995; MINAYO, 2008).

O planejamento da presente pesquisa seguiu as fases de exploração, trabalho de campo e análise. Durante o processo investigativo, foram feitas adequações diante das evidências do campo, não necessariamente seguindo a sequência citada acima, mas assumindo uma atitude de abertura para lidar com aspectos ou dimensões que ampliam ou modificam aquilo que foi planejado. (FLICK, 2004; GOMES, 2014; MINAYO, 2006; SCHUTZ, 2012).

A implicação da pesquisadora com o objeto de estudo foi considerada em todo o processo, seja no tema, nas escolhas teóricas e metodológicas, seja nas análises realizadas. Prima-se, pois, pelo reconhecendo de que a ciência acontece no contexto das relações humanas, logo é marcada por valores, nos quais a subjetividade se faz presente num processo que envolve “concepções de mundo e a experiência intuitiva do pesquisador, o fenômeno, o método, os dados e a teoria” (RIOS, 2006; MADUREIRA & BRANCO, 2001, p. 63)

Tal como propõe Flick (2004), realizou-se o levantamento de parte da literatura existente sobre a TCI, Saúde Mental e Quadrilátero da Formação, a fim de que fosse possível a localização no campo, bem como a identificação do que havia sido investigado, descoberto, teorias e métodos utilizados, discussões e questões em aberto. Para isso, foram realizadas pesquisas nos seguintes sites: Google acadêmico; Scientific Electronic Library Online – SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. As referências bibliográficas nos estudos mapeados serviram de fonte para a localização de outras fontes e foram utilizados vários termos e combinações afins ao campo, que possibilitassem a maior cobertura possível de publicações existentes. Pesquisadores da área também foram contatados com o objetivo de empreender uma busca de indicações de outros estudos.

Foi considerado como critério de inclusão no levantamento bibliográfico, o fato de a TCI ser o tema central dos textos e constar no título dos mesmos. A maioria dos estudos focaliza na prática da TCI no SUS (na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, em Centros de Apoio Psicossocial e na saúde mental). Os estudos trouxeram também contribuições sobre a TCI como espaço de fortalecimento da cidadania, em contextos universitários (estagiários e professores) e de trabalho (profissionais e gestores), com os próprios terapeutas e no fortalecimento de redes. O levantamento aponta avanços na produção científica sobre a TCI, o que contribui para o desenvolvimento da abordagem, tanto nos aspectos teóricos, como na validação de sua eficácia e efetividade.

O caminho metodológico adotado utilizou a técnica de Terapia Comunitária Integrativa de Barreto (2008) e a técnica do círculo hermenêutico dialético (CHD) de Guba e Lincoln (1989) para fazer a coleta de dados, além do método de análise hermenêutica-dialética de Minayo (1996). Foi feita, ainda, uma série de adaptações realizadas pela pesquisadora, para atender as necessidades da realidade em estudo. Face a essas peculiaridades, passou-se a denominar esse procedimento de “Terapia Comunitária Integrativa: um processo hermenêutico-dialético”.

Foram realizadas no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) duas (2) Rodas de TCI adaptadas para fins de realização desta pesquisa aos moldes de grupo focal. Isso ocorreu por meio de sua principal característica que reside no fato de trabalhar com a reflexão expressa através da “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes (NETO, et al, 2002).

Nesta pesquisa realizaram-se as Rodas de TCI, sem a inclusão de pacientes e familiares, visto que já houvesse ocorrido a identificação de sua importância neste contexto. Além disso, foi definido como objetivo desta pesquisa, o alcance de resultados mais especificamente entre os sujeitos envolvidos diretamente no processo de formação (estagiários e supervisores) e cuidado (profissionais do PSM-CAPS) à Saúde e Saúde Mental.

Diante do formato próprio da TCI o qual prevê um trabalho desenvolvido a partir de etapas estabelecidas, foi possível, através da realização de duas Rodas de TCI, estimular as falas dos participantes num diálogo com narrativas. Essas narrativas buscaram compreender, apreender e explicitar as relações de aproximação entre os objetivos da pesquisa dentro da realidade institucional e formadora em conformidade com a política do SUS, objetivando apontar para a problematização e formas de superação. Através do processo de *vai-e-vem* do CHD, chegou-se a uma pré-análise dos dados, que são categorizados e cada unidade de análise. Esse procedimento facilita a construção do conhecimento com respaldo na teoria que subsidia a pesquisa através da participação efetiva de todos os atores sociais envolvidos (Oliveira, 2001).

Para o desenvolvimento da pesquisa, o caderno de campo teve uma importante função, sendo utilizado em todas as etapas de coleta de dados, e durante as atividades diárias do CAPS com presença dos supervisores e estagiários.

3.2- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, em um município da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. A escolha do local se deve ao trabalho exercido junto a esse Caps, no qual diversas atividades terapêuticas, dentre elas Rodas de Terapia Comunitária Integrativa são realizadas.

3.3 – RODAS DE TCI

Os recrutamentos foram realizados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme anexo 4. Foram realizadas (2) duas Rodas de TCI, tendo a pesquisadora contado com o apoio e presença do orientador, de (3) três estagiários da área de fonoaudiologia de Universidade Federal e de um participante da pesquisa que, por ter a formação em Terapia Comunitária Integrativa, realizou a etapa de encerramento das Rodas fazendo o papel de co-terapeuta. A partir da presença dos participantes da pesquisa, nos (2) dois encontros em dias e horários agendados para a realização das (2) duas rodas de TCI, a pesquisadora fez referência à garantia de seguir os termos do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado por todos (vide anexo 5). Nas oportunidades, possibilitou-se aos participantes esclarecerem dúvidas sobre a atividade. Houve também a explicação sobre o tempo de duração, como sendo em média 60 a 90 minutos cada Roda. Foram apresentados os objetivos da pesquisa e feito agradecimento por contar com a colaboração dos participantes e apoiadores.

3.4- PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar, gestores e funcionários do Programa de Saúde Mental/ CAPS, os supervisores de estágio e estagiários das áreas de Enfermagem e Psicologia (Instituição Privada) e Fonoaudiologia (Instituição Pública), via contato formal pelo pesquisador .

Quadro1- Participantes da Pesquisa

Participantes	Programa de Saúde Mental	Centro de Atenção Psicossocial	Instituição de Ensino Superior Pública	Instituição de Ensino Superior Privada
Gestor	1	1		
Trabalhadores nível superior		2 Médicos 1 Enfermeiro 1 Assistente Social 3 Psicólogos 1 Terapeuta Ocupacional		
Trabalhadores nível médio		2 Técnicas Enfermagem		
Trabalhadores nível fundamental		2 Cozinheiras 2 Serviços Gerais		
Supervisor de Estágio			1 Fonoaudiologia	1 Enfermagem 1 Psicologia
Estagiários			1 Fonoaudiologia	1 Enfermagem 1 Psicologia
Número de participantes da amostra	(23) vinte e três = (22) vinte e dois convidados e (1) uma estagiária de psicologia que participou das (2) duas Rodas de TCI, por demanda espontânea.			

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o anexo um. Todos eram maiores de idade e com nível de escolaridade auto declarado de, no mínimo, (5) cinco anos, seguindo o que foi preconizado pela resolução 466/12 (BRASIL. 2013).

Foram excluídos da referida amostra os trabalhadores do CAPS que se auto declararam não interessados em participar da pesquisa, além daqueles que se auto declararam não alfabetizados e com pelo menos cinco anos de escolaridade.

Embora haja a compreensão de que usuários e familiares são elementos centrais na Saúde Mental, para fins desta pesquisa, optou-se por excluir esses atores, tendo em vista a vulnerabilidade.

Foi orientado aos participantes que o estudo não apresentaria riscos significativos e que seria tomado o devido cuidado ao longo da aplicação das Rodas de TCI. Foram assegurados

os direitos, durante todo o processo, de interrompê-los e sugerir pausas, de forma a garantir que se sentiram confortáveis na condição de participantes da pesquisa.

3.5-PRIMEIRA RODA DE TCI

A data do primeiro recrutamento e coleta de dados foi 09/11/2016, com a realização da primeira Roda de TCI que teve duração de 1h21min46s. Dos 23 participantes da amostra, estiveram presentes dezoito, quatro faltaram e um não demonstrou interesse em participar.

A atividade iniciou-se com a fala da pesquisadora a respeito do Projeto de pesquisa. A mesma promoveu esclarecimentos sobre dúvidas a respeito da participação de cada integrante. Dando sequência, foi explicado que, para atender as categorias de análise, a Roda de TCI seria adaptada para Roda pedagógica e temática, apresentando (4) quatro temas em forma de perguntas, em conformidade com as categorias de análise estabelecidas para a pesquisa e de acordo com os (4) quatro vértices do quadrilátero (Quadro um).

Em seguida, foi propriamente iniciada a Roda de TCI, a partir de sua primeira etapa, denominada “acolhimento”, durante a qual foram dadas as boas vindas aos participantes, explicadas as regras, bem como o estímulo à comemoração. Nesse primeiro momento, também foi realizada uma dinâmica de acolhimento, etapa esta preparatória para promover a integração e a fala dos participantes. De acordo com a proposta de adaptação da Roda de TCI, não foram realizadas as etapas de apresentação de temas pelos participantes, nem escolha do tema por votação, passando diretamente para a apresentação dos (4) quatro temas em forma de perguntas:

Tema/Pergunta1- Formação: Como você foi ou está sendo preparado para atuar em consonância com as diretrizes da Política do SUS (equidade, universalidade, integralidade, controle social)?

Tema/Pergunta2- Cuidado: Como você compreende a proposta de, no contexto do cuidado em saúde, ser necessário identificar não somente a doença, mas o sujeito que busca por cuidado?

Tema/Pergunta3- Gestão: Como você vê a atuação dos gestores (coordenadores, secretários, prefeitos, chefes, professores, reitores etc.) no seu processo de trabalho/formação?

Tema/Pergunta4- Controle social: Qual a sua responsabilidade no cuidado e apoio à rede de saúde e formação (Profissionais, estudantes, famílias, usuários)?

Os Temas/Perguntas foram colocados sequencialmente em um painel preso na parede, além disso, também foram entregues de forma digitada a cada um dos participantes. Dando sequência, ocorreu a etapa da contextualização, na qual as partilhas sobre cada Tema/Pergunta foram ouvidas (seguindo a ordem numérica apresentada), através das narrativas sobre identificações e superações com os temas sugeridos. Terminadas as falas, de acordo com o tempo aproximado estabelecido para acontecer, passou-se, então, para o encerramento com o agradecimento pela participação. Nesse momento, os pontos de superação trazidos foram valorizados, estimulando os participantes a definirem em (1) uma palavra o que levariam do encontro. O encerramento contou com música e dinâmica as quais promoveram maior interação dos participantes com troca de abraços.

O registro do material trazido pelos participantes foi feito através de anotações do próprio Terapeuta como também pelos (3) três estagiários de fonoaudiologia que vieram, a convite, apoiar a pesquisadora nesta atividade, gravando e anotando as partilhas. A análise e categorização dos dados foram feitas por meio da transcrição e degravação dos relatos, fazendo uma correlação com as vertentes do quadrilátero da Formação e a partir disso, construiu-se um painel (Figura 1).

Foi produzida, ainda, uma síntese, que deu margem à realização da segunda roda de TCI que trouxe elementos da primeira.

3.6- SEGUNDA RODA DE TCI

A data do segundo recrutamento, coleta de dados, foi dia 23/11/2016 com a realização da segunda Roda de TCI que teve a duração de 01h46min20s. Foi possível expandir o horário ultrapassando os noventa minutos previstos, a partir da permissão dos participantes, que empolgados em suas narrativas, gostaram do aumento de tempo sugerido pela pesquisadora. Dos 23 participantes convidados, estiveram presentes quinze, sete faltaram e um não demonstrou interesse em participar.

A Roda de TCI seguiu o mesmo percurso da primeira, se configurando como Roda Temática. Desta vez, teve-se como “Tema” a problematização a partir dos quatro vértices do quadrilátero (formação, cuidado, gestão e controle social) e sendo estimulados a narrarem formas de superação.

Tema/Pergunta1-Formação- O que me incomoda, aborrece? Que reivindicações eu tenho e o que eu faço para superar ou promover a superação?

Tema/Pergunta2- Cuidado- O que me incomoda, aborrece? Que reivindicações eu tenho e o que eu faço para superar ou promover a superação?

Tema/Pergunta3- Gestão- O que me incomoda, aborrece? Que reivindicações eu tenho e o que eu faço para superar ou promover a superação?

Tema/Pergunta4- Controle social- O que me incomoda, aborrece? Que reivindicações eu tenho e o que eu faço para superar ou promover a superação?

O registro do material trazido pelos participantes foi produzido igualmente como na primeira Roda, através de anotações do próprio Terapeuta como também dos registros feitos pelos estagiários apoiadores. A análise e categorização dos dados foram realizadas a partir da transcrição dos relatos e construção de um segundo painel com junção das narrativas obtidas nas duas rodas, correlacionadas com as vertentes do quadrilátero da formação (Figura 2).

As Rodas de TCI foram gravadas e degravadas pela pesquisadora com editor de texto e os arquivos em áudio e em texto arquivados em computador de uso pessoal da pesquisadora.

3.7-CATEGORIAS DE ANÁLISE

Mesmo que a teoria estivesse sempre presente, na fase da análise dos dados trabalhamos mais intensamente as informações obtidas segundo os referenciais teóricos. É nessa fase que se deu “o verdadeiro momento dialético” através do movimento do empírico para o teórico e vice-versa.

Tomando como referência, Huberman e Miles (1991), que definem a análise de dados qualitativos como um processo contínuo e interativo, passou-se de uma visão única da realidade para uma interpretação interativa e diversificada dos dados. Pode-se afirmar que a análise do processo é simples em si mesma, mas ao mesmo tempo complexa (Oliveira, 2001).

Em síntese, nossa análise de dados foi efetuada em duas fases:

PRIMEIRA FASE: a partir da realização das 2 Rodas de TCI no formato que se assemelha ao Círculo hermenêutico-dialético.

- Colheita de dados e análise simultânea: respeito total no tratamento das informações, tanto a nível individual, como nas sínteses.
- Condensação e análise dos dados.

SEGUNDA FASE: Metodologia da análise hermenêutica-dialética, seguindo os 10 passos propostos por Minayo, que são citados abaixo (MINAYO, 2006; MINAYO, 2012).

- Nível das determinações fundamentais: gravação das narrativas das 2 Rodas de TCI.
- Nível do encontro com os fatos empíricos: análise das narrativas dos participantes e análises coletivas das informações e depoimentos.
- Identificação das categorias de análise.
- Condensação dos dados, tomando-se como base o referencial teórico.
- Sistematização das categorias.
- Análise de cada bloco de categorias em relação à teoria.

Minayo (2006) e seus 10 passos:

1. Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas.
2. Definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora e teorizá-lo.
3. Delinear as estratégias de campo. É preciso ter em mente que os instrumentos operacionais também contêm bases teóricas.
4. Dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem.
5. Ir à campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto a questioná-las.
6. Ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo.
7. Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica.
8. Exercitar a interpretação de segunda ordem.
9. Produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível.
10. Assegurar os critérios de fidedignidade e validade.

Quadro 2 - Categorias de análise

Vértices do Quadrilátero	Atenção Psicossocial
Formação	<ul style="list-style-type: none"> • Problematização do processo de trabalho e as organizações de saúde e de ensino em conformidade com a política do SUS. • Trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. • Reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais • Trabalho de apoio matricial e institucional, articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.
Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação ativa no tratamento, estímulo ao autocuidado. • Acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. • Apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Dar visibilidade à produção de saberes dos trabalhadores. • Corresponsabilidades com a política do SUS. • Analisar os processos de trabalho corresponsabilizados (Gestão a partir de escuta-Cogestão).
Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Promover e valorizar o exercício do controle social, através da interlocução com setores da comunidade, de acordo com diretrizes do SUS. • O lugar da família. • Articulação de profissionais, gestores em saúde e usuários, participando ativamente para ampliar o cuidado e fortalecer uma rede de apoio social.

IV- RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

4.1- CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram construídos principalmente a partir das narrativas das duas rodas de TCI e do caderno de campo, com base nos fundamentos teóricos.

Esse processo permitiu a identificação de fatos relevantes, segundo a ação dos atores sociais na comunidade pesquisada. Essas chamadas estruturas relevantes identificadas, que constituíram o fio condutor de nosso estudo, foram obtidas ao recorremos ao trabalho de transcrição de cada Roda de TCI, quando as falas foram degravadas e organizadas de acordo com as categorias de análise. Foram construídos dois painéis com o material obtido:

Figura 1: Painel Roda TCI 1

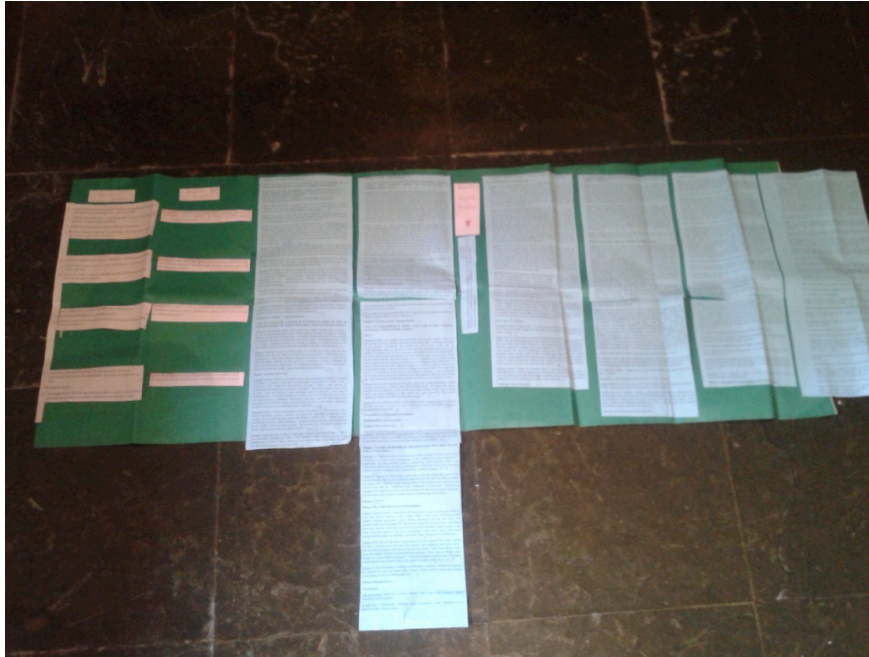
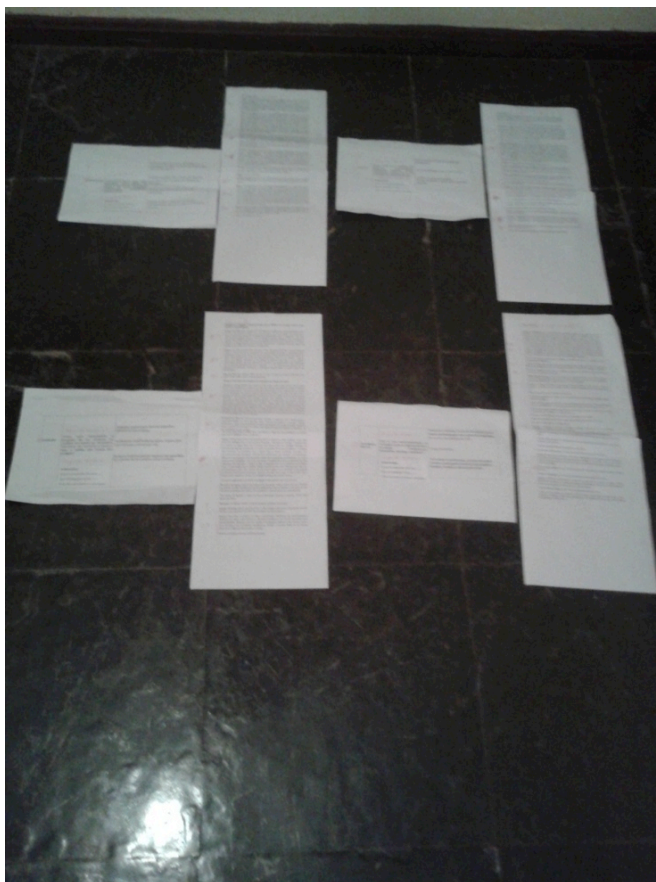


Figura 2: Painel Rodas TCI 1 e 2



Nesse contexto, a interpretação pessoal por parte do pesquisador se faz presente, pois sua percepção dos dados implica refletir e analisar, não configurando, dessa forma, uma leitura neutra. Faz-se, portanto, fundamental considerar o contexto para entender o texto.

De acordo com os vértices do quadrilátero e as categorias de análise, foi identificada maior relevância em algumas narrativas em consonância com dados da literatura e contextos atuais os quais seguem descritos abaixo através de síntese. Essa síntese é sustentada pela ilustração com fragmentos das rodas de acordo com as narrativas dos participantes.

Durante as narrativas, seguindo a proposta da TCI, foram trazidos fragmentos de músicas, que se relacionam aos temas, os quais serão citados como parte das narrativas e/ou das facilitaões feitas pela pesquisadora, assumindo o papel de Terapeuta Comunitária.

Buscando preservar o caráter anônimo dos participantes, as narrativas serão identificadas com nomes de flores.

4.2- CATEGORIAS DE ANÁLISE E AS INTERSEÇÕES COM DADOS OBTIDOS NA TCI

4.2.1- FORMAÇÃO

Nesta categoria será discutido o Vértice do Quadrilátero relacionado à Formação, sendo definidos quatro aspectos relacionados à Atenção Psicossocial.

Quadro 3 – Formação

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	FRAGMENTOS DE FALA NA TCI
Problematização do processo de trabalho e as organizações de saúde e de ensino em conformidade com a política do SUS.	“O SUS na teoria é lindo, mas na prática ineficaz” (Orquídea, Margarida, Bromélia, Hibisco). “Sentimento de impotência” (Bromélia). “Quando conheço o SUS passo a ter ferramentas de cobrança para funcionar” (Lírio).
Trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras.	“Você nos proporcionando este momento, seu professor de mestrado aqui” (Violeta). “O estágio no CAPS me fez crescer muito, tenho esperança e tento resgatar quem está desacreditado” (Girassol). “Esperança nas novas gerações” (Hibisco). “...a minha responsabilidade em relação a gestão do meu trabalho” (Lavanda). “Formação de folhetim que em cinco minutos discute algo. Precisamos parar um pouco” (Violeta).

Reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais.	<p>“Há uma despersonalização do individual, das relações, do social” (Hibisco).</p> <p>“Existem boas tentativas, mas é necessário estruturar à partir do pré-escolar” (Lavanda).</p> <p>“O docente precisa se enquadrar às mudanças e ser o ponto de apoio do aluno” (Margarida).</p> <p>“Recebemos excesso de informação e pouca formação, pessoas treinadas e não pensantes” (Lírio).</p>
Trabalho de apoio matricial e institucional, articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.	<p>“Estamos sempre em formação. Não só em sala, mas em conversas fora, construindo e desconstruindo saberes. Pensar, discutir, é importante” (Lírio).</p>

As narrativas dos profissionais, muitos deles com experiência profissional anterior ao SUS e outros com formação mais recente, apontam sobre o fato de que a teoria do SUS é “bonita”, mas a prática ineficaz, e que foram apresentadas pouca ou nenhuma informação durante suas formações. Falam da importância de gestões mais preparadas e com maior participação no controle social para atuarem de forma mais ativa e não somente reivindicando ou apontando erros. Um participante declara que, mesmo com intensa atividade político-social, está em momento de aposentadoria e ainda não viu evolução positiva.

“O SUS na teoria é lindo, mas na prática ineficaz” (Orquídea, Margarida, Bromélia, Hibisco).
 “Sentimento de impotência” (Bromélia).

Em paralelo, a narrativa dos estagiários vê o conhecimento sobre o SUS sendo bem oferecido em suas formações, bem como o estímulo à pesquisa sobre o assunto sendo realizado pelos docentes. Nesse momento, a participante Lírio complementa ressaltando: “Quando conheço o SUS passo a ter ferramentas de cobrança para funcionar”.

É mencionada a valorização desta pesquisa acontecendo no CAPS como oportunidade de experiência de formação e cuidado dos profissionais. Tal menção pode ser exemplificada por meio da fala de Violeta: “Você nos proporcionando este momento, seu professor de mestrado aqui.”

As narrativas indicam a necessidade de formações continuadas e permanentes que pouco ou quase nunca acontecem. Identificam como problematizadores da degradação de serviços, a pouca informação e desarticulação, a passividade e ausência de melhorias e falta de repasse de recursos próprios. Valorizam o estágio na área de saúde mental, em especial no CAPS, surgindo, assim, o interesse, por parte dos estagiários, enquanto futuros profissionais, em ajudar a potencializar a rede.

“O estágio no CAPS me fez crescer muito, tenho esperança e tento resgatar quem está desacreditado (Girassol).

“Esperança nas novas gerações” (Hibisco).

De modo correspondente, a narrativa de Lavanda estimula a reflexão sobre a formação continuada de forma a haver a responsabilização pela gestão do trabalho no dia a dia frente a tantas dificuldades.

“...a minha responsabilidade em relação a gestão do meu trabalho” (Lavanda).

As lacunas na formação são descritas nos relatos que levantam a necessidade de se rever o conceito de globalização, pois percebem que tem sido promovidas formações muito céleres, estudando-se cada vez menos, com currículos menos densos, com mais tempo de formação e poucos encontros presenciais.

“Formação de folhetim que em 5 min discute algo. Precisamos parar um pouco” (Violeta).

Algumas narrativas passam a expressar o acesso a informações que ocorrem principalmente através da internet. Dessa forma, suprime-se o debate, gerando pessoas sem capacidade crítica, sem capacidade de reflexão, defendendo conceitos sem problematizar.

No que diz respeito à qualidade da formação, alunos questionam a EAD (Ensino ou educação à distância), que, apesar de estar politicamente prevista no ensino atual como recurso de tecnologia da informação, vem distanciando a relação professor-aluno-aprendizado. Afirmam que tal modalidade deveria consistir somente em mais uma ferramenta oferecida de forma complementar ou optativa, não sendo inserida como obrigatória. Essas considerações se devem à visão de que o aprendizado é melhor na sala de aula, com suas infinitas possibilidades de trocas.

“Há uma despersonalização do individual, das relações, do social” (Hibisco).

Simultaneamente, é mencionado o quanto o sistema se foca na formação superior, no entanto essa formação ocorre desde o começo. A dificuldade em se adaptar à metodologia ativa é atribuída ao aprendizado e formação inicial deficientes.

“Existem boas tentativas, mas é necessário estruturar a partir do pré-escolar” (Lavanda).

“O docente precisa se enquadrar às mudanças e ser o ponto de apoio do aluno” (Margarida).

Subsequentemente, participantes fazem explanação de que a faculdade encontra-se numa linha de produção massificada de profissionais, como podemos perceber em fragmentos da fala de Lírio: “Recebemos excesso de informação e pouca formação, pessoas treinadas e não pensantes”.

Lírio nos fala do quanto a Universidade não ensina a pensar, não força o pensamento, oferecendo tudo pronto, refletindo em atuações profissionais pouco criativas e mecanizadas. Ele complementa: “Estamos sempre em formação. Não só em sala, mas em conversas fora, construindo e desconstruindo saberes. Pensar, discutir, é importante”.

As explanações ressaltam a importância do SUS e de pensar os processos formativos presentes não só na academia, mas também na organização dos serviços, no trabalho em rede e nas demonstrações de pensamentos.

4.2.2- CUIDADO

Nesta categoria serão discutidos o Vértice do Quadrilátero relacionado a Cuidado, sendo definidos três aspectos relacionados à Atenção Psicossocial.

Quadro 4- Cuidado

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	FRAGMENTOS DE FALA NA TCI
Estimular a participação ativa no tratamento, estímulo ao auto-cuidado.	<p>“Exercício diário na profissão e na vida” (Lavanda).</p> <p>“Não tem como promover saúde se não vê o sujeito” (Alfazema).</p> <p>“Fazer a sua parte e assim fazer a diferença”(Hortência).</p> <p>“A política está presente mas a prática é nossa” (Lírio).</p> <p>“Nem sempre dá pra unir a teoria com a prática, é preciso mostrar ao aluno a realidade, as possibilidades. Aprender sempre e buscar melhoras”(Margarida).</p>
Acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.	<p>“O que dá gás é pensar na questão do cuidado, cuidar de pessoas enquanto pessoas” (Lírio).</p> <p>“Importância de ver mais novos com esperança” (Hibisco).</p> <p>“Há quase 70 anos políticas mundiais discutem sobre o tema saúde-doença e na prática ainda só doença” (Jasmim).</p> <p>“Já fui maltratada por uma colega” (Lírio).</p> <p>“Precisei dos serviços do SUS e senti dificuldades e falta de apoio” (Dália).</p> <p>“Como usuária do SUS percebo que o acolhimento é fundamental para o tratamento” (Jasmim).</p> <p>“Falar de cuidado é falar do que eu faço, tratar as pessoas como gente e que muitas vezes é feita de pingpong” (Alfazema).</p> <p>“Nem tudo é pingpong. O acolhimento no CAPS funciona, oferecendo diretrizes o mais rápido possível” ((Margarida).</p> <p>“Em ambulatório os profissionais não se reúnem” (Cravo).</p> <p>“Por isto importante acolher também o profissional e os problemas de relacionamentos interpessoais” (Margarida).</p> <p>“O campo da saúde mental as vezes é difícil e devemos nos cuidar para acolher, nos aprimorar para um melhor acolhimento com empatia” (Hortência).</p> <p>“Ter empatia, vendo o fundo da alma de cada pessoa sabendo que não existe receita pronta” (Alfazema).</p>

<p>Apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural.</p>	<p>“O SUS é alento com o médico de família, que conhece a pessoa e ela passa a ter identidade e é reconhecido o humano. Faz com que não seja apenas um número” (Hibisco).</p> <p>“Meu professor me apresentou o SUS. Mostrou as dificuldades em determinados lugares, mas mostrou que existem lugares onde a política do SUS funciona e muito bem. Existe o lado bom e pude ver o SUS de outra forma, com humanização, amor e carinho pelas pessoas. Nunca vou me esquecer disto”(Tulipa).</p> <p>“Pensar na condição humana e nas nossas relações que devem ser mais sensíveis e acessíveis, discutindo além dos procedimentos e sim em como colocar nossa relação com o paciente e com a equipe numa freqüente reflexão sobre como foi o dia e o que se deixa para a equipe do dia seguinte”(Margarida).</p>
--	--

Participantes relatam que embora continue ocorrendo a antiga discussão *saúde-doença*, na prática, ainda hoje muitos tratam unicamente a doença. Destaca-se que isso não acontece somente no serviço público, mas também no particular, nos quais o olhar ainda mais presente é aquele voltado somente para a doença. Ressalta-se sobre a importância de se deter no cuidado de pessoas enquanto pessoas, com empatia e através de uma política diária realizada por parte de cada terapeuta ao longo do trabalho.

“Há quase 70 anos, políticas mundiais discutem sobre o tema saúde-doença e na prática ainda só doença” (Jasmim).

“Exercício diário na profissão e na vida” (Lavanda).

“Não tem como promover saúde se não vê o sujeito” (Alfazema).

Em alguns momentos, foi possível observar, na expressão dos profissionais, uma tensão negativa e desanimada, não só sobre as práticas de cuidado, como também em relação aos estagiários. Por outro lado, em outros momentos, observou-se uma fala permeada de esperança e estímulo. Alguns relatos, expressos nos fragmentos de Girassol, Hortência e Tulipa, confirmam que quando os profissionais não veem o SUS funcionando bem na prática, vão ficando revoltados, céticos. Essa problematização incita refletir sobre atitudes favoráveis à continuidade da prática diária mantendo a credibilidade. Acreditam que devemos ter olhos para enxergar não só as dificuldades, mas as experiências exitosas com práticas humanizadas, pensando positivo e cuidando também de si, do profissional que tanto cuida.

Música:”...é preciso saber viver ...”(Terapeuta).

(É preciso saber viver – Titãs)

“Fazer a sua parte e assim fazer a diferença” (Hortência).

“O que dá gás é pensar na questão do cuidado, cuidar de pessoas enquanto pessoas” (Lírio).

“Importância de ver mais novos com esperança” (Hibisco).

Observa-se uma fala, trazida no tema da formação, sendo ressaltada novamente no tema *cuidado*. O conteúdo de tal afirmação está ligado à ideia de que é adequado conhecer a Lei do SUS para maiores condições de lutar por justiça e cumprimento de seus preceitos, pois, como narra Lírio: “A política está presente, mas a prática é nossa. (ver se o sentido desejado é esse...)”

Participantes mencionam a necessidade de práticas multiprofissionais, interdisciplinares que enxerguem as singularidades e considerem a pessoa como um todo. Nesse contexto citam a importância do trabalho nas Estratégias de saúde da família. Uma fala que ilustra esse posicionamento é “O SUS é alento com o médico de família, que conhece a pessoa e ela passa a ter identidade e é reconhecido o humano. Faz com que não seja apenas um número” (Hibisco).

Percebe-se que, apesar das falas estarem carregadas de pontos negativos referentes às práticas do SUS, à medida que a conversa prossegue, os profissionais começam a deixar transparecerem suas implicações afetuosas através e pelo trabalho no cuidado. Eles apontam valorizações em suas práticas, enxergando pontos positivos, além de resgatar sua motivação.

Música: “...você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui... (Terapeuta).”

(A estrada - Cidade Negra)

A narrativa de Tulipa traz o relato de uma experiência positiva em sua formação, ao conhecer os dois lados dos SUS: “Meu professor me apresentou o SUS. Mostrou as dificuldades em determinados lugares, mas mostrou que existem lugares onde a política do SUS funciona e muito bem. Existe o lado bom e pude ver o SUS de outra forma, com humanização, amor e carinho pelas pessoas. Nunca vou me esquecer disto”. Margarida complementa, ainda: “Nem sempre dá pra unir a teoria com a prática, é preciso mostrar ao aluno a realidade, as possibilidades. Aprender sempre e buscar melhoras”.

O grupo de participantes passa, então, a citar a importância do acolhimento para além do SUS ou particular, destacando que o mais importante no cuidado é acolher a urgência e reconhecer que também existem lugares com humanização, ética e responsabilização no SUS. A partir daí surgem relatos que se complementam. Uns declaram o quanto é ruim a experiência de não ser bem acolhido, enquanto outros falam de profissionais que exercitam e acreditam na importância do acolhimento como forma de cuidado.

“Já fui maltratada por uma colega” (Lírio).

“Precisei dos serviços do SUS e senti dificuldades e falta de apoio” (Dália).

“Como usuária do SUS percebo que o acolhimento é fundamental para o tratamento”

(Jasmim).

“Falar de cuidado é falar do que eu faço, tratar as pessoas como gente e que muitas vezes é feita de ping pong” (Alfazema).

Outro fragmento trazido por Margarida ressalta: “Nem tudo é ping pong. O acolhimento no CAPS funciona, oferecendo diretrizes o mais rápido possível” (Margarida).

Outra narrativa sobre o cuidado evidencia que o profissional que tanto cuida, pode também adoecer. Essa fala reforça o que foi dito anteriormente, pois “O campo da saúde mental às vezes é difícil e devemos nos cuidar para acolher, nos aprimorar para um melhor acolhimento com empatia” (Hortência).

“Ter empatia, vendo o fundo da alma de cada pessoa sabendo que não existe receita pronta.”

(Alfazema).

Cuidado, segundo a fala de Margarida é: “Pensar na condição humana e nas nossas relações que devem ser mais sensíveis e acessíveis. Discutidas, essas relações devem ir além dos procedimentos e, sim, colocando nossa relação com o paciente e com a equipe numa frequente reflexão sobre como foi o dia e o que se deixa para a equipe do dia seguinte”.

Algumas narrativas passam a valorizar boas experiências como as do CAPS que parte de sua própria organização, o que consiste num exemplo de superação. Destacam que essa forma de trabalho normalmente não existe igual em outros locais. No CAPS acontecem reuniões de equipe, supervisão, espaços de discussão, união, estudos de caso, discussões sobre atitudes do dia, entre outras atividades. Normalmente a realidade é bem diferente fora dos CAPS, existindo até mesmo profissionais de fora trabalhando no território, fazendo plantões e indo embora sem conhecer realmente as pessoas da região. O que gera reflexão também sobre a importância de considerar a pessoa em seu território e contextos onde está inserido todo seu cotidiano.

“Em ambulatório os profissionais não se reúnem” (Cravo).

Esta fala de Cravo remete à reflexão sobre o trabalho solitário dos profissionais de ambulatório. A mesma fortalece, mais uma vez, a necessidade do cuidado de quem cuida, de possibilidades de escuta, de partilhas, de trocas. A partir daí, surgem relatos de recursos pessoais da ordem da condição humana, que emergem para dar conta das questões cotidianas, tais como se fechar, blindar, em atitude protetiva.

“Por isto importante acolher também o profissional e os problemas de relacionamentos interpessoais” (Margarida).

Fica expressa a importância do acolhimento e que as rodas de TCI se apresentam como espaço de promoção de fala e escuta coletiva, a favor do cuidado de si e do outro, integrando atores da formação e do cuidado, dialogando sobre suas diferentes interfaces, contextos e afetos em permanente construção. Confirma assim uma prática consonante com a política do SUS em prol da integralidade de atenção à saúde.

4.2.3- GESTÃO

Nesta categoria serão discutidos o Vértice do Quadrilátero relacionado a Gestão, sendo definidos três aspectos relacionados à Atenção Psicossocial.

Quadro 5- Gestão

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	FRAGMENTOS DE FALA NA TCI
Dar visibilidade à produção de saberes dos trabalhadores	<p>“A macro esfera pode não ver e não fazer mas aqui se faz e isto faz a diferença” ((Hortência).</p> <p>“A roda de TCI é genial fazendo a interligação no quadrilátero” (Jasmim).</p> <p>“Isto que estamos fazendo é formação: reuniões, rodas como esta. Aprendo mais no CAPS sobre Saúde Mental, do que na faculdade” (Girassol).</p> <p>“Esta roda é formação. Agora tudo online. Repercussões da roda, o que vem a partir daí, trocar figurinhas” (Girassol).</p> <p>“A participação dos estagiários na reunião de equipe é formação” (Violeta).</p> <p>“Muito importante estar aqui no CAPS como estagiária. Faz muita diferença para minha formação este estágio” (Girassol).</p> <p>“Ou fico estagnado e morro ou uso a utopia para me mover. Utopia é inalcançável mas nos move! (Hibisco)”</p>
Co-responsabilidades com a política do SUS.	<p>“Formação e trabalho, cada um é gestor do seu trabalho” (Hortência).</p> <p>“É uma cadeia e precisamos cumprir a função do cuidado com comprometimento ético” (Hibisco).</p> <p>“De que forma estamos compactuando?” (Cravo).</p>
Analisar os processos de trabalho corresponsabilizados (Gestão à partir de escuta-Cogestão).	<p>“Sem comprometimento de cada um com seu trabalho, eu posso atender bem, mas o outro não atende bem, e o paciente não é meu, é da rede” (Violeta).</p> <p>“Bom sentir-se valorizado e credibilizado pelo gestor e equipe em sua condição e tarefas como estagiário” (Girassol).</p>

Foi expresso, em alguns fragmentos, que gestores muitas vezes assumem cargos e desconhecem a política e necessidades dos serviços. Esse atores assumem posturas verticais com pouca valorização em um sistema hierarquizado e frio no âmbito do serviço público que visa mais o cumprimento de carga horária. Percebe-se assim, a necessidade de maior aproximação da política do SUS para intervir garantindo sua aplicação.

“Formação e trabalho, cada um é gestor do seu trabalho” (Jasmim).

Em outra narrativa, ouvimos que tudo depende de formação pessoal, do comprometimento ético e humano, fatores que trazem o diferencial. Agir de forma humanizada é utopia para algumas pessoas, mas é real para quem faz a diferença.

“A macro esfera pode não ver e não fazer, mas aqui se faz e isto faz a diferença.” (Hortência)

Música: “...eu acredito é na rapaziada...” (Alfazema).

(E vamos à luta - Gonzaguinha e Roberto Ribeiro)

Outros participantes contribuem falando da importância de lutar para garantir direitos, aceitando correr riscos e dando continuidade ao que é bom. Quem adere a esse tipo de postura faz sempre o que lhes cabe a favor da humanização em saúde.

Apesar de um dos participantes dizer não acreditar em gestão compartilhada, e sim em hierarquia, outro fragmento nos fala sobre não ser possível existir política pública sem comprometimento de todos.

As pessoas morrem com gestões ruins e desvios de verbas e não se vê interesse público priorizado. Quando só é visto o interesse pessoal perde-se oportunidade de cumprir a função, e é assim quando um gestor aceita cargo menor compactuando com cargos maiores. Surgem, deste modo, reflexões sobre a correlação *gestão e cuidado*, identificando que temos um povo passivo, acomodado, que não reclama por dignidade.

“É uma cadeia e precisamos cumprir a função do cuidado com comprometimento ético” (Hibisco).

“De que forma estamos compactuando?” (Cravo).

“Sem comprometimento de cada um com seu trabalho, eu posso atender bem, mas o outro não atende bem, e o paciente não é meu, é da rede” (Violeta).

Música: “...Isso me dá um tic tic nervoso, tic tic nervoso...” (Alfazema).

(Tic-Tic nervoso - César e Paulinho)

Assim, voltam a falar sobre a formação como sendo a base para um bom comprometimento com o trabalho e o cuidado.

Algumas narrativas reconhecem a TCI proporcionando momentos reflexivos entre estagiários, docentes e trabalhadores.

“A roda de TCI é genial fazendo a interligação no quadrilátero” (Jasmim).

“Isto que estamos fazendo é formação: reuniões, rodas como esta. Aprendo mais no CAPS sobre Saúde Mental, do que na faculdade” (Girassol).

“Esta roda é formação. Agora tudo *online*. Repercussões da roda, o que vem a partir daí, trocar figurinhas” (Girassol).

“A participação dos estagiários na reunião de equipe é formação” (Violeta).

“Muito importante estar aqui no CAPS como estagiária. Faz muita diferença para minha formação este estágio” (Girassol).

“Bom sentir-se valorizado e credibilizado pelo gestor e equipe em sua condição e tarefas como estagiário” (Girassol).

A fala dos estagiários, valorizando e agradecendo a oportunidade de estágio e contato com os profissionais do CAPS, suscita Hibisco a trazer uma reflexão ao grupo: “Ou fico estagnado e morro ou uso a utopia para me mover. Utopia é inalcançável, mas nos move!”

Música: “...se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel, num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu...” (Terapeuta).

(Aquarela - Toquinho e Vinícius de Moraes)

Percebe-se que o problema na gestão é um grande complicador, mas somente ater-se ao problema, não resolve e gera estagnação. Assim, nota-se que os participantes se detêm em fortalecer a capacidade de cuidar do outro e de si. A falta de credibilidade na gestão move o grupo a ampliar as narrativas a favor da formação integrada aliada a práticas de cuidado baseadas em sua capacidade de resiliência. Essa modalidade fortalece também a necessidade de maior implicação em ações a favor de melhoria do controle social.

Os relatos durante a TCI ratificam a importância da construção de vínculos entre trabalhadores e gestores da saúde, academia e usuários, de forma mais horizontal e corresponsabilizada.

4.2.4- CONTROLE SOCIAL

Nesta categoria serão discutidos o Vértice do Quadrilátero relacionado a Controle Social, sendo definidos três aspectos relacionados à Atenção Psicossocial.

Quadro 6- Controle Social

ATENÇÃO	FRAGMENTOS DE FALA NA TCI
Promover e valorizar o exercício do controle social, através da interlocução com setores da comunidade, de acordo com diretrizes do SUS	<p>“Assumir posturas com ação pessoal cidadã, tendo maiores iniciativas e acabando com os silêncios que não ajudam” (Jasmim).</p> <p>“Como cidadã, me indignar mais” (Jasmim).</p> <p>“Para fazer melhor preciso apoio de equipe, sair do eu e pedir apoio” (Margarida).</p> <p>“Pensamento crítico é comprometimento” (Jasmim).</p> <p>” Realizar mais rodas de terapia e reuniões com famílias” (Jasmim).</p> <p>“Até que ponto estamos motivados a ir ou dispostos a apontar erros e problemas, colocar o dedo na ferida e ser visto como aquele que está contra? Até onde vai a dificuldade em se expor para reivindicar direitos?” (Margarida).</p> <p>“Nós não conhecemos o Conselho e não nos implicamos” (Cravo).</p> <p>“Se um bairro está bom e outro fica bom, a cidade fica boa” (Violeta).</p> <p>“Não há formação horizontal para não permitir que haja domínio da população e das opiniões” (Jasmim).</p> <p>“Nesta roda percebemos como não sabemos sobre o conselho e que a formação inicial não nos permite conhecimento como cidadão, não fazemos formação cívica, não conhecemos a cidade” (Cravo).</p>
O lugar da família	<p>“Intensificar as participações comunitárias, junto aos bairros. Ter mais rodas de TCI para familiares e cuidadores pois quando nos reunimos, escutamos e falamos, acabamos ampliando a participação” (Violeta).</p>
Articulação de profissionais, gestores em saúde e usuários, participando ativamente para ampliar o cuidado e fortalecer rede de apoio social	<p>“O que eu posso fazer pela alma humana” (Alfazema).</p> <p>“Se não reformamos o sistema, as instituições, podemos reformar nós mesmos. Só depende de mim” (Lavanda).</p> <p>“A valorização profissional por parte dos usuários é o que mantém a “chama viva “nos estimulando a continuar”(Hibisco).</p> <p>“Não paralisar diante das dificuldades, através de comprometimento buscando novos caminhos com boa vontade, não se envolvendo só com o negativo. Exercitar a resiliência” (Bromélia).</p>

Dando continuidade, alguns participantes falam sobre os serviços como sendo pouco humanizados, apresentando falta de recursos para funcionamento, o que se evidencia não só pela carência de atendimentos profissionais e exames, como também pela ausência de repasse de verbas. Paralelo a estes déficits salientam sobre a postura de alguns profissionais que apresentam falta de iniciativa e ética e até mesmo negligência. Além disso, não há desejo de realizar um bom trabalho, de forma responsável. Esses dois pontos promovem a reflexão sobre o que é exigido do outro e o que é preciso assumir, sobre necessidade de se adotarem posturas de cidadania a favor de direitos e deveres. Dessa forma, cada um faz a sua parte com atitudes positivas de empatia e humanização.

“O que eu posso fazer pela alma humana” (Alfazema).

“Assumir posturas com ação pessoal cidadã, tendo maiores iniciativas e acabando com os silêncios que não ajudam” (Jasmim).

“Não paralisar diante das dificuldades, através de comprometimento buscando novos caminhos com boa vontade, não se envolvendo só com o negativo. Exercitar a resiliência” (Bromélia).

“Como cidadã, me indignar mais” (Jasmim).

Músicas: “...Vai amigo, não há perigo que hoje possa assustar, não se iluda que nada muda se você não mudar...” (Terapeuta).

(Companheiro- Maria Eugênia)

“... Mas é claro que o sol, vai voltar amanhã, mais uma vez, eu sei. Escuridão já vi pior...” (Alfazema).

(Mais uma vez- Renato Russo)

“A valorização profissional por parte dos usuários é o que mantém a “chama viva “nos estimulando a continuar” (Hibisco).

“Para fazer melhor preciso apoio de equipe, sair do eu e pedir apoio” (Margarida).

“Se não reformamos o sistema, as instituições, podemos reformar nós mesmos. Só depende de mim” (Lavanda).

Música: ...Depende de nós, que já foi ou ainda é criança, que acredita ou tem esperança...”

(Alfazema).

(Depende de nós- Ivan Lins)

Novamente é lembrado nas narrativas que o grande problema está relacionado à deficiência na formação, com interesse em que não se tenha pensamento crítico. A narrativa seguinte sugere superação e aprendizado da reivindicação. Ela ensina o jovem a conhecer, pesquisar e pensar na legislação do país, reconhecendo que a ação de cidadania é pautada em realidade e alcance de protagonismo.

“Pensamento crítico é comprometimento” (Jasmim).

É levantada, também, a importância da aproximação com a família, o que promove a possibilidade de tratamento no âmbito familiar. É sugerido, ainda, que seja incentivada a prática de atividades pedagógicas para debater temas com as famílias, educando, dessa forma, para saber resgatar a capacidade de cuidar de seu familiar. Com essa prática, aprende-se a lidar com a dor e garantia de direitos.

“Realizar mais rodas de terapia e reuniões com famílias” (Jasmim).

“Intensificar as participações comunitárias, junto aos bairros. Ter mais rodas de TCI para familiares e cuidadores, pois, quando nos reunimos, escutamos e falamos, acabamos ampliando a participação” (Violeta).

As narrativas mencionam o Conselho Municipal de Saúde que apresenta pouca representatividade popular e de trabalhadores da rede de saúde mental. Quando essa representatividade ocorre, é pequena e sem voz. Afirmam que a própria formação do conselho tem o secretário como representante, indicando pessoas de seu interesse para ser retrato de sua gestão. Nesse contexto, ocorrem frequentes brigas entre gestores e conselheiros, além de baixa resolutividade. A partir daí surgem alguns questionamentos:

“Até que ponto estamos motivados a ir ou dispostos a apontar erros e problemas, colocar o dedo na ferida e ser visto como aquele que está contra? Até onde vai a dificuldade em se expor para reivindicar direitos?” (Margarida).

“Nós não conhecemos o Conselho e não nos implicamos” (Cravo).

Música: “...Até quando você vai levando, porrada, porrada... (Alfazema).

(Até quando- Gabriel Pensador)

Como forma de superação, uma narrativa traz a importância de valorizar as Associações e Conselhos de bairros, pois cada um sabe as suas necessidades.

“Se um bairro está bom e outro fica bom, a cidade fica boa” (Violeta).

Novamente o item *formação* aparece. É o que ocorre no fragmento das falas de Jasmim e Cravo:

“Não há formação horizontal para não permitir que haja domínio da população e das opiniões” (Jasmim).

“Nesta roda percebemos como não sabemos sobre o conselho e que a formação inicial não nos permite conhecimento como cidadão, não fazemos formação cívica, não conhecemos a cidade” (Cravo).

As narrativas indicam a necessidade de maior comprometimento, trazendo a reflexão dos processos de formação como insipientes para o estímulo à participação social como exercício de cidadania.

Buscamos a seguir, condensar os fragmentos com relatos gerais do grupo de participantes sobre mecanismos de superação. Evidencia-se, por meio desses relatos, o que sentem e o que levam a partir da participação nas rodas:

Cuidar de si, fazer terapia, pensar positivo, motivação, aproveitar e valorizar as oportunidades, fazer a sua parte, reforma de si mesmo, gestão do próprio trabalho, empatia, valorizar trabalho em equipe, valorizar apoio, acreditar, ter fé, manter o estudo para além do que a faculdade oferece, ter iniciativas pessoais, manter atualização na teoria x prática, assumir as próprias responsabilidades, se indignar mais, ter empatia, cuidado pessoal, garantir direitos, pensar no micro e não somente no macro, trabalho humanizado, manter equilíbrio, necessidade de lutar, busca do melhor, fé no amanhã, sensibilidade, conhecimento, gente, presente, tolerância, lembrança, rever, flexibilizar, beleza, , tranquilidade, participação, solidão, satisfação, desacreditado quanto às políticas públicas, esperança, impotência, indignação, desolação, culpa, revolta, descrença, empatia , satisfação por fazer a diferença, fé, gratidão, amor, tranquilidade.

Ao final, o coterapeuta assume o encerramento das rodas e ao final da Roda 2 traz a Oração de São Francisco e todos terminam em total integração, com abraços coletivos.

Analisando os quadros acima, é possível perceber o quanto sobressaem nos fragmentos de fala, o tema da formação e do cuidado, mesmo quando exploramos a fala dos participantes a partir dos vértices da gestão e do controle social. Tal aspecto confirma a importância da escolha por dedicar maior estudo às áreas de formação e cuidado para fins desta pesquisa, sem minimizar a importância dos itens gestão e controle social os quais espera-se que sejam abordados de forma mais intensa em outras pesquisas que puderem surgir a partir desta.

V- O MESTRADO PROFISSIONAL E O PRODUTO: A TCI NA ARTICULAÇÃO TRABALHO-FORMAÇÃO

Teve-se como objetivo analisar a potência da TCI como produtora de novos arranjos do cuidado e da formação na Atenção Psicossocial. Seguiu-se o percurso trazendo os referenciais do Quadrilátero da Formação em Saúde, mostrando a eficácia de um trabalho com estreita relação entre a formação, gestão, cuidado e controle social. Dando sequência, fez-se a exposição de temas sobre a Reforma psiquiátrica, o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Saúde Mental trabalhando em rede com a Atenção Básica. Passou-se, então, a descrever a TCI identificando seu importante papel na produção do cuidado e fortalecimento das redes de apoio à Saúde Mental, em suas dimensões terapêutica e pedagógica.

Foram realizadas 2 (duas) Rodas de TCI nas quais resultados favoráveis foram alcançados, convergindo a favor dos objetivos propostos nesta pesquisa. As adaptações foram condizentes aos requisitos da pesquisa e os participantes identificaram a TCI como técnica eficaz de intervenção no processo de formação cotidiana das equipes de trabalho em prol do cuidado em Saúde Mental.

A análise dos resultados das Rodas mostra, através das narrativas, que os participantes compreendem a formação como base para uma boa estrutura de cuidado, gestão e controle social. Conforme os relatos sobre dificuldades na aplicação das políticas do SUS, tal aplicação deixa de ser vista como responsabilidade somente das gestões superiores e passa a ser considerada como tarefa de todos, inclusive da população que necessita maior atuação no controle social. Durante a execução das duas Rodas, no momento em que era trazido o tema específico referente a cada um dos vértices do quadrilátero, os participantes faziam constante relação entre os demais vértices, confirmando a potência do quadrilátero e seguindo o método do círculo da hermenêutica dialética. As narrativas contemplaram integralmente as categorias de análise sugeridas, o que traz muita gratificação diante do tema escolhido para esta pesquisa.

Em alguns fragmentos de fala dos participantes, a TCI é validada como recurso para cuidar das equipes e aprofundar um trabalho que possa ser visto como de autossupervisão, se é que possa definir desta forma. A TCI surge, para eles, como potencializadora do trabalho participativo e de cumplicidade entre equipes, favorecendo a interlocução dos vértices do quadrilátero da formação em saúde e promovendo partilhas organizadas e pontuais entre atores da formação, gestão, cuidado e controle social.

Assim, a experiência obteve êxito e o uso da TCI como ferramenta possibilitou o contato não hierarquizado e humanizado, quebrando barreiras e resistências típicas. Portanto, a Terapia Comunitária Integrativa, enquanto metodologia promotora de redes sociais solidárias, confirma-se como ferramenta de política pública para a transformação social. A alta resolutividade, o empoderamento das pessoas e a busca de soluções participativas a tornam estratégia adequada às mais diversas e complexas demandas presentes no contexto da formação e do cuidado em saúde.

O modelo da TCI, enquanto instrumento de atuação, mudou paradigmas na medida em que os participantes se posicionaram como articuladores e mediadores. Com isso, viabilizou-se a construção de um ambiente de confiança e autonomia para que o grupo pudesse identificar suas inquietações e encontrar superações.

Por conseguinte, a TCI se apresentou como ferramenta adequada para ressignificar processos de cuidado e formação, ao criar espaços democráticos, participativos e viabilizar a construção de redes sociais solidárias entre as equipes. Como consequência, promoveu a transformação social e a co-responsabilização, a sustentabilidade do bem estar bio-psico-social. Revelou-se ainda, como instrumento importante de mediação na relação entre o CAPS, a academia, a comunidade, a rede de atenção à saúde e o poder público, promovendo a construção de parcerias de trabalho mais fortalecidas.

Portanto, levou a pesquisadora à criação de um novo recurso metodológico de pesquisa que denominamos de Terapia Comunitária Integrativa: um processo hermenêutico-dialético que está direcionado em duas vertentes: a primeira diz respeito à própria metodologia de pesquisa, através da qual divulgamos nosso trabalho; a outra contribuição relaciona-se ao próprio resultado do objeto de pesquisa, como delineamento das Rodas de TCI enquanto integrante de recursos complementares a favor do trabalho em rede. Nesse sentido, a TCI contribui não só para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental, como também dos processos de formação e trabalho.

Sendo assim, pode-se perceber que a pesquisa alcança seu objetivo, evidenciando a potência da TCI no contexto da formação e do cuidado, conforme Barreto (2008) cita seguindo como um de seus pilares a pedagogia de Paulo Freire. Essa visão pedagógica tem seus vários aspectos entre os quais pode-se mencionar: a contextualização, a problematização, o caráter dialógico da construção do conhecimento com a noção de que somos todos detentores de saberes (científicos e populares) e visões de mundo.

A TCI revela-se como dispositivo de aproximação de atores e sujeitos para que durante suas práticas discutam formação e cuidado de forma mais integral e horizontal.

A TCI gera, portanto, uma seara de possibilidades de aprendizagem e construções coletivas a partir da integração entre a academia, trabalhadores e usuários do serviço de saúde. Essa troca de experiência de saberes diversos possibilita maior resiliência frente às adversidades e obstáculos que cada um enfrenta, seja trabalhador, usuário ou estagiário que se encontra na tarefa diária de cuidar e ser cuidado.

VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de realizar a TCI em paralelo ao método do círculo hermenêutico-dialético e o método de análise hermenêutica-dialética proporcionou, com segurança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades surgidas ao longo da coleta e análise dos dados. Foi,

sem dúvida, um grande desafio, que, a princípio, gerou insegurança e incerteza. Entretanto, ao longo do processo, a aplicabilidade da TCI demonstrou sua força, sobretudo pelos depoimentos dos participantes. O aprofundamento se deu por meio da dinâmica das falas.

Nessa direção, optou-se por trabalhar o sujeito de pesquisa através de implicações de ordem histórica, sociocultural, política e educacional. O objetivo, com tal direcionamento, era que houvesse a possibilidade de vivenciar uma experiência no contexto onde os atores de nossa pesquisa exercem suas atividades.

Finalmente, graças às conexões estabelecidas entre as análises, os referenciais teóricos e a colaboração dos apoiadores da pesquisa na categorização de dados, foi possível a conclusão do estudo com um resultado coerente e o mais próximo possível da realidade estudada.

Reafirma-se a motivação da pesquisadora para o presente estudo. A insatisfação diante do contexto do trabalho incentiva a construção de novas atitudes e a busca de conhecimento para realizar atividades alternativas e/ou complementares que possam modificar e agregar valor à prática diária laborativa. Assim, a sincronicidade possibilitou o conhecimento da TCI, trazendo a oportunidade de um trabalho intenso pessoal, a partir do curso de formação que visa, além de ensinar a técnica, trabalhar a pessoa do terapeuta de forma vivencial. A TCI surge como técnica potente de trabalho em grupo e seduz pela sua simplicidade e horizontalidade, ao mesmo tempo pela seriedade e profundidade de alcance terapêutico para trabalhar o sofrimento.

É perceptível, durante a prática de mais de 30 anos como Terapeuta Ocupacional e há aproximadamente 10 anos utilizando a TCI, uma dificuldade inicial das pessoas aceitarem participar de atividades grupais. No entanto, após experimentar a TCI a maioria dos participantes reconhece seu valor e convida novos integrantes para a atividade semanal. Percebe-se, ainda, maior resistência por parte de muitos profissionais, principalmente de nível superior, que apresentam dificuldade em validar o recurso da TCI. Notam-se equipes com seus olhares críticos, ceticistas e reducionistas, com medo de se expor, com receio da horizontalidade diante de questão básica que permeia todo o ser humano — o sofrimento — e a necessidade de lidar com as emoções. Posturas hierarquizadas, conservadoras e de pouca valorização quanto a práticas inovadoras são observadas, ainda.

Tais comportamentos são compreensíveis quando os processos de formação e cultural dos sujeitos são analisados. Ressalta-se que a crítica aqui feita não tem a condição de julgamento e, sim, objetiva a problematização de novos arranjos para o trabalho.

Compreende-se, pois, que todo comportamento requer tempo para a assimilação e adaptação ao novo, tal como se apresenta a TCI.

Nesse contexto, vivenciam-se mudanças nesse cenário. Essa evolução ocorre a partir da persistência dos terapeutas comunitários, o estímulo e valorização por parte dos participantes e a inclusão da TCI nas políticas públicas. Destaca-se que a credibilidade passou a ser construída a partir, principalmente, dos resultados obtidos. A presente pesquisa vem confirmar também esse aspecto, evidenciado pela valorização por parte dos profissionais e da crescente sugestão de ampliação da prática de TCI nas instâncias de trabalho e formação municipais onde a pesquisa foi desenvolvida.

A Atenção psicossocial e os serviços de saúde mental são caracterizados principalmente pelas relações de grupo e, dentre essas, as relações de equipe. No entanto, percebe-se, muitas vezes, que profissionais totalmente desarticulados, com comportamentos individualistas e nem sempre éticos, reproduzem loucuras manicomiais nos CAPS, sendo esses, portanto, pouco favoráveis à boa condução da reforma psiquiátrica. Somado a isso, diversas questões contribuem para o estresse e descontentamento no que diz respeito aos recursos humanos que sofrem consequências de bases trabalhistas desfavoráveis. As condições estruturais dos serviços são inadequadas, somadas à falta de apoio de gestores.

O curso de mestrado proporcionou a identificação de que a problematização desafia a buscar novas iniciativas, a criar diante da crise. Essa forma de reflexão é confirmada nas narrativas dos participantes das duas (2) Rodas de TCI realizadas nesta pesquisa ao evidenciarem diversas formas de superação. Assim, é fundamental ter um novo olhar diante dos problemas que chegam na forma de conflitos, mas que constituem possibilidades, restando a cada um decidir por somente sofrer ou crescer com o sofrimento. É importante registrar que, quando esses conflitos são diluídos no grupo, tudo se torna mais fácil, mais leve e, como dizemos na TCI: “Quando a boca cala, os órgãos falam e quando a boca fala, os órgãos saram.”

A implicação da participação do aluno e supervisor de diversas formações e universidades tanto públicas quanto privadas, na rede de atenção à saúde vem trazendo um novo questionamento entre os trabalhadores. Vale pensar na responsabilidade das instituições de saúde, recebendo os estagiários e tentando não passar somente o cansaço e desânimo, adquiridos nas práticas, mas mostrando as boas iniciativas e bons resultados.

Os estagiários e supervisores, em contato com os serviços e seus profissionais, experimentam e contribuem com o trabalho interdisciplinar do CAPS, num movimento

hermenêutico dialético de motivação entre equipes, com partilhas de diferentes perspectivas de atuação. Esse processo acontece numa constante atualização de práticas a favor do cuidado e da formação de profissionais mais sensibilizados às práticas humanizadas aos portadores de transtorno psíquico, pensando o humano como ser de relacionamento, estimulando vínculos positivos, promovendo a autoestima, construindo na relação com o outro, estabelecendo redes de pertinência, criando ambiência interna e no espaço físico. Além disso, incentiva-se ao ato de pensar coletivamente, compreender, aceitar e tratar bem o outro. Essa é uma vertente semelhante à que defende o amor ao próximo.

Por meio da aplicação da reforma abordada na presente pesquisa, pessoas, antes vistas como frágeis psicóticos, neuróticos, apresentam-se como “gigantes”, somando papéis, ora por necessidades de cuidados, ora sendo cuidadores. Esses atores transmitem força para levar adiante o trabalho a que se propõe. Observam-se seres humanos pedindo algo simples como a continuidade das atividades dos CAPS e a possibilidade de realização de oficinas terapêuticas no local onde estão habituados a trabalhar suas questões psíquicas. Dessa forma, fica evidente a importância de que forças se unam a favor do cuidado e da formação, tendo a TCI como instrumento de rico valor grupal, acolhedor e expressivo, que estimula a valorização do potencial humano de produzir superações diante do sofrimento. Não se pode deixar sequestrar pelo problema, considerando que os conflitos têm faces ricas e devem ser vistos como aprendizado interior de cada homem e sua comunidade.

Portanto, a TCI encoraja a expressão das emoções autênticas, genuínas (medo, alegria, raiva, tristeza e ansiedade), sem supervalorizar os sentimentos, mas aprendendo a ser a mudança que se quer ver.

O CAPS convoca a estar sempre num processo de ensino-aprendizagem, fazendo trocas de saberes científicos (acadêmicos) e populares (culturais, vivências). Ele possibilita a colheita e o acolhimento, despindo os sujeitos de pretensos saberes. À TCI cabe auxiliar na compreensão da complexidade do pensamento do esquizofrênico, bem como de sua dificuldade na relação com o EU. Em muitas vezes, há um rompimento com a realidade, precisando, assim, ser estimulado a uma constante “reforma de pensamento”, como diria Morin (2003), para se manter conectado à realidade e ao cotidiano da vida de relação e pertencimento no mundo. A TCI se apresenta como forma de construção de redes sociais nas quais as pessoas podem ir recuperando o sentido da vida. Ela é vista, também, como lugar de encontro num ambiente acolhedor de trocas e partilhas, escuta e fala.

A partir deste trabalho, é possível trazer como proposta para os que fazem TCI que vale a pena acreditar nas Rodas de TCI temáticas. Elas têm o potencial, ainda, de se ampliar cada vez mais em termos de aplicabilidade. Possui objetivos intrínsecos e não somente os que são trazidos espontaneamente pelos participantes.

Para os que recebem os estagiários vale a pena dar continuidade ao convívio de forma o mais horizontal possível, fazendo interseção dos saberes acadêmicos, profissionais e populares, como bem preconiza a TCI. Barreto (2007) traz a questão pedagógica através de Freire e que se confirma através das partilhas na TCI, promovendo trocas relacionais inter e intrapessoais.

Como afirma CAMPOS (2013), vivemos um fluxo maluco e contraditório, com destruição de valores e pensamentos construídos e é prudente recusar tanto a passividade dos que aderem à onda, quanto a paranóia dos que se fecham em dogmas e seitas. Por outro lado, não há como fugir ao contexto deste novo século ou período pós-moderno, no qual aceitam-se com mais facilidade culturas, experiências e saberes distintos, compreendendo que todo fenômeno é complexo; todo conceito polissêmico; e todo campo de saber, interdisciplinar. Então, melhor absorver todas essas influências de forma analítica.

É possível acreditar que o caminho da formação e do cuidado seja o processo implicado de todos e de cada um, nos quais posturas autoritárias, hierárquicas e burocráticas não produzem vínculo ou sentido para o bem comum. Necessário se faz que profissionais sejam cogestores de seu trabalho e usuários cogestores de seu tratamento, em conformidade com o que é previsto pelo SUS, a favor de tratamento digno, diante das dificuldades, demandas e urgências.

De acordo com o que foi posto, o resultado final desse estudo demonstrou a potência da TCI como técnica de grupo focal eficaz. Traz como proposta a ampliação de sua aplicabilidade na prática do cuidado, fortalecendo a integração entre a academia e os serviços de saúde e saúde mental, apoiados pelo trabalho em rede e de bases territoriais comunitárias, em cooperação de gestores e através do fortalecimento do controle social. Dessa forma, reitera-se a potência da TCI integrada à proposta do quadrilátero da formação em saúde.

Torna-se importante destacar, ainda, as limitações inerentes ao estudo. Logo, sugere-se que estudos seguintes venham somar resultados ao tema da pesquisa.

Comunicar o que foi descoberto, estimular outros a fazerem novas descobertas e indicar alguns caminhos de busca, é o mínimo que se pode fazer. Portanto, a pesquisa se encerra com enorme alegria e gratidão por parte da pesquisadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 136 p.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: 2008, Fiocruz, 120 p.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO I. C. H. C; BARRETO A. P; OLIVEIRA M. V. **O SUS e a terapia comunitária**. Ministério da Saúde, Fortaleza, 2008.
- ARARUNA M.H.M. et al. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33-41, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15679/15554>>. Acesso em: mar. 2016.
- AYRES M. C. R. J. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3>>. Acesso em: mar. 2016.
- AYRES, M. C. R. J. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 375-417.
- AYRES, M. C. R. J. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p.
- DE AZEVEDO B. E. et al. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2013.
- BAKMAN, G; RIVALTA, M. B; BARRETO, A. A trajetória da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**– ano XII –Familiae, Multiversa e Noos, Rio de Janeiro, n. 22., dez. 2010.
- BARRETO, A. As dores da alma dos excluídos do Brasil. In: GRANDESSO, M; BARRETO, R. M. (Org.). **Terapia Comunitária – Tecendo Redes para a Transformação Social, Saúde, Educação e Políticas Públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- BARRETO, A. **Terapia Comunitária Integrativa Passo a Passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- BARRETO, A.; OLIVEIRA, I.C. de H.C.; BARRETO M.P.A. **A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, Ministério da Saúde, Fortaleza, 2011.

- BARRETO, A. Introdução. In: CAMAROTTI, H; FREIRE, T; BARRETO, A.(Orgs.). **A Terapia Comunitária Integrativa no Cuidado com a Saúde Mental**. Brasília: Kiron, 2013.
- BARROS, R.B.B. Subjetividades contemporâneas, dispositivo grupal e saúde mental. In: CARVALHO, S. R. et al. (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- BEVILAQUA C. B. Ética e planos de regulamentação da pesquisa: princípios gerais, procedimentos contextuais. In: FLEISCHER S; SHUCH P.(Orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Vivas, 2010. p.71-90.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada – Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA Jr. B; AMANRANTE P. (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992. p. 71-90.
- BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 7ªed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BONDÍA J. L. Notas sobre a experiência e o saber de Experiência. Traduzido por João Wanderley Geraldi. Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Linguística. **Revista Brasileira de Educação**. Universidade de Barcelona, Espanha, n.19, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>> Acesso em: mar. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **PEDAGOGIA - Psicologia e Educação II**. Abordagens sócio-históricas transdisciplinares em Psicologia da Educação. Ilhéus, BA: UAB/UESC, mod. 3, v. 4, 224p, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DAPE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: mar. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- DAPE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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. OPAS. Brasília: novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PRÓ-SAÚDE: **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 87p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 86 p. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. **LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- SAS- DAB. **Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS**. PORTARIA Nº 404, DE 15 DE ABRIL DE 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- SAS- DAB. **Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica**. PORTARIA MS 145/2017 DE 11 DE JANEIRO DE 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE- SAS- DAB. **Inclui novas práticas Integrativas e Complementares (PICS) ao SUS**. Portaria MS 849 de 27/03/2017.

CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T. C. G. P; BARRETO, A. **Terapia Comunitária Integrativa Sem Fronteiras - Compreendendo suas interfaces e aplicações**. Brasília: MISMEC-DF, 2011.

CAMPOS, G.W.S. Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 14, v. 4, p. 863-70, 1998. Disponível em:

<[http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-](http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Anti-Taylor_Gastao.pdf)

[politicas/ARQUIVOS%20PDF/Anti-Taylor_Gastao.pdf](http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/Anti-Taylor_Gastao.pdf)>. Acesso em: mar. 2016.

_____**Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Tratado de saúde coletiva, Hucitec e Fiocruz, 2ª ed., p. 41- 80, 2009.

_____**Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec. 2000.

_____**Saúde Paidéia.** São Paulo: Saúde em Debate, Hucitec, 4ª ed., p.150, 2013.

CARVALHO Y. M; CECCIM R.B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Tratado de saúde coletiva, Hucitec e Fiocruz, 2ª ed., p.137- 170, 2009.

CECCIM B. R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.**Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro,v. 10, n.4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

CECCIM, B. R; FEUERWERKER, M. C. L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.**Revista Saúde Coletiva.**Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: mar. 2016.

_____**Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004.

CECCIM R.B; FERLA A.A. **Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456,2009.

CECÍLIO, O. C. L. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v.11, n.22, p. 345-351,2007.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012>.

Acesso em: mar. 2016.

CUNHA G. T; CAMPOS G. W. de 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.

CUNHA G. T; DANTAS D.V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT PAIDEIA.In:**Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/ FCM), da Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a

Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde. Apresentação: Gastão Wagner de Sousa Campos e André Vinicius Pires Guerrero. 2007

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, v. 35 p. 80 – 84, 1992.

FERREIRA FILHA, M. O; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 232-239.

FLICK U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAMA C., ONOCKO CAMPOS. Saúde Mental na Atenção Básica. In: **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/ FCM), da Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde. Apresentação: Gastão Wagner de Sousa Campos e André Vinicius Pires Guerrero. 2007.

GIFFONI, F. A. O. **Saber ser, saber Fazer: Terapia Comunitária Integrativa, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia**. Doutorado (tese de doutorado em educação brasileira). Programa de Pós-Graduação em educação brasileira. Linha de 136 pesquisa: movimentos sociais, educação popular e escola. UFC, Faculdade de Educação. Fortaleza, CE, 2008.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde Instituto Sírio-libanês de ensino e pesquisa**. 2014.

GRANDESSO, M. Terapia Comunitária Integrativa: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e rede. **Revista brasileira de família e comunidade**. Florianópolis, v. 1, n.2, p. 113 – 205, 2005.

GOOD B. J. **Medicina, racionalidade y experiência: uma perspectiva antropológica**. Barcelona: Bellaterra, 2003.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GUBA, E.S. & LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HABERNAS J. **Teoria de La Acción Comunicativa**. Madri: Taurus, 1998.

_____ **Verdade e Justificação**. São Paulo: Loyola, 2004.

- HORTA, A.L. M; CALDEIRA, N.H. Terapia Comunitária Integrativa: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta paulista enfermagem**. vol.24, n.2, p. 165-171, 2011.
- HUBERMAN, A. M; MILLES, M.B. **Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes**. Belgique: De Boeck Université, 1991.
- JATAIL J. M; SILVA L.M.S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**. Brasília v. 65, n.4, p. 691-5, 2012.
- LANCETTI A; AMARANTE P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Tratado de saúde coletiva, Hucitec e Fiocruz, 2^a ed., p. 615- 634, 2009.
- LAPLANTINE F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- LUTTERBACH, M. G. C; SILVA, B. C. C. A Saúde Mental Como Campo de Atuação da Terapia Comunitária Integrativa: Uma Contribuição aos Centros de Atenção Psicossociais. In: CAMAROTTI H. M; FREIRE T; BARRETO A. **A Terapia Comunitária Integrativa no Cuidado da Saúde Mental**. Brasília, Kiron, cap. 4, p. 73, 2013.
- MADUREIRA, A. F. A; BRANCO, A. U. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. **Temas em psicol**. São Paulo, vol. 9, n. 1, p. 63-75, 2001.
- MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W.F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.
- MARTINS, F. L. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciê. Saúde Coletiva**. Juiz de Fora, v.19, n. 12, p. 4939-4750, 2014. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/01/artigo12_01_2015.pdf>. Acesso em: mar. 2016.
- MENDES E. V. “**Agora mais que nunca**” Uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte, mar.2009.
- MENDONÇA, M.E. **Abordagem comunitária: terapia comunitária**. In: GUSSO, G, 2012.
- MERHY, E. E. “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.71-112, 1997.

_____ “A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: Campos et al. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. São Paulo, Xamã, p. 103-120, 1998.

_____ Um Ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor da saúde. **Interface- comunicação, saúde, educação**. v. 6, p. 109-116, 2000.

_____ **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

_____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.

_____ Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 621-6, 2012.

MOREIRA, A. F. B; SILVA, T. T. **Currículo, Cultura e Sociedade**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MORIN, E. **1921-A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NEDER, C. R; PINHEIRO, S.A. **Terapia Comunitária em ambulatórios universitários**. O mundo da saúde. São Paulo, v. 34(4). p. 520-525, 2010.

NETO O. C; MOREIRA M. R; SUCENA L.F.M. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

NÓVOA A. **Palestra: Desafios do trabalho do professor no mundo contemporâneo**. Sindicato dos professores de São Paulo, SINPRO. São Paulo, 2010.

OLIVEIRA A. M. F; CAMPOS G. W. de S; JUNIOR OLIVEIRA J. F; FIGUEIREDO M. D. **Espirais D'Ascenso: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda**. In **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/ FCM), da Universidade Estadual de Campinas, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde. Apresentação: Gastão Wagner de Sousa Campos e André Vinicius Pires Guerrero. 2007

- OLIVEIRA M. M. Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces Brasil/Canadá**. Porto Alegre, v. 1, n.1, 2001.
- ONOCKO C. R. T; CAMPOS G. W. S. **Co-Construção de Autonomia: O Sujeito em Questão**. São Paulo-Rio de Janeiro: Tratado de saúde coletiva, Hucitec e Fiocruz, 2ªed., p. 669-88, 2009.
- ONOCKO C. R. et al. Pesquisa avaliativa da rede Caps de Campinas: entre a saúde mental e a saúde coletiva. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 232-242, 2005.
- PERRENOUD P. **Ensinar: Agir na urgência, decidir na incerteza**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- PETRINI, H. “Saber Cuidar” na TC; o reencantar do humano a luz da música. In:SOUZA, M.O. (Org.) **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010.
- RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.
- RIOS T. A. A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte , v. 12, n. 19, p. 80-86, 2006.
- RIVALTA, M.C.B; ALMEIDA, F.A.R. **José Airtón Barreto, a vida em diálogos**. Ceará: Pádua Gráfica, 2011.
- ROCHA, I. A et al. A Terapia Comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.62, n.5, p.687-94, 2009.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu - SP, v. 17, p. 211-218, 2013.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G; KOIFMAN, L; SILVA JUNIOR, A. G. da. **“Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa”**. Editora: CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 175-187, 2014.
- SANTOS P. R. M, SANTOS P. R. M.; CERENCOVICH E.; ARAÚJO L.F.S.; BELLATO R. ; MARUYAMA S. A. T. et al. Ética em Pesquisa e a Terapia Comunitária Integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, n. spe2,p.155-161, 2014.
- SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Revisão Técnica: Ana Maria Fernandes Pitta. Belo Horizonte: Te Corá, 1999. 176p.
- SCHUTZ A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

SILVA, J. B; SILVA, P. M. C; GARCIA, G. S; COSTA, R.A.S. **Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa**.2012.

SOUZA G. M. L; SOUZA G.M.L.; SILVA P. M.de C.; AZEVEDO E.B.; FILHA M.O. F.; SILVA V.C. L.; ESPINOLA L. L. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 4, p.682-8, 2011.

SOUZA M.O. Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores: descobrindo competências e promovendo prevenção de saúde mental através da Terapia Comunitária. In. SOUZA, M.O. (Org.). **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010.

SOUZA W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 933-39, 2001.

TEIXEIRA R.R. **Estudo sobre a técnica e a saúde**. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

ZEFERINO, M.T; RODRIGUES, J; ASSIS, J. T. **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2014. 101 p.

Anexo 1: Etapas da TCI

01- Acolhimento

- Dar as boas vindas com música e gestos;
- Perguntar quem veio pela primeira vez, levantar a mão, se apresentar;
- Cantar uma música de boas vindas;
- Aniversariante do mês. Cantar *parabéns a você*;
- Devemos lembrar também dos familiares que não estão presentes, ampliando a rede de vínculo e apoio;
- Explicar o que é TERAPIA COMUNITÁRIA, usando Provérbios;
 - QUANDO A BOCA CALA OS ÓRGÃOS FALAM;
 - O QUE EU GUARDO AZEDA, O QUE AZEDA ESTRAGA, O QUE ESTRAGA ESTOURA E O QUE ESTOURA FEDE.
 - DEUS AJUDA O HOMEM ATRAVÉS DO HOMEM
- A TCI é um espaço de partilha, para falar dos nossos sentimentos, do que tira o sono e também podemos partilhar nossa experiência de vida, fortalecer nossa autoestima e, encontrarmos juntos, uma saída para nossos sofrimentos;
- Agradecer quem trouxe o lanche, e combinar quem vai trazer na próxima semana.
- Por que silêncio? Em sinal de respeito, para poder ouvir o outro. Compreender melhor, para tirar lições;
- Jamais julgar alguém;
- Não dar conselhos para as pessoas;
- Falar da própria experiência, usando a palavra “EU” e não “a gente” ou “nós” ou “o pessoal” etc.
- Não falar demais;
- Usar cantos, músicas, refrões curtos que se relacionam com o que a pessoa está dizendo ou sofrendo, usando instrumentos musicais, se houver;
- Respeitar a história de cada pessoa e não comentar sobre o que é falado na roda da TC; Ao participarmos da TC temos a chance de criarmos amizades, melhorar nossos laços afetivos, a autoestima.
- Dinâmica Interativa:
- Realizar uma dinâmica interativa com gestos, música e movimento para descontrair e quebrar o gelo entre os participantes;
- Agora eu vou passar a palavra para fulano que vai conduzir a NOSSA RODA;
- Até aqui é o acolhimento;

02- Escolha do Tema:

- Chegou a hora de falar sobre aquilo que tira meu sono, que me dá uma agonia, me deixa triste e desanimado;

- Pedir para as pessoas presentes colocarem seus sofrimentos, angústia, tristeza vivenciada na própria vida.
 - Realizar a identificação dos temas;
 - Fazer a votação junto com todos os presentes
- Obs. Mesmo que haja problema semelhante, todos devem ir para votação, porque a pessoa traz o seu SOFRIMENTO e não um TEMA.

03- Contextualização

- Transformar sensação em emoção;
- A pessoa explica o problema e os que quiserem, podem fazer perguntas para entender melhor o sofrimento.

04- Problematização:

- LANÇAR O MOTE;
 - Quem já viveu algo parecido e o que fez para superar?
 - Quem conseguiu transformar o seu sofrimento em força? Transformar o negativo em positivo?

05- Rituais de Agregação e Conotação Positiva(+- 20 minutos):

- Dizer o que aprendeu: EU VOU LEVANDO...—
- Um abraçado no outro, ombro a ombro, em círculo, uma corrente de apoio.
- —Ressaltar o lado positivo permitindo que o grupo possa refletir, aprender e se prevenir.
- —Reforçar a autoestima.

06- Apreciação da TC e Providências para a Próxima Semana:

- —Avaliar como foi a TC, o mote, as perguntas etc.
- —Preencher a ficha de acompanhamento.
- —Providencias para a próxima semana.

(BARRETO, 2008)

Anexo 2: Organização das Informações da TCI

INTEGRANTES DA EQUIPE			
NOME		Etapa da Terapia Comunitária desenvolvida	
1-		() Acolhimento	
2-		() Desenvolvimento da TC	
3-		() Encerramento	
Localização			
Endereço do Local da TC		Data	Horário
Participantes na Terapia Comunitária			
Nº total de participantes	Faixa etária	Quantitativo	Nº total de participantes novatos
	> 12 anos a 18 anos		
	18 a 45 anos		
	45 a 60 anos		
	+ de 60 anos		
Temas /Mote / Marque o tema escolhido			
TEMAS APRESENTADOS			MOTE
VOTOS			
1- ()			
2- ()			
3- ()			
4- ()			
5- ()			
6- ()			
Estratégias de Enfrentamento			
1-			
2-			
3-			
4-			
5- Bagagem – O que os participantes levam da TC			

(BARRETO, 2008)

Anexo 3: Apreciação das Rodas de TCI

ETAPAS	Como foi desenvolvido?				Como podemos aprimorar?
	Assinale abaixo e justifique:				Enumere abaixo:
1.Acolhimento	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
1.1.Dar as boas vindas					
1.2.Definição da TC					
1.3.Regras					
1.4.Celebrações: aniversários...					
1.5.Dinâmica de aquecimento					
1.6.Apresentação do tema que vai dar continuidade ao trabalho					
2. Escolha do tema	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
2.1.Palavra do terapeuta comunitário					
2.2.Apresentação dos temas e capacidade de síntese					
2.3.identificação do grupo com os temas apresentados					
2.4.Votação					
2.5.Agradecimento					
3. Contextualização	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
a)Informações/questionamentos sobre o tema escolhido					
b)Construção do mote					
4.Problematização	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
a)Lançamento do mote					
5. Encerramento (rituais de agregação)	Excelente	Bom	Regular	Ruim	
a)Formação da roda					
b)Conotação positiva					

(BARRETO, 2008)

Anexo 4: TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM *AURORA DE AFONSO COSTA*
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE:

FORMAÇÃO DOCENTE INTERDISCIPLINAR PARA O SUS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Título do Projeto:**

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) E A
OPERACIONALIZAÇÃO DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO
NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Parecer de aprovação no CEP

Pesquisador Responsável pelo Projeto:

Aluna de mestrado: Marise Gama Corrêa Lutterbach

Orientador: Prof. Dr. Gilson Saippa de Oliveira

Contato: (22) 981268996

Email: marisegcl@gmail.com

Endereço Institucional dos Pesquisadores:

Universidade Federal Fluminense – UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, R.
Dr. Celestino, 74, Niterói - Centro Niterói-RJ. Tel: 21- 26299483

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa em que o Pesquisador Registrou o Projeto de Pesquisa:

Universidade Federal Fluminense –FOUFF- Rua Dr. Silvio Henrique Braune, nº 22, Centro Nova Friburgo-RJ – Tel: 22- 25287168 / 22- 25287166 <http://www.ceppunf.uff.br/>

Participante da Pesquisa, _____

Idade: _____ R.G _____ Tel contato: _____

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e a Operacionalização do Quadrilátero da Formação Na Atenção Psicossocial** que pretende abordar os precedentes da saúde mental de acordo com as diretrizes da política pública no SUS; a relação da universidade com o Centro de Atenção Psicossocial; a Terapia Comunitária Integrativa como recurso de tecnologia social.

Informa-se ainda que:

- 1) O(a) Sr.(a) tem o direito de analisar se quer ou não participar desse estudo e que será garantido o tempo suficiente para que decida autonomamente se deseja ou não participar e que em caso de dúvidas, será garantido e informado o seu direito de consultar pessoas de sua confiança para após isso dar o seu consentimento;

- 2) O(a) Sr.(a) receberá respostas ou esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, ainda que isto possa afetar a sua vontade de continuar dela participando;
- 3) A participação não gera ônus financeiro para o participante;
- 4) O(a) Sr.(a) terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa;
- 5) Observar que o estudo não apresenta riscos significativos, podendo ocorrer algum desconforto ao longo da aplicação de (1) uma a (3) três Rodas de TCI com duração média de 1:30h, com 30 (trinta) dias de intervalo entre cada uma, no período de agosto a outubro de 2016 e que ao longo deste processo será tomado o devido cuidado para que o (a) Sr.(a) tenha assegurado o direito de interrompe-las, sugerir pausas, afim de garantir que se sinta confortável na condição de participante da pesquisa;
- 6) A interpretação das informações aqui levantadas, tendo como base a metodologia qualitativa, busca demonstrar a potência da Terapia Comunitária Integrativa enquanto dispositivo de operacionalização do quadrilátero da formação em saúde (gestão, formação, cuidado e controle social), ampliando assim, os espaços de cooperação entre trabalhadores, gestores e supervisores que compartilham processos de formação e do cuidado no espaço da atenção psicossocial.
- 7) Além dos objetivos definidos, esta pesquisa será utilizada para fins pedagógicos e acadêmicos respeitando os preceitos éticos definidos pela Resolução 466/2012, como garantia inequívoca de que durante e após este estudo sua identidade não seja exposta.
- 8) Teremos como benefícios indiretos, a ampliação do conjunto de informações disponíveis sobre a potência da TCI junto ao Centro de Atenção Psicossocial como recurso a favor da qualidade de vida buscando agregar valor à consolidação das redes e ressignificação dos processos de trabalho e formação.
- 9) Os resultados serão divulgados por meio de Periódicos Científicos, Anais de Congressos Científicos, Trabalhos de Conclusão de Mestrado e Livros Impressos e Eletrônicos e que neles se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade;
- 10) Que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- 11) Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre quaisquer momentos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP FOUFF)

do Campus Universitário de Nova Friburgo, pela internet: <http://www.ceppunf.uff.br/> ou no telefone (22) 25287168.

12) Informamos também que o registro das narrativas produzidos nas rodas de TCI ficará de posse da pesquisadora durante (3) três anos e após este período será descartado.

Após ser informado declaro que:

() foi garantido o tempo suficiente e a possibilidade de consulta a pessoas de minha confiança sobre a possibilidade de participar ou não desta pesquisa;

() fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos e os métodos a serem utilizados,

() me foi informado que participaria desta pesquisa integrando (1) uma a (3) três Rodas de Terapia Comunitária Integrativa, com duração média de 1:30h, com 30 (trinta) dias de intervalo entre cada uma, no período de agosto a outubro de 2016.

() fui informado sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa;

() recebi a garantia de plena liberdade de recusar em participar ou retirar meu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e que este termo atendeu as exigências contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

() recebi uma cópia deste Termo de Consentimento, rubricado e assinado em todas as suas folhas,

Registramos ainda que, após a concordância de sua participação O(a) Sr.(a) tem direito à indenização, caso ocorra algum descumprimento de tais prerrogativas, conforme item V.7 da resolução 466/12 do CNS.

Declaro que fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos e os métodos a serem utilizados, que fui informado sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa de recusar se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e que este termo atendeu as exigências contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

_____, ____ de _____ 201__

Assinatura do participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador que obteve o consentimento



Anexo 5: Parecer do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATERAPIACOMUNITÁRIAINTEGRATIVA(TCI)EA
OPERACIONALIZAÇÃODO QUADRILÁTERODAFORMAÇÃO
NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisado: Marise Gama Corrêa Lutterbach

Área Temática:

Versão: 1

CAAE:56897016.0.0000.5626

Instituição Proponente:Universidade Federal Fluminense - Pólo de Nova Friburgo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:1.618.906

Apresentação do Projeto:

O referido protocolo apresenta em suas considerações iniciais a importância da TCI (terapia comunitária integrativa) no âmbito da Saúde Mental, atuando como um recurso terapêutico grupal que promove intensa troca de experiências e superações de situações da ordem do sofrimento humano. Para realizar tal propósito, serão realizadas de (1) uma a (3) três rodas de TCI com número ilimitado de participantes (respeitando somente a capacidade de acomodação dos participantes no espaço escolhido para sua realização) e com duração média de 1h30min cada com 30 dias de intervalo entre cada uma, no período de agosto a outubro de 2016, sendo o debate aberto e acessível a todos. Tal debate se fundamenta numa discussão racional, o moderador segue um tópico-guia, os membros dos grupos devem ser encorajados a participar, podem ser usados recursos como associação livre, figuras, desenhos, fotografias e dramatizações.

Endereço: Rua Doutor Silvio Herique Branne 22

Bairro: CENTRO

CEP: 28.625-650

UF: RJ

Município: NOVA FRIBURGO

Telefone: (22)2528-7168

E-mail: ceppunf@gmail.com

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa se desenvolve percorrendo as seguintes fases: 1 - Acolhimento; 2- Escolha do tema; 3- Contextualização; 4- Problematização e, 5- Encerramento. A interpretação do material produzido nas Rodas de TCI será realizada tendo por referência o procedimento sistemático de sumarização, explicação e estruturação, segundo Bauer (2002); Mayring (2007) e Bardin (2011), a partir da realização da descrição do conteúdo das mensagens buscando a construção de inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), através de recorte das narrativas em unidades de significado, buscando a construção de caracterizações sobre a potência da TCI. Serão convidados a participar, gestores e funcionários do Programa de Saúde Mental/ CAPS, os supervisores de estágio e estagiários das áreas de Enfermagem, Fonoaudiologia e Psicologia, via contato formal pelo pesquisador. Serão excluídos os trabalhadores do CAPS que se autodeclararem não interessados em participar da pesquisa, além daqueles que se autodeclararem não alfabetizados e com pelo menos cinco anos de escolaridade. O não atendimento a qualquer um dos critérios configurar-se-á em critério de exclusão da referida amostra.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal deste estudo é demonstrar a potência da TCI (terapia comunitária integrativa) como produtora de novos arranjos do cuidado e da formação na Atenção Psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador: "O estudo não apresenta riscos significativos, podendo ocorrer algum desconforto ao longo da aplicação das Rodas de TCI e que ao longo deste processo será tomado o devido cuidado para que o participante tenha assegurado o direito de interrompê-los, sugerir pausas, a fim de garantir que se sinta confortável na condição de participante da pesquisa."

Ainda de acordo com o pesquisador: "Teremos como benefícios indiretos, a ampliação do conjunto de informações disponíveis sobre a potência da TCI junto ao Centro de Atenção Psicossocial como recurso a favor da qualidade de vida, buscando agregar valor à consolidação das redes e ressignificação dos processos de trabalho e formação."

Endereço: Rua Doutor Silvio Herique Branne 22

Bairro: CENTRO **CEP:** 28.625-650
UF: RJ **Município:** NOVA FRIBURGO

Telefone: (22)2528-7168

E-mail: ceppunf@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.618.906

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante para Grande área da Saúde, seu delineamento se mostra claro, com apresentação de critérios adequados quanto à metodologia proposta, seleção dos sujeitos, critérios de inclusão e exclusão claros e objetivos. Apresenta TCLE escrito de maneira simples e adequado garantindo de forma inequívoca os preceitos éticos presentes na resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto, assinada por pesquisador responsável e diretor da Instituição Proponente, foi incluída dando ciência da execução do projeto e assegurando que este somente terá início após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP. O documento TCLE é apresentado em linguagem clara e acessível, atendendo as exigências das Resoluções 466/12e441/11.

Recomendações:

Conforme procedimentos definidos na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), cabe ao pesquisador elaborar e apresentar o relatório parcial e final para avaliação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Doutor Silvio Herique Branne 22

Bairro: CENTRO **CEP:** 28.625-650
UF: RJ **Município:** NOVA FRIBURGO

Telefone: (22)2528-7168

E-mail: ceppunf@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - PÓLO DE NOVA FRIBURGO



Continuação do Parecer: 1.618.906

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	10/06/2016		Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	10/06/2016	Marise Gama Corrêa	Aceito
Outros	TCI.pdf	10/06/2016	Marise Gama Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Declaração de Instituição e Projeto Detalhado / Brochura	TCLE.pdf	10/06/2016 10:30:36	Marise Gama Corrêa Lutterbach	Aceito
	caps.pdf	10/06/2016 10:30:23	Marise Gama Corrêa Lutterbach	Aceito
	ProjetoQ.doc	10/06/2016 10:30:01	Marise Gama Corrêa Lutterbach	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NOVA FRIBURGO, 27 de Junho de 2016

Assinado por:

WANTUIL RODRIGUES ARAUJO FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Doutor Silvio Herique Branne 22

Bairro: CENTRO **CEP:** 28.625-650
UF: RJ **Município:** NOVA FRIBURGO

Telefone: (22)2528-7168

E-mail: ceppunf@gmail.com