



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



MARINA NASCIMENTO DE MORAES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO SERTÃO PARAIBANO: avanços e  
desafios no contexto do SUS**

João Pessoa – PB  
2014

MARINA NASCIMENTO DE MORAES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO SERTÃO PARAIBANO: avanços e desafios no contexto do SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Djair Dias

João Pessoa – PB

2014

M827t Moraes, Marina Nascimento de.  
*Terapia Comunitária Integrativa no sertão paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS / Marina Nascimento de Moraes.- João Pessoa, 2014.*  
110f. : il.  
Orientadora: Maria Djair Dias  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS  
1. Enfermagem. 2. Políticas e práticas em enfermagem. 3. Terapia Comunitária Integrativa (TCI). 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Recursos humanos em saúde.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

MARINA NASCIMENTO DE MORAES

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO SERTÃO PARAIBANO: avanços e desafios no contexto do SUS**

APROVADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

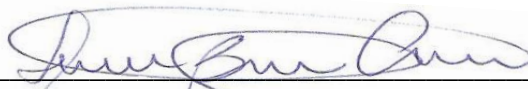
---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Djair Dias - Orientadora  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Oliveira Ferreira Filha - Examinadora  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)



---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Fábiana Barbosa de Andrade - Examinadora  
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN)

---

Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Elisângela Braga de Azevedo – Suplente  
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima de Araújo Silveira – Suplente  
(Universidade Estadual da Paraíba - UEPB)

JOÃO PESSOA - PB

2014

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, pelo seu amor incondicional, por ter me amparado, guiado e fortalecido nas horas em que mais precisei.

A **mainha e painho**, Carmem Dolôres e Edmilson, pelo amor, dedicação, ensinamentos e, sobretudo, por acreditarem na minha capacidade de ir mais além.

A **vózinha e vôzinho**, Inês e Geraldo, pelo exemplo de vida que são, pelo abraço caloroso, pela comida gostosa (sem coentro) e por toda sabedoria transmitida.

Aos **meus tios e tias**, pelas eternas palavras de motivação e apoio.

Aos **meus primos**, pelas brincadeiras, apelidos, companheirismo e apoio.

À querida orientadora **Maria Djair Dias**, não somente pelo apoio e confiança, mas também pelo exemplo de pessoa, amiga e mãe que és para mim. Algumas vezes o vínculo se fortalece e a relação professor-aluno extrapola os muros da academia, transformando-se numa amizade sincera. Felizmente, acredito que este fenômeno tenha ocorrido conosco.

À professora **Maria de Oliveira Ferreira Filha**, pela paciência, orientação, dedicação e acolhimento, dos momentos mais iluminados aos mais sombrios. Considero-me uma pessoa extremamente sortuda por poder contar, desde os primeiros períodos da graduação, com o seu apoio e palavras sábias.

À professora **Fábia Barbosa de Andrade**, por suas contribuições sempre enriquecedoras e pelas palavras de incentivo, desde a época da graduação.

À professora **Elisângela Braga de Azevedo**, pelas orientações e apoio durante todo o mestrado.

À professora **Maria de Fátima de Araújo Silveira**, pela contribuição neste trabalho.

Aos bravos **terapeutas comunitários do sertão paraibano**, pela coragem e colaboração a este o estudo.

Ao professor **Rolando**, por suas inúmeras ideias e pensamentos, assim como pela sua imensa solicitude.

Ao **corpo docente do PPGENf**, que tanto contribuíram coma minha formação docente.

Aos funcionários do PPGENf, **Seu Ivan, Nathali, Dona Conceição**, assim como os que já passaram pelo programa, como **Dona Luzinete, Marina, Seu Wellington**, pela amizade e paciência.

Às amigas de turma do mestrado, **Amanda, Sandra, Séfora, Uberlândia, Gabi, Karla, Merifane, Vanessa, Nana, Karla, Valdicléia, Talita, Francisca, Karen, Zirleide, Simone, Débora, Márcia, Camilla e Renatas**, pelas brincadeiras, resenhas, seminários, disposição, paciência em aturar minha tagarelice e pelo abraço apertado.

Às minhas companheiras de guerra, ou melhor, de grupo de pesquisa, **Verbena, Camila Abrantes, Luanna, Renatinha, Samilla, Mariana, Franci, Vagna, Lawrencita, Aralinda, Ianine, Alynne, Quézia e Lorena**, pela parceria, apoio, risadas e madrugadas viradas corrigindo artigos. Sem vocês certamente não teria chegado até aqui.

À MESTRE **Camilla Sena**, pela presença constante, partilha de estresses, trabalhos e momentos bons. Tenha certeza que tudo que passamos é apenas o começo, ainda temos muito a trilhar e vamos conseguir juntas, como agora.

À minha “chefa” **Lucineide**, por todos os ensinamentos, acadêmicos ou não, pelo carinho, atenção, paciência, amizade e exemplo de vida.

Às minhas companheiras de trabalho, **Camila, Karina, Rosângela e Gittana**, pelo incentivo, amizade e apoio na luta diária.

A **Emmanuel**, companheiro dedicado, que soube compreender e respeitar meus momentos de ausência e impaciência.

Às companheiras de alegrias, tristezas e aperreios desde a época da graduação, **Lydiane, Juliana Feitosa, Vanessa, Vannara, Bruna e Karla**, pela amizade sincera e indispensável, que tanto me ajudou e ajuda ao longo dos tempos.

À minha eterna pareia **Mayra Menezes**, que, mesmo não estando nesse plano, se fez presente em todos os momentos desse trabalho. Sua presença ainda é forte, assim como a saudade que sinto.

A todos os meus amigos, por me entenderem e ajudarem nos momentos difíceis, cada um do seu jeito.

A todos que ajudaram de forma direta ou indireta para a conclusão deste trabalho.

**Muito obrigada!**

### **Dedico**

À minha amiga Mayra Menezes (*in memoriam*), que com toda a sua doçura iniciou este trabalho, o qual me orgulha ter dado continuidade...

*"O que a distância não tira é o amor que fica no coração".*

Saudades florzinha.

MORAES, M. N. **Terapia Comunitária Integrativa no Sertão Paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS**. 2014. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

## RESUMO

No ano de 2008, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) chegou a diversos municípios brasileiros através de um convênio firmado entre Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Ceará e o Movimento Integrado de Saúde Comunitária - MISMEC/CE, que tinha como objetivo realizar a formação em TCI com profissionais da saúde. Na Paraíba o Polo Formador MISC/ PB foi responsável pela realização de duas turmas de formação nos anos de 2008 e 2009, que envolveram treze cidades do sertão paraibano. Dessa forma, buscou-se avaliar o processo de implantação e continuidade da TCI, vinculada a serviços de saúde, nos municípios do sertão paraibano, tendo-se como objetivos específicos: traçar o perfil profissiográfico dos terapeutas em atuação no sertão paraibano; identificar as facilidades, impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários para a realização das rodas de TCI nos seus municípios; e avaliar as repercussões da formação em TCI para a prática e vida pessoal dos terapeutas. Trata-se de um estudo qualitativo, avaliativo, desenvolvido em cinco municípios do sertão paraibano, que passaram pela formação em Terapia Comunitária Integrativa e que possuíam terapeutas que continuavam desenvolvendo rodas vinculadas a serviços de saúde. Foram entrevistados dezessete terapeutas comunitários e para a análise do material empírico utilizou-se a análise de conteúdo temática sobre as entrevistas transcritas. Toda a pesquisa atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 466/12, tendo obtido parecer favorável do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS), CAAE: 15263813.3.0000.5188. Constatou-se que as experiências tanto da implantação como da continuidade desta ferramenta de cuidado tiveram como principais dificuldades a falta de apoio da equipe de trabalho e da gestão, a ausência de um espaço físico adequado, contratempos pessoais, obstáculos decorrentes de questões políticas e a falta de uma pessoa de referência para a TCI dentro do município. Contudo, o apoio de diferentes instituições, como a gestão municipal, grupo de terapeutas, equipe da USF e a comunidade em geral, a repercussão da TCI na comunidade e nos terapeutas e a identificação dos profissionais com a proposta da Terapia Comunitária Integrativa foram os fatores elencados como facilitadores para conseguir transpor tais dificuldades, tornando esta experiência algo positivo, que trouxe e tem trazido diversas contribuições para a vida desses terapeutas. Os desafios elencados foram os de retornar a realização das rodas com uma frequência semelhante à do momento da implantação, expandir a TCI para diferentes grupos e espaços e se fixar profissionalmente no município. As contribuições que a formação trouxe para o desenvolvimento pessoal e para prática dos terapeutas relacionaram-se a um maior conhecimento de si, melhora no relacionamento interpessoal, fortalecimento de vínculos e escuta qualificada. Conclui-se que essa prática de cuidado se constitui em uma tecnologia de cuidado, capaz de viabilizar espaços de fala e escuta acessível à comunidade nas suas variadas demandas.

**Descritores:** Terapia Comunitária Integrativa. Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família. Recursos Humanos em Saúde.



**MORAES, M.N. INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY IN THE COUNTRYSIDE OF PARAIBA: advances and challenges in the NHS context.** 2014. 111f. Dissertation (Masters in Nursing) – Health Sciences Center, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

### **ABSTRACT**

In 2008, the Integrative Community Therapy (ICT) reached several municipalities through an agreement between the Ministry of Health, Universidade Federal do Ceará and the Community Health Integrated Movement - MISMEC/CE, which aimed to conduct training in ICT with health professionals. In Paraíba, Trainer Polo MISC/PB was responsible for conducting two training classes in 2008 and 2009, involving thirteen cities in the countryside of Paraíba. Thus, we sought to evaluate the implementation process and continuity of ICT, linked to health services in the municipalities in the countryside of Paraíba, having specific objectives: to outline the professional profile of active therapists in the countryside of Paraíba; to identify the facilities, impediments and challenges faced by community therapists to perform ICT circles in their municipalities; and to evaluate the impact of training in ICT for practice and personal lives of therapists. This is a qualitative evaluative study, conducted in five municipalities in the countryside of Paraíba, which underwent training in Integrative Community Therapy and which had therapists who continued developing circles linked to health services. Seventeen community therapists were interviewed and for the analysis of the empirical material, it was used thematic content analysis on the transcribed interviews. All the research has met the requirements proposed by Resolution 466/12, with a favorable opinion of the Ethics Committee of Centro de Ciências da Saúde (CCS), CAAE: 15263813.3.0000.5188. It was found that the experiences of both the deployment and the continuity of this care tool had as major difficulties lack of support from the team and management, lack of adequate physical space, personal setbacks, obstacles due to policy issues and lack a reference person for the ICT within the municipality. However, support of different institutions, such as municipal management, the group of therapists, the USF team and the community in general, the impact of ICT in the community and therapists and the identification of the professionals with the proposed Integrative Community Therapy were listed as facilitator factors to surmount such difficulties, making it a positive experience that has brought several contributions to the lives of these therapists. The challenges listed were: returning to the realization of the circles with a frequency similar to the one in the time of implantation; expanding the ICT to different groups and spaces; and settling professionally in the municipality. The contributions that the training brought for personal development and practice of therapists were related to greater self-knowledge, improved interpersonal relationships, strengthen bonds and qualified hearing. It is concluded that this practice constitutes a careful technology, capable of offering spaces for speech and listening to the community in their several demands.

**Descriptors:** Integrative Community Therapy. Health mental. Family Health Strategy. Health Manpower

## RESUMEN

MORAES, M. N. Terapia Comunitaria Integradora en las tierras del interior de Paraíba: avances y desafíos en el contexto del SUS. Disertación (Máster em Enfermería) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

En 2008, la Terapia Comunitaria Integradora (TCI) alcanzó varios municipios a través de un convenio entre el Ministerio de Salud de la Universidad Federal de Ceará y el Movimiento por la Salud Integral Comunitario - MISMEC/CE, que tiene por objeto llevar a cabo la formación en TCI con profesionales de la salud. En Paraíba, Polo Trainer MISC/PB fue el responsable de la realización de dos cursos de formación en 2008 y 2009, con la participación de trece ciudades del sertón de Paraíba. Por lo tanto, tratamos de evaluar el proceso de implementación y continuidad de la TCI, vinculado a los servicios de salud en los distritos del sertón de Paraíba, con objetivos específicos: analizar el perfil profesional de los terapeutas en la acción en sertón de Paraíba; identificar las instalaciones, los callejones sin salida y los desafíos que enfrentan los terapeutas de la comunidad para llevar a cabo las ruedas TCI en sus municipios; y evaluar el impacto de la formación en las TIC para la práctica y la vida personal de los terapeutas. Se trata de un estudio de evaluación cualitativa, realizado en cinco ciudades del sertón de Paraíba, que se sometieron a la formación en Terapia Comunitaria Integrativa y terapeutas que habían continuado el desarrollo de las ruedas que afectan a los servicios de salud. Diecisiete terapeutas comunitarios fueron entrevistados y para el análisis del material empírico utilizado para el análisis de contenido temático de las entrevistas transcritas. Toda la investigación se ha cumplido con los requisitos propuestos por la Resolución 466/12, con un dictamen favorable del Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud (CCS), CAAE: 15263813.3.0000.5188. Se encontró que las experiencias tanto de la implantación y la continuidad de la atención de esta herramienta tenían grandes dificultades como la falta de apoyo del equipo y la gestión, la falta de espacio físico adecuado, reveses personales, los obstáculos y las cuestiones de política que surgen de la falta una persona de referencia para el TCI en el municipio. Sin embargo, el apoyo de diferentes instituciones, como la gestión municipal, los terapeutas de grupo, el equipo de la USF y la comunidad en general, el impacto de las TIC en la comunidad y los terapeutas y profesionales con la identificación de la Terapia Comunitaria Integrativa propuesta fueron listadas como factores facilitadores que sean capaces de transportar a estas dificultades, haciendo de esta una experiencia positiva que ha llevado y ha traído varias contribuciones a la vida de estos terapeutas. Los retos enumerados estaban regresando a la realización de las ruedas con una frecuencia similar a la del momento de la implantación, amplían la TCI para diferentes grupos y espacios y resolver profesionalmente en la ciudad. Las contribuciones que la formación han traído para el desarrollo personal y la práctica de los terapeutas estaban relacionados con una mayor auto-conocimiento, la mejora de las relaciones interpersonales, fortalecer vínculos y audiencia calificada. Se concluye que esta práctica se constituye una tecnología de atención, capaz de ofrecer espacios para la voz a través de escucha a la comunidad en sus diversas demandas.

**Descriptor:** Salud mental. Estrategia de Salud Familiar. Recursos Humanos en Salud

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB:** Atenção Básica

**ABRATECOM:** Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa

**ACS:** Agentes Comunitários de Saúde

**CAPS:** Centros de Atenção Psicossocial

**CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**CCS:** Centro de Ciências da Saúde

**COSEMS/PB:** Conselho das Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**EPS:** Educação Permanente em Saúde

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**MISMEC-CE:** Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária

**MISC-PB:** Movimento Integrado de Saúde Comunitária – Paraíba

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**PNAB:** Política Nacional da Atenção Básica

**PNAD:** Política Nacional sobre Drogas

**PNH:** Política Nacional de Humanização

**PNPIC:** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

**PNPS:** Política Nacional de Promoção da Saúde

**PRONASCI:** Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**PVC:** Programa de Volta para Casa

**RAS:** Redes de Atenção à Saúde

**SENAD:** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

**SES/PB:** Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

**TCI:** Terapia Comunitária Integrativa

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFC:** Universidade Federal do Ceará

**UFPB:** Universidade Federal da Paraíba

**USF:** Unidade de Saúde da Família

**UT:** Unidade Temática

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 01** - Quantidade de Terapeutas Comunitários formados no sertão da Paraíba. João Pessoa, PB, 2014. 43
- Tabela 02** - Distribuição dos profissionais formados segundo as variáveis profissiográficas. João Pessoa, PB, 2014. 43
- Tabela 03** - Distribuição dos terapeutas que continuam realizando as rodas de TCI segundo as variáveis profissiográficas. João Pessoa, PB, 2014. 48

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 01** - Comparativo entre o número de terapeutas que concluíram a formação e que continuam desenvolvendo rodas de TCI em serviços de saúde de municípios pelos quais realizaram a formação. João Pessoa, PB, 2014. 45

**Quadro 02** - Distribuição do número de rodas realizadas por município. João Pessoa, PB, 2014. 51

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 01:** Mapa da Paraíba e a localização dos cenários do estudo. João Pessoa, PB, 2014

41

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>22</b>
2.1	Políticas de saúde e a Terapia Comunitária Integrativa	23
2.2	A Terapia Comunitária Integrativa: conceito, objetivo, bases teóricas e método	29
2.3	O Modelo Comunitário da Saúde Mental no Sertão da Paraíba	37
<b>3</b>	<b>CAMINHO METODOLOGICO</b>	<b>43</b>
3.1	Local da pesquisa de campo	44
3.2	População e amostra	47
3.3	Instrumento e técnica de coleta do material empírico	49
3.4	Procedimentos para coleta do material empírico	50
3.5	Análise do material empírico	50
3.6	Aspectos éticos	51
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>53</b>
4.1	Caracterização dos terapeutas em atuação no Sertão paraibano	54
4.2	Categorias Temáticas	57
I.	Da aroeira à macambira: o processo de implantação da TCI no Sertão paraibano	57
II.	Realizar rodas de TCI: a vivência do terapeuta	66
III.	A formação em TCI e suas repercussões no viver dos terapeutas	72
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>91</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>105</b>
	Apêndice A – Roteiro de Entrevistas para Terapeutas Comunitários	106
	Apêndice B – Roteiro de Entrevistas para integrante do Polo MISC-PB	107
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Roteiro de Entrevistas	108
	<b>ANEXOS</b>	<b>109</b>
	Anexo A - Parecer consubstanciado do CEP	110



# INTRODUÇÃO

## 1. INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1990, o Ministério da Saúde passou a investir em estratégias que melhorassem a saúde da população através da construção de um modelo assistencial baseado na promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma das principais ferramentas desta nova política.

A ESF surgiu com a finalidade de reorientar a prática assistencial vigente no Brasil, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, equipes estas que são responsáveis pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Os profissionais dessa estratégia devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. Dessa maneira, com essa proposta, visava-se agilizar o processo de descentralização das ações de saúde<sup>1</sup>.

Para atuar na ESF, os trabalhadores devem conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, realizar avaliação dos indicadores de saúde de sua área, desenvolver ações educativas para conscientização da população, identificar os problemas de saúde prevalentes e elaborar estratégias de enfrentamento para os mesmos, assim como prestar assistência direta e integral aos usuários, na unidade e nos domicílios<sup>2,3</sup>.

Estudos realizados no ano de 2009 apontam que grande parte dos profissionais que atuam na Atenção Básica (AB) não se sente preparada para atender à demanda de usuários com sofrimento psíquico, predominando abordagens terapêuticas baseadas no modelo biomédico, através da psiquiatrização do cuidado, da burocratização do processo de trabalho e do desenvolvimento de ações intramuros<sup>4,5</sup>.

No Brasil, uma das principais dificuldades encontradas pelo modelo de saúde tem sido relacionada aos recursos humanos. Profissionais comprometidos e engajados são necessários para a efetivação do Sistema Único de Saúde, através da prestação de uma atenção de qualidade, beneficiando o coletivo, não sendo diferente na saúde mental. Dessa necessidade surge o grande eixo norteador da capacitação do profissional do SUS, a Educação Permanente em Saúde – EPS<sup>6</sup>.

Através da Educação Permanente em Saúde o Governo pretende tornar a educação dos profissionais um processo permanente, em que o trabalho é destacado como eixo da ação educativa, propondo mudanças nas práticas e na própria organização dos serviços. Trata-se de

uma proposta de intervenção em uma perspectiva de educação, enquanto possibilidade de construir espaços coletivos para reflexão das ações produzidas durante o processo de trabalho das equipes<sup>6</sup>.

De acordo com a EPS, os processos de formação devem ter como base as necessidades de saúde da população, os problemas cotidianos, que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade. Dessa maneira, as formações devem ser utilizadas como instrumentos para a consolidação do SUS, exigindo a reflexão sobre as práticas de atenção, de gestão e de ensino vigentes, envolvendo processos educativos aplicados ao trabalho e às fragilidades presentes na assistência dos profissionais<sup>6,7</sup>.

Uma ação que se encaixa dentro da proposta de formação defendida pela EPS são os cursos de formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), qualificando recursos humanos para reproduzirem esta prática que vem se consolidando como uma tecnologia do cuidado a serviço dos profissionais de saúde.

Criada há 25 anos, a TCI foi implantada inicialmente no Nordeste Brasileiro, na cidade de Fortaleza – Ceará, tendo despontando no cenário nacional, através da Estratégia Saúde da Família, no ano de 2008, quando se tornou um projeto especial dentro da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

A PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, utilizando-se da escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do homem com o ambiente e a sociedade<sup>8</sup>.

Nesse sentido, essa tecnologia do cuidado, associada a um espaço de partilha, propicia a formação de vínculos, criando momentos de subjetividade cujo objetivo é envolver usuários que procuram na atenção básica alívio para seu sofrimento mental, atuando diretamente na prevenção do adoecimento mental<sup>9</sup>.

A TCI oferece ainda a possibilidade de se trabalhar com grupos diversificados, como crianças, adolescentes, gestantes, adultos, idosos, portadores de transtorno mental, entre outros. Além disso, exige a pouca necessidade de recursos materiais e humanos para seu desenvolvimento, e proporciona a construção de vínculos de amizade, de comunidade e vínculo social. Portanto, a TCI é uma tecnologia de cuidado pouco onerosa, onde são geradas e implementadas ações de promoção da saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades<sup>10</sup>.

A regulamentação dessa ferramenta se dá pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM), que consolida também os dados das formações em TCI através de 47 polos formadores. Cabe evidenciar sua extensão para outros países, nos quais se incluem a França, Suíça, Alemanha, Dinamarca e Itália, na Europa; Moçambique, na África; e a Argentina, Uruguai e Chile, na América Latina.

A sua implantação na rede do SUS acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma política de participação solidária, que objetiva a promoção da saúde e o desenvolvimento comunitário e social da população. A introdução da TCI na ESF é considerada uma medida compatível com os objetivos da estratégia, possibilitando a formação de grupos de Terapia a serem utilizadas como uma poderosa ferramenta de intervenção destas equipes na comunidade<sup>4</sup>.

O primeiro convênio firmado entre o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC-CE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e um órgão de âmbito nacional, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), ocorreu no ano de 2004, formando terapeutas com ênfase nas questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Esse convênio abarcou 12 estados, nos quais foram aplicados doze mil questionários, por meio dos 800 terapeutas formados, para avaliar a repercussão da TCI nos grupos que dela participavam. Obteve-se como resultado que 88,5% dos casos abordados nas rodas de terapia encontravam acolhimento na própria TCI e apenas 11,5% necessitavam de encaminhamentos para outros serviços<sup>11</sup>.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde firmou uma parceria com a UFC, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, o MISMEC-CE e os municípios participantes da formação, reconhecendo oficialmente a contribuição da TCI para a Atenção Básica, oportunizando a capacitação de 1050 integrantes da Estratégia Saúde da Família em 2008, e de outros 1030 em 2009, através de 34 turmas em todas as regiões do país<sup>11</sup>.

Esse convênio tinha como objetivo principal suscitar nos profissionais da saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica as competências necessárias para promoção efetiva de redes de apoio social. A proposta previa uma capacitação em TCI, visando prepará-los para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais das suas comunidades, de forma a ampliar a resolutividade da AB<sup>11</sup>.

Tendo em vista os benefícios da utilização da TCI como ferramenta do cuidado comunitário, tanto a Paraíba como outros estados brasileiros, a exemplo de Amazonas, Bahia, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná, têm investido na formação de terapeutas comunitários.

No período entre 2007 e 2010 foram formados 277 Terapeutas Comunitários em todo o estado da Paraíba, através de cinco turmas, e nos outros estados continuam ocorrendo cursos de formação em TCI, muitos dos quais não possuem a parceria das esferas governamentais<sup>12</sup>.

Na Paraíba, por ocasião do convênio firmado entre o Ministério da Saúde e MISMEC-CE/UFC foram capacitados 101 profissionais de 13 municípios do Sertão pelo Polo formador Movimento Integrado de Saúde Comunitária – Paraíba (MISC-PB), nos anos de 2008 a 2010, através de duas turmas de formação, a fim de ampliar a cobertura de atendimento no SUS, especificamente dentro da PNPIC<sup>13</sup>.

Através da realização de entrevistas e do contato do polo formador com os terapeutas provenientes do Sertão da Paraíba, identificou-se que alguns municípios que participaram da formação deixaram de realizar as rodas.

Consequentemente, tornou-se imprescindível investigar com mais profundidade o processo de implantação e continuidade da Terapia Comunitária Integrativa no Sertão do estado da Paraíba, pois se acredita que os outros estados onde a TCI também foi implantada tenham vivenciado situações semelhantes e que esta experiência pode trazer à tona obstáculos que estiveram presentes neste processo, evitando que no futuro os mesmos sejam repetidos.

Considerando os aspectos levantados, este estudo teve como questões norteadoras: *Quais são as facilidades, impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários na realização das rodas de TCI nos seus municípios? Como os terapeutas avaliam a experiência de implantação e continuidade da TCI no município, considerando as repercussões pessoais e na própria prática?*

Diante da necessidade de suprir tais questionamentos, a pesquisa teve como objetivo geral avaliar o processo de implantação e continuidade da TCI, vinculada a serviços de saúde, nos municípios do Sertão paraibano, e, especificamente, traçar o perfil profissiográfico dos terapeutas em atuação no Sertão paraibano; identificar as facilidades, impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários para a realização das rodas de TCI nos seus municípios; e avaliar as repercussões da formação em TCI para a prática e vida pessoal dos terapeutas.

Portanto, esta investigação se torna relevante por trazer contribuições para a efetivação da Terapia Comunitária Integrativa como uma estratégia de cuidado à saúde mental dos trabalhadores da AB e das comunidades, evidenciando através das experiências vivenciadas pelos municípios do Sertão paraibano, quais estratégias têm dado certo no processo de

implantação, que vem ocorrendo desde o ano 2007, de forma a embasar elaboração de novas estratégias de implantação.

A investigação proposta pode ser útil na formulação de ações para a ampliação e consolidação da saúde mental na comunidade, assim como no reconhecimento da TCI como uma importante ferramenta de cuidado para o sistema de saúde, em especial, dentro da Atenção Básica, em virtude da baixa oferta de terapia complementares e integrativas disponíveis nesta rede, que atende e acolhe os indivíduos em situações de sofrimento advindo do cotidiano.

O presente estudo está vinculado a um projeto maior, intitulado: “Formação e Prática da Terapia Comunitária Integrativa em diversos contextos do Sistema Único de Saúde”, referente à linha de pesquisa Políticas e Práticas de Cuidar em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

# **REFERENCIAL TEÓRICO**

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Políticas de saúde e a Terapia Comunitária Integrativa**

Políticas públicas podem ser entendidas como um conjunto de ações e programas desenvolvidos pelo Estado, podendo também haver a participação de entes privados, que visam assegurar o direito de cidadania para diferentes seguimentos sociais, correspondendo às responsabilidades do Estado para com a sua sociedade<sup>14</sup>.

Entretanto, deve-se ter em mente que as políticas públicas possuem limitações, fazendo com as mesmas não consigam solucionar todos os problemas sociais instantaneamente, o que não justifica por completo a falta de ação de alguns governos<sup>15</sup>.

A sua utilização como ferramenta de decisões do Governo teve início nos Estados Unidos, como consequência da Guerra Fria e da valorização de utilização de estratégias tecnocráticas para enfrentar os efeitos deste duelo<sup>16</sup>.

No campo da saúde, as políticas públicas refletem a estrutura política, cultural, social e econômica de suas sociedades. No Brasil, historicamente, a saúde da população tem como base um modelo biologicista e de mercado, centrado na assistência médica e especialidades, onde o hospital é a principal referência, mesmo com todos os avanços quanto à importância dos cuidados primários à saúde<sup>17</sup>.

Pode-se considerar que a genealogia das políticas de saúde no Brasil teve início nas campanhas de combate às grandes endemias, no final do século XIX, tal como a polêmica campanha contra a Febre Amarela organizada por Oswaldo Cruz, na qual foram utilizadas estratégias próprias da Saúde Pública, como o uso da epidemiologia e de medidas mais amplas de saneamento, vacina e educação sanitária<sup>18</sup>.

Atualmente, a principal política pública de saúde brasileira é o Sistema Único de Saúde. Instituído pela Constituição Brasileira de 1988, trata-se de um modelo de saúde voltado para as reais necessidades da população, com o objetivo de resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar dos indivíduos e coletividades, integrando e coordenando as ações de saúde nas três esferas do governo<sup>18</sup>.

Os serviços de saúde devem atuar de modo a promover uma atenção integral à saúde dos seus cidadãos, através do desenvolvimento de ações interdisciplinares e equitativas, sempre levando em consideração as particularidades de cada localidade<sup>19</sup>.



O SUS possui três princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações. A universalidade está vinculada à garantia do direito à saúde para os cidadãos, sendo de extrema importância para a consolidação da democracia, à medida que possibilita o acesso de todos brasileiros aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, não apenas aos trabalhadores com carteira assinada, como acontecia em outras épocas<sup>20</sup>.

Em linhas gerais, a equidade significa tratar desigualmente os desiguais, uma vez que a mesma assegura que haja uma maior alocação de recursos e serviços onde as necessidades são maiores, como nos grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. O princípio da integralidade, por sua vez, está ligado à concepção de que é preciso prestar um cuidado às diversas dimensões de saúde dos indivíduos, sendo necessário para isso ofertar ações contínuas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde<sup>20</sup>.

Sabe-se que bons indicadores de saúde são consequências de um conjunto de políticas econômicas e sociais, entretanto torna-se inquestionável a importância da existência de uma política de saúde que garanta princípios como esses<sup>18</sup>.

Dos princípios doutrinários derivaram-se os princípios organizativos do SUS, a saber: hierarquização e regionalização dos serviços, participação popular e descentralização das ações, que, baseados nas ideias de seguridade social e relevância pública, orientam o processo de organização dos serviços<sup>21</sup>.

Como consequência do princípio da integralidade, a hierarquização e a regionalização significam que os serviços e ações devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, dentro de uma determinada área geográfica, utilizando-se critérios epidemiológicos para o planejamento e execução do sistema<sup>22</sup>.

A participação popular foi resultado de diversas lutas travadas durante as discussões que deram origem ao SUS. Ela representa a democratização dos processos decisórios, por intermédio da participação dos usuários nos serviços de saúde através dos Conselhos e das Conferências de Saúde<sup>21</sup>.

Por fim, a descentralização dos serviços representa a redistribuição do poder e responsabilidades quanto à assistência à saúde entre as três esferas de governo, que são autônomas e soberanas nas suas decisões quanto às ações e serviços<sup>22</sup>.

Segundo esse princípio, o município torna-se o gestor administrativo e financeiro do SUS, contribuindo para uma organização mais racional do sistema e dinamizando o controle social, através da aproximação entre as decisões e seu público alvo<sup>22</sup>.

As Leis 8080, de 19 de setembro de 1990, e a 8142, de 28 de dezembro de 1990, reforçam essa autonomia dos municípios quando atribuem à gestão municipal de saúde a responsabilidade de realizar o planejamento, organização, controle, execução e gerenciamento dos serviços de saúde.

Alto grau de descentralização, proximidade da comunidade e “porta de entrada” à rede de atenção são as principais características a Atenção Básica brasileira. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é através da AB, preferencialmente, que deve ser realizado o contato dos usuários com os serviços, por isso, torna-se fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural<sup>3</sup>.

Ainda segundo a PNAB, cabe também à AB a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, a fim de que se estabeleça um cuidado integral aos sujeitos e comunidades<sup>3</sup>.

Com o intuito de operacionalizar a rede de assistência dentro da AB, no ano de 1994, iniciou-se o processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios brasileiros, visando à reorientação do modelo assistencial vigente, substituindo o modelo hospitalocêntrico por um de base comunitária, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

As equipes desse serviço têm como foco a manutenção da saúde dessa comunidade e se orientam pelos princípios do SUS, atuando na perspectiva de desenvolver ações de prevenção de agravos, recuperação, reabilitação e promoção da saúde. Nesse modelo, a família e a comunidade possuem papéis de destaque, compondo uma rede assistencial de alcance e potencialidade proporcional à sua integralidade. Essa rede ultrapassa os limites da atenção básica, envolvendo também a atenção especializada e hospitalar, bem como serviços de saúde mental e urgência e emergência, todos permeados pela educação permanente<sup>23</sup>.

A construção desse Programa foi consequência de um processo lento, que aos poucos se transformou na principal estratégia do Ministério da Saúde para a reestruturação do modelo de atenção à saúde, passando a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, apesar de seus grandes avanços, trata-se ainda de uma política pública em processo evolutivo<sup>4</sup>.

Atualmente, a ESF é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores da saúde como a maior tática de expansão, qualificação e consolidação da AB, pela reorientação do processo

de trabalho que ela proporciona, possibilitando aprofundar os princípios e diretrizes do SUS e da atenção básica, além de aumentar o impacto e resolutividade das ações na situação de saúde das pessoas e comunidades<sup>3</sup>.

As suas equipes são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Podendo contar, ainda, quando ampliada, com um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em higiene dental. Suas ações são desenvolvidas em áreas geográficas definidas, denominadas territórios, e devem contemplar os aspectos geográficos, sociais, culturais, econômicos e políticos da região<sup>3</sup>.

A assistência em saúde na ótica da ESF, cujo enfoque centra-se na família e na comunidade, demanda mudanças de práticas, em virtude da necessidade de desenvolvimento de uma atenção diferenciada. O olhar para a comunidade revela os problemas e crises enfrentados por ela, que possuem consequências de ordem biológica, social e psíquica. Situações desse tipo fomentam a busca por formas alternativas de lidar com os agravos vivenciados pela população, ou seja, que evocam a procura por novas formas de cuidado.

Ayres<sup>24</sup> defende que o cuidado implica em:

“assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles.”<sup>24:52-53</sup>

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de que as políticas de saúde, os serviços e seus profissionais estejam mais sensíveis e responsivos ao efeito e resolutividade de suas ações, tendo sempre como norte de suas práticas e êxitos os projetos de felicidade dos destinatários de suas intervenções<sup>24</sup>. Nesse sentido, o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e sua comunidade é algo imprescindível para a efetivação dessa ação de “responsabilizar-se” defendida por Ayres.

Esse mesmo autor compara o projeto de felicidade de um indivíduo a uma obra de arte, como uma pintura, um poema ou uma escultura, que permite a livre expressão da vida e do aspecto de saúde em questão, sendo este aquilo que move e identifica os sujeitos em seu existir concreto<sup>24</sup>.

Entretanto, nos serviços de saúde, mesmo os da AB, a presença desse tipo de cuidado ainda é difusa e esparsa, uma vez que as práticas referentes ao modelo biomédico ainda

dominam os cenários. Observa-se que foi criado um estranhamento entre o aspecto instrumental e o sentido existencial das ações de saúde<sup>25</sup>.

Dessa maneira, torna-se imprescindível que a identificação e compreensão das demandas e necessidades dos sujeitos, que por muitas vezes extrapolam o repertório com o qual estamos se está habituado, façam parte do processo de trabalho das equipes da ESF.

Com o intuito de atender à demanda crescente da população brasileira por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e o acesso a práticas terapêuticas alternativas, assim como atendendo às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) aos seus membros, quanto a formulação de políticas visando integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, além da necessidade de normatização das experiências já existentes nos serviços, no ano de 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, contemplando as áreas de Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social – Crenoterapia<sup>26,27</sup>.

As abordagens regulamentadas pela PNPIC possuem uma visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção do cuidado, visam à estimulação de mecanismos naturais de prevenção e reabilitação da saúde e têm como base a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo e a integração do indivíduo com o seu ambiente e a sociedade<sup>27</sup>.

Ao considerar o indivíduo na sua totalidade, respeitando as suas singularidades e buscando fornecer uma assistência humanizada, a PNPIC corrobora os princípios fundamentais do SUS, sendo esta mais uma importante estratégia para a consolidação da mudança do modelo de saúde brasileiro<sup>27</sup>.

Apesar das formulações políticas, Merhy<sup>28</sup> considera que um dos grandes nós críticos para as propostas de mudanças do modelo de assistência à saúde no Brasil é o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho dos serviços, que possui um comprometimento com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos indivíduos e comunidades.

As práticas dos serviços de saúde, sejam elas clínicas ou de saúde coletiva, devem, sobretudo, apoiar a ampliação da capacidade crítico-reflexiva dos usuários e estimular a co-responsabilização entre todos os participantes do sistema. Para isso torna-se necessário utilizar modelos de atenção que sejam centrados na educação em saúde, a fim de resgatar a autonomia e propiciar o empoderamento dos indivíduos<sup>29</sup>.

A formação dos profissionais de saúde possui um papel importante nessa tentativa de mudança do modelo assistencial vigente, uma vez que a mesma deveria objetivar a transformação das práticas e da organização do trabalho, tendo como base a problematização do processo de trabalho e da capacidade de acolhimento e cuidado das equipes às várias dimensões e necessidades de saúde dos sujeitos<sup>29</sup>.

Entretanto, atualmente, observa-se que as instituições de ensino perpetuam modelos essencialmente conservadores, que centram a atuação dos profissionais na utilização de aparelhos e tecnologias altamente especializadas, restringindo a assistências aos indivíduos ao cuidado de seus sistemas orgânicos<sup>29</sup>.

Diante de tal modo de formação acadêmica, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de formações para os profissionais dos serviços das RAS, em especial na ESF, que abordem uma visão integral da saúde, propiciando o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde de base comunitária, que tem como foco a pessoa, a família, os grupos sociais e sua existência, visando à promoção da saúde e a prevenção do adoecimento.

Nessa direção, surge a formação em Terapia Comunitária Integrativa, uma tecnologia leve de cuidado que se configura como espaço de participação solidária, atuando na perspectiva de promoção da saúde e desenvolvimento comunitário, tal como preconizam as políticas nacionais de saúde<sup>4,11</sup>.

Na ESF a TCI tem potencial para promover a ampliação de vínculo entre o profissional e a comunidade, devido, principalmente, à sua metodologia, caracterizada por ser dinâmica e integrativa. A terapia busca valorizar as práticas populares, conhecimentos e saberes acumulados<sup>10</sup>.

A TCI tem como um de seus princípios trabalhar com a dor da comunidade, a fim de resgatar nos indivíduos a autoestima, a tomada de decisões e o compartilhamento das emoções<sup>30</sup>.

A consonância entre as ações da terapia e da ESF está na visão contextualizada da saúde, considerando os seus aspectos sociais, políticos e culturais. A implantação da TCI na ESF amplia as possibilidades de atuação das equipes da ESF junto às comunidades, sendo um recurso complementar às ações oficiais de saúde<sup>4,31</sup>.

Pelos seus resultados quanto à promoção da saúde e prevenção do adoecimento, e devido ao reconhecimento de que se trata de um método terapêutico adaptável às condições locais e regionais dos serviços de saúde, que pode ter como facilitador qualquer profissional engajado no SUS, nos últimos anos, diferentes esferas governamentais vêm dedicando uma

atenção diferenciada à Terapia Comunitária Integrativa, o que tem por consequência uma maior repercussão desta prática e um maior alcance de público<sup>32</sup>.

O aumento da visibilidade da TCI torna-se evidente ao elencarmos as políticas públicas federais que utilizaram a TCI no rol de suas ações, tais como a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Práticas Integrativas<sup>32</sup>.

Os estudos realizados convergem para resultados satisfatórios da utilização da TCI na Atenção Básica à saúde, a exemplo de diferentes pesquisas<sup>33-35</sup> que ressaltam a TCI como metodologia inovadora na atenção básica por possibilitar a organização do trabalho com grupos, favorecendo a ampliação do vínculo entre profissional e comunidade e contribuindo para que os trabalhadores da saúde conheçam com mais propriedade a sua população.

Diferentes autores reforçam a consonância entre as diretrizes da PNAB, da Política Nacional de Humanização (PNH) e a TCI, devido a essa ferramenta de cuidado, além de atender as singularidades dos indivíduos, também oferta acolhimento e escuta qualificada, promovendo o estabelecimento de vínculos<sup>35,36</sup>.

Além disso, tais autores concebem que as orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) também estão contempladas pela TCI, uma vez que ao ampliar o espaço para práticas de saúde, a terapia contribui para a autonomia e o desenvolvimento do senso de corresponsabilidade dos indivíduos, o que tanto assegura o princípio da equidade, como favorece a participação social e o empoderamento<sup>35,36</sup>.

Devido à sua abordagem efetiva e promissora para a demanda por serviços de saúde, assim como pela sua sinergia com as políticas nacionais de saúde, a Terapia Comunitária Integrativa é uma metodologia que vem somar-se às práticas comunitárias existentes, sendo uma prática com repercussão não apenas para a saúde mental, mas também para a saúde coletiva.

## **2.2 A Terapia Comunitária Integrativa: conceito, objetivo, bases teóricas e método**

Barreto<sup>10:37</sup> conceitua o termo Terapia como “uma palavra de origem grega que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa”.

A palavra comunidade é definida por este mesmo autor<sup>10:37</sup> como “composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que as pessoas têm em comum. Entre outras afinidades têm sofrimentos, exclusão, buscam soluções e superações das dificuldades”.

A utilização do termo *comunitário* carrega consigo uma série de controvérsias. Para alguns autores é considerado como uma das mais belas utopias, sendo ideias, representações e teorias que remetem a uma outra realidade, que, por hora, ainda é inexistente<sup>37</sup>.

Esta pesquisa adota o conceito de Barreto<sup>10</sup>, onde a palavra *comunitária* possui o sentido de designar pessoas que têm características em comum: exclusão, sofrimento e apoio recíproco e que através da partilha deste sofrimento, passam a buscar, em conjunto, soluções e a superação de suas dificuldades.

O termo *integrativa* surge devido esta tecnologia de cuidado abarcar o pensamento de que na promoção da saúde todas as forças vivas da comunidade devem ter um papel ativo, integrando os diferentes saberes dos diferentes contextos socioculturais, ampliando assim as redes solidárias entre os indivíduos<sup>10</sup>.

Dessa forma, pode-se afirmar que a Terapia Comunitária Integrativa é um espaço de acolhimento, que permite a partilha das experiências e sabedorias dos participantes de maneira circular e horizontal. Daí, através da escuta das histórias de vida que ali são contadas, cada um torna-se terapeuta de si mesmo, sendo todos co-responsáveis pela busca de soluções para os problemas do cotidiano, estimulando a capacidade resiliente dos indivíduos<sup>10</sup>.

A Terapia Comunitária Integrativa, como espaço de inclusão, pode ser utilizada como uma ferramenta para se trabalharem as desigualdades sociais e de gênero. Essa tecnologia de cuidado foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, psiquiatra, antropólogo e teólogo, na cidade de Fortaleza/CE e vem sendo desenvolvida, há aproximadamente 25 anos, na comunidade do Pirambú, onde se realiza um trabalho de apoio a indivíduos e a famílias que vivem situações de sofrimento psíquico<sup>10</sup>.

A TCI tem como objetivos a valorizar as famílias e sua rede de relações, reforçar a auto-estima dos sujeitos e comunidades, suscitar o sentimento de pertença social, combater situação de desintegração familiar e individual, através do fortalecimento dos vínculos afetivos, reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo e torná-lo agente de sua própria transformação<sup>10</sup>.

Nas rodas de Terapia são valorizadas as histórias de vida de cada um dos participantes, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e

possibilidades de resolução a partir das competências locais, tornando o indivíduo independente e autônomo.

A autoestima pode ser entendida como um sentimento de crença em si mesmo, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, que *a priori* parecem insuperáveis, através do uso da criatividade. Desse modo, ela se configura como a chave tanto para felicidade como para a infelicidade, encorajando ou desencorajando sentimentos<sup>38,39</sup>.

A TCI reconhece as influências que o macrocontexto socioeconômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual, possui no microcontexto familiar e nas organizações comunitárias, um contexto de acolhimento pela alteridade, em que se concebe que as pessoas têm competência para a ação e para o agenciamento de escolhas. Dessa forma a Terapia Comunitária Integrativa é considerada como uma prática terapêutica pós-moderna crítica<sup>40</sup>.

### *Os pilares teóricos*

O pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a antropologia cultural e a resiliência são os cinco pilares teóricos da TCI. Esses eixos estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da Terapia Comunitária Integrativa<sup>10</sup>.

Os fundamentos do que hoje se denomina Teoria Geral dos Sistemas, da qual se origina o pensamento sistêmico, foram lançadas no ano de 1933, pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, buscando-se compreender a inter-relação existente entre as partes e o todo<sup>37</sup>.

Capra<sup>41</sup>, estudioso dessa teoria, afirma que esse novo modelo conceitual analisa o mundo a partir de uma perspectiva de relações e de integração, valorizando o todo e suas relações com as partes que o constituem. Dessa forma, o todo seria o resultado de sua interação com seus constituintes e não da soma deles.

O pensamento sistêmico nos revela que o binômio crises/problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes integrantes de uma rede complexa, que possui diversas ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e suas emoções) e a sociedade<sup>10</sup>.

Segundo o autor supracitado, é necessário que os indivíduos estejam conscientes da globalidade na qual estão inseridos, pois só assim pode-se compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, e passar-se-á a vivenciar a noção de corresponsabilidade.



A Terapia Comunitária Integrativa utiliza-se de tal pilar teórico para realizar na comunidade uma intervenção ampla e completa, empregando a rede existente e possibilitando a reflexão do grupo acerca de determinado problema, sob diferentes ângulos dentro de um mesmo contexto.

Outra vertente científica utilizada pela TCI é a Teoria da Comunicação. Tal eixo teórico surgiu a partir das idéias do antropólogo Gregory Bateson, que fundamentou o conceito de informação para as práticas relacionais e circulares, e da teoria da comunicação humana de Watzlawick<sup>42</sup>, autor da proposta dos axiomas da comunicação, para o qual a comunicação é uma condição *sine qua non* da vida humana e da ordem social<sup>40,43</sup>.

Nesta teoria<sup>42</sup> toda comunicação possui cinco regras básicas, se alguma de tais regras não funcionar perfeitamente, possivelmente, haverá falha na comunicação. São elas:

- a. Todo comportamento é comunicação;
- b. Toda comunicação possui dois componentes: a mensagem ou conteúdo e a relação entre os interlocutores;
- c. Toda Comunicação depende da pontuação;
- d. Toda Comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal (palavra escrita ou falada) e a comunicação não-verbal (analógica);
- e. A Comunicação pode ser simétrica – baseada no que é semelhante - e complementar - baseada no que é diferente

Com tal visão acerca da comunicação, tanto o emissor quanto o receptor passam a possuir papéis importantes. A essência da comunicação reside em processos relacionais e interacionais<sup>37</sup>.

A comunicação é um elemento de união entre os indivíduos, a família e a sociedade, que possibilita a compreensão de que todo comportamento, ato verbal ou não, individual ou grupal, possui um valor de comunicação num processo, sempre desafiante, de entendimento das múltiplas possibilidades de significados e de sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano. Sendo assim, comunicar significa participar, trocar informações, tornar comuns aos outros ideias e estados de espírito<sup>10</sup>.

Ao empregar os princípios básicos dessa pragmática da Comunicação, a Terapia Comunitária Integrativa entende que todo sintoma tem valor de comunicação, sempre escondendo algo importante, e as queixas/problemas apresentados demonstram um desequilíbrio familiar e/ou social, como alcoolismo, atos de delinquência juvenil, somatizações, sofrimentos psíquicos, entre outros.

Partindo desse entendimento, a TCI estimula a fala das pessoas sobre suas experiências, sofrimentos, angústias, inquietações e perturbações cotidianas. Para isso, utiliza-se, muitas vezes, ditados populares, como “Quando a boca cala, os órgãos falam; quando a boca fala, os órgãos saram” no sentido de ajudar o grupo a expressar algo sofrido e não verbalizado até então.

Assim como para a Terapia Comunitária Integrativa, comunicação também é essencial ao ensino. Na pedagogia de Paulo Freire - Pedagogia Libertadora - o ato de ensinar consiste no constante exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, em que a informação deve ser compartilhada entre quem educa e quem é educado, tendo a educação uma mão dupla, pois quem ensina aprende<sup>44</sup>.

De acordo com o mesmo autor, a educação necessita de uma concepção problematizadora e libertadora, na qual o educador deve ter uma relação horizontal com os educandos, de diálogo libertador, acreditando no homem e ambos crescendo juntos. Além disso, para que haja uma aprendizagem efetiva, faz-se necessário que o educador, que na TCI é representado pelo terapeuta comunitário, sempre relacione a teoria e a realidade na qual o indivíduo está inserido, uma vez que isso facilitará a apreensão dos novos saberes por parte do educando, que reconhece a informação, expressa-a e correlaciona-a com a sua vivência.

O terapeuta comunitário deve possuir um perfil semelhante ao do educador de Freire, ou seja, deve respeitar os saberes do educando, bom senso, humildade, tolerância, disponibilidade para o diálogo, saber escutar e querer bem aos educandos, e, sobretudo, ter consciência de que os indivíduos só se tornam sujeitos da história através da descoberta de novos conhecimentos e de novas formas de intervir na realidade<sup>10</sup>.

Para ser um terapeuta comunitário não precisa ser um especialista ou possuir uma formação acadêmica específica, pode ser uma pessoa da própria comunidade, representante de Organizações Não Governamentais, de lideranças comunitárias e religiosas, um profissional de saúde, da educação ou de outros campos do saber. A função básica desse terapeuta é a de suscitar a capacidade terapêutica do próprio grupo. O fundamental é que a sua atuação esteja sempre

“voltada para o crescimento humano e coletivo, estimulando os laços afetivos entre as pessoas, a fim de provocar-lhes a vontade de sempre construir vínculos ou relações que confirmem segurança e pertença, pois a riqueza do grupo não está fora, mas dentro dele mesmo.”<sup>45:48</sup>

A Terapia Comunitária Integrativa tem como uma de suas características mais marcantes a busca pela constituição do indivíduo como sujeito de seu tempo e de seu espaço,

como membro de uma totalidade de que pode e deve ser voz ativa. Tal traço da Pedagogia Libertadora freiriana também está presente na luta da TCI contra o narcisismo individual e o neocolonialismo, nas suas armas usadas para a mediação e no seu objetivo, que é a construção de uma consciência crítica.

Para a TCI a competência de cada pessoa está relacionada com suas habilidades e capacidades que utiliza no seu dia a dia. Dessa forma, as rodas valorizam o seu participante a partir de sua realidade e de suas competências, e, assim como ocorre na Pedagogia Problematicadora, o conhecimento e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas em cada encontro são construídos por todos os que participam deste processo<sup>40</sup>.

Para que haja a transformação social, é necessário considerar a relação entre o conhecimento científico e o saber popular. O “saber científico” e o “saber popular” são formas de saber que se complementam, sem que seja necessário romper com a tradição ou negar as contribuições da ciência moderna. No saber popular, tem-se a influência da cultura<sup>10</sup>.

A Antropologia Cultural é uma ciência que ressalta a importância da cultura para a formação da identidade do indivíduo e do grupo. A palavra antropologia tem origem de duas palavras gregas: *anthropos*, que quer dizer homem, e *logia*, que significa estudo. Dessa forma, procura-se conhecer a humanidade, os problemas humanos e o modo de enfrentá-los<sup>46</sup>.

A cultura é um elemento de referência de onde cada membro de um grupo se baseia, retirando sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores e fazer suas opções no cotidiano. Ela interfere diretamente na definição do quem sou eu, quem somos nós<sup>10</sup>.

A cultura pode ser conceituada como “uma rede de símbolos e significados elaborados pelos seres humanos, abrangendo estruturas e significados pelos quais os indivíduos dão forma às suas experiências”<sup>47:192</sup>.

Sob a perspectiva da antropologia cultural, tais significados que os indivíduos atribuem a seus comportamentos são relevantes para a vida cotidiana, para seus desafios, alegrias, hábitos, valores e crenças. A diversidade cultural gerada pela riqueza de valores e crenças de uma cultura amplia a visão dos indivíduos acerca do mundo e abre caminhos para o respeito às diferenças (alteridade), fazendo-o enxergar além daquilo que vivencia habitualmente e a valorizar novas experiências, novos conhecimentos<sup>45</sup>. De acordo com Laplantine<sup>48:21</sup> “presos a uma única cultura, somos não apenas cegos à dos outros, mas míopes quando se trata da nossa”.

Visto que a TCI é um instrumento de resgate cultural e da autoestima das populações menos favorecidas, nas mais variadas comunidades, promovendo inclusão social e

valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo, o bom terapeuta comunitário é aquele que consegue lidar com a diferença, pois a riqueza está nela, uma vez que “cada um é rico naquilo no que o outro é pobre”<sup>10:53</sup>.

Nas rodas de terapia as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, ao serem expostos ao grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano e despertem o ser resiliente que carregam consigo.

A resiliência, último eixo teórico da TCI a ser explanado neste trabalho, é um termo que primeiro foi utilizado pela física, significando a capacidade de um material voltar ao seu estado normal, depois de ter sofrido uma pressão<sup>49</sup>.

Barreto<sup>10</sup> define resiliência como um processo em que o indivíduo pode vencer as dificuldades e as circunstâncias difíceis da vida graças a seu esforço resiliente. O autor ainda aponta como a própria história pessoal e familiar de cada participante, sendo uma fonte importante de conhecimento.

Um dos objetivos da TCI é ressaltar as habilidades de enfrentamento dos indivíduos, das famílias e das comunidades, reforçando sua dinâmica interior, para que os mesmos possam redescobrir seus valores, suas potencialidades e tornarem-se mais autônomos e menos dependentes. A partir das experiências vivenciadas pelos participantes das rodas, podem ser selecionadas estratégias de enfrentamento, uma vez que os problemas enfrentados no cotidiano são semelhantes. Entretanto, as maneiras de enfrentamento de cada participante são diferentes e, muitas vezes, tais estratégias são insuficientes na resolução desses problemas<sup>10,40</sup>.

Portanto, a Terapia Comunitária Integrativa apresenta-se como uma ferramenta que valoriza a capacidade resiliente dos indivíduos, pois durante as rodas os participantes têm a oportunidade de identificar e suscitar suas forças e capacidades para superar as dificuldades e obstáculos do cotidiano. Na TCI, a partilha de experiências de vida dos participantes das rodas reforça a autoestima, fortalece os vínculos interpessoais e estimula sua autonomia<sup>40</sup>.

### *O método*

Na Terapia Comunitária Integrativa, as pessoas sentam-se lado a lado, de modo que seja possível a visualização dos participantes entre si. Tais encontros se desenvolvem de acordo com cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e

encerramento, e são facilitados por uma equipe terapêutica, composta por dois a três membros<sup>10</sup>.

Na primeira etapa, o **Acolhimento**, coordenada pelo co-terapeuta, os participantes formam um grande círculo, onde é feita uma dinâmica de boas vindas, o que os deixa mais à vontade. Nesse momento é realizada a celebração da vida, seguindo-se de informações que explicam as regras do encontro, que seriam: fazer silêncio; não dar conselhos, nem julgar; falar da própria experiência, sempre utilizando a primeira pessoa do singular; e respeitar a história de vida de cada participante.

Em seguida vem a fase de **Escolha do tema**, na qual o terapeuta estimula os participantes a falar sobre aquilo que está trazendo sofrimento para as suas vidas. Enquanto cada pessoa vai falando, o terapeuta deve anotar o nome e o problema que ela traz, para que, ao final, possa fazer uma síntese de cada relato antes de questionar ao grupo qual daqueles deverá ser o escolhido para ser aprofundado.

No momento da **Contextualização do tema** o participante da situação problema escolhida tem a oportunidade de falar mais acerca de sua preocupação e disponibilizar novas informações. Nessa fase, é permitido ao grupo que faça perguntas para o esclarecimento do sofrimento em seu contexto. Essas perguntas contribuem para uma reflexão dos participantes acerca da sua história, colocando dúvidas nas certezas que, não raras vezes, os aprisionam e/ou os mantêm como vítimas.

A quarta etapa da roda é a **Problematização**, em que o terapeuta comunitário apresenta o mote, que significa uma pergunta-chave que vai permitir a reflexão coletiva, podendo trazer à tona situações já vivenciadas, permitindo a ressignificação e a reconstrução da realidade. As pessoas que vivenciaram situações semelhantes ao do tema do mote passam a refletir acerca de sua própria experiência e a forma como superou tal situação/problema. Dessa forma é que surgem as estratégias de enfrentamento, evidenciando o processo resiliente de cada um. Em seguida, a pessoa que teve seu problema escolhido elege, dentre as estratégias apresentadas, as mais adequadas a serem utilizadas dentro da sua problemática.

Nessa fase os indivíduos que sentiam estar solitários em sua angústia percebem que tal sentimento é compartilhado, uma vez que outras pessoas já passaram pela mesma situação ou por uma semelhante<sup>50</sup>.

Neste momento de problematização “parte-se da dimensão individual para a dimensão grupal, tecendo aquilo que liga e solidariza os participantes, iniciando a formação das teias sociais”<sup>40:36</sup>.

Ao sentir que os objetivos foram alcançados, o terapeuta parte para a última etapa do encontro: a **Finalização**. Nela é proporcionado um ambiente de interiorização, com os participantes formando uma grande roda, todos de mãos dadas ou apoiados uns nos outros, com rituais próprios, como cantos religiosos ou populares, orações e abraços. O terapeuta busca fazer conotações positivas e agradece a todos que conseguiram relatar suas histórias. Nessa roda pede-se que os participantes relatem o que vão levando daquele encontro, ou seja, qual foi a experiência adquirida com aquele encontro.

Com a realização de todas essas etapas verifica-se o quanto a TCI é um instrumento aquecedor das relações humanas, através da criação de vínculos sociais e do resgate da habilidade de superação dos infortúnios dos indivíduos.

### **2.3 O Modelo Comunitário da Saúde Mental no Sertão da Paraíba**

Diferenças culturais, valores subjetivos, teorias e diversos outros fatores e aspectos de uma sociedade afetam o modo como a mesma define a saúde mental. Dessa maneira, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, não existe uma definição oficial do que seria a saúde mental, sendo este um termo utilizado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de um indivíduo ou comunidade, podendo incluir a capacidade que um sujeito possui de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e esforços para atingir a resiliência psicológica<sup>51</sup>.

Estima-se que, em todo o mundo, aproximadamente 700 milhões de pessoas são acometidas por doenças mentais e neurológicas, o que representa um terço do total de casos de doenças não transmissíveis e 13% do total de todas as doenças do mundo. Além disso, estudos mostram que 60% das pessoas que são atendidas através de consultas na atenção primária à saúde possuem uma perturbação mental diagnosticável<sup>52,53</sup>.

Apesar de tal panorama, onde os transtornos mentais podem ser encontrados em todos os países, etnias, faixas etárias, classes econômicas, especialistas advertem que cerca de um terço dos indivíduos que possuem transtornos neurológicos ou mentais não possuem acompanhamento médico adequado<sup>52</sup>.

No intuito de reverter essa situação, a OMS recomenda aos seus países membros o investimento na integração dos serviços de saúde mental com os da atenção básica/primária, de forma a assegurar o acesso aos cuidados de saúde mental sem afastar os indivíduos de suas

famílias e/ou rotinas, evitando custos indiretos com a procura de cuidados especializados em locais distantes<sup>53</sup>.

Essa Organização também atenta para os benefícios trazidos por um modelo de saúde mental comunitária, tais como a minimização do estigma e da discriminação pelas quais passam os usuários, a eliminação do risco de violações de direitos humanos que usualmente ocorrem em hospitais psiquiátricos e a facilitação do processo de reinserção social desses sujeitos<sup>53</sup>.

No Brasil, o número de pessoas que possuem algum transtorno mental é elevado, ficando entre 32 e 50 milhões de brasileiros. Cerca de 6% de nossa população possui uma doença mental grave e 3,1% um transtorno persistente. Estudos revelam que os homens são mais acometidos por transtornos ligados ao uso/abuso de substâncias psicoativas; já os transtornos que mais prevalecem entre as mulheres são o de ansiedade, humor e somatoformes<sup>54,55</sup>.

Entretanto, são quase que inexistentes estudos epidemiológicos na área de saúde mental que retratem um panorama detalhado no âmbito nacional, uma vez que grande parte das pesquisas aborda a prevalência ou incidência de transtornos que acometem apenas determinadas populações, centralizando-se na região Sudeste e Sul do país<sup>56</sup>.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tornou-se um projeto político institucionalizado do Governo Federal e tem como objetivo a desconstrução do modelo segregador, violento e excludente de instituições manicomiais e asilares, assim como a construção de novos espaços terapêuticos, que proporcionem a recuperação da identidade perdida e cidadania dos indivíduos que possuem algum transtorno mental<sup>57</sup>.

Nessa direção, o governo brasileiro passou a investir em novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, cooperativas de trabalhos, entre outros, que possibilitassem à assistência as doenças mentais dentro das comunidades, evitando o isolamento social, reduzindo fatores de risco e dando mais autonomia aos indivíduos<sup>57</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, até o ano de 2011 a rede de saúde mental brasileira era composta por 1742 CAPS, 625 Serviços de Residência Terapêutica, 3961 usuários vinculados ao Programa de Volta para Casa (PVC), 92 Equipes de Consultórios na Rua, 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais e 198 hospitais psiquiátricos, com um total de 32.284 leitos tendo sido destinado mais de 70% do orçamento anual do SUS na área de Saúde Mental para ações comunitárias<sup>58</sup>.

Os fatos supracitados refletem avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária brasileira, que tem como objetivo a ressocialização dos indivíduos por intermédio do tratamento em instituições abertas, que contam com a contribuição e interação de diversas modalidades de abordagens terapêuticas, como grupos operativos, comunitários, psicoterapêuticos, de cidadania, atividades culturais e, mais recentemente, rodas de Terapia Comunitária Integrativa<sup>58,59</sup>.

Os últimos dados sobre a prevalência de transtornos mentais na população paraibana são do ano de 2005, através de uma pesquisa realizada em 157 municípios, que evidenciou que dos 61.873 usuários atendidos pelo Programa de Saúde Mental, 24,4% possuíam esquizofrenia ou transtornos esquizotípicos e delirantes, 22% eram acometidos por transtornos episódicos e paroxísticos e 19,4% apresentam transtornos neuróticos, relacionados com o “stress” ou somatoformes, havendo uma predominância de acometimento na faixa etária entre 20 e 39 anos<sup>60</sup>.

Esse mesmo estudo revela a predominância de uma conduta terapêutica relacionada à distribuição de fármacos no estado, em detrimento de outras atividades, como oficinas terapêuticas, visita domiciliar, atendimento individual ou coletivo, refletindo a hegemonia do modelo biomédico baseado no medicamento<sup>60</sup>.

De acordo com a área técnica de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), atualmente a rede estadual de serviços oferecidos aos usuários portadores de transtorno mental dispõe de 81 CAPS, 05 Equipes de Consultório na Rua, 16 Serviços de Residência Terapêutica, 01 Unidade de Acolhimento Transitório infantojuvenil, 84 usuários vinculados ao PVC e 05 hospitais psiquiátricos, serviços que estão concentrados no entorno das duas maiores cidades do estado: João Pessoa (capital) e Campina Grande<sup>61</sup>.

Dos 83 municípios do sertão paraibano, apenas 15 (18%) possuem serviços substitutivos, somando 26 CAPS (sendo 10 do tipo I), 04 residências terapêuticas e 12 usuários participantes do PVC<sup>61</sup>. Dessa maneira, analisa-se que a rede de saúde mental dessa região ainda é bastante frágil, não sendo proporcional ao tamanho do seu território, contando com poucas ações desenvolvidas dentro da atenção básica.

Esse tipo de situação também ocorre entre outras regiões do país, onde os serviços de saúde em geral tendem a se concentrar em algumas cidades da rede urbana, em especial nas de grande e médio porte, dando-lhes centralidade no acesso à saúde e obrigando os moradores de pequenas cidades a se deslocarem para os grandes centros em busca de assistência<sup>62,63</sup>.



Um estudo realizado em um hospital psiquiátrico, referência para o atendimento psiquiátrico no estado do Rio Grande do Norte, evidenciou uma correlação direta entre a expansão da rede de saúde mental pelo interior do estado e a redução do quantitativo de reinternações psiquiátricas e da demanda por atendimento de urgência no referido hospital<sup>64</sup>.

Outra pesquisa, realizada nas zonas rurais das cidades de Cajazeiras, Bom Jesus e Joca Claudino, alto sertão paraibano, revelou que a quantidade insuficiente de serviços substitutivos da região leva os familiares de usuários com transtornos mentais a recorrerem a internamentos em hospitais psiquiátricos nos momentos de crise de seus parentes, contribuindo para reprodução do modelo asilar nesse território. Além disso, outro resultado desse estudo foi de que as práticas de cuidado ainda estão vinculadas a um modelo de atenção à saúde mental excludente e opressivo, que destitui os indivíduos de sua autonomia<sup>65</sup>.

Para uma melhor compreensão do nível de sofrimento psíquico ao qual o povo sertanejo está exposto, torna-se necessário resgatar um pouco da história/cultura dessa região.

O povo sertanejo, originado da miscigenação de europeus, índios e negros, é marcado pela sua religiosidade, rusticidade e “brabeza”. O antropólogo Darcy Ribeiro<sup>66</sup>, acrescenta a tais características o fatalismo messiânico, presente tanto na guerra de Canudos, como no cangaço. Na literatura, Euclides da Cunha<sup>67</sup> o define como um homem que possui uma aparência de cansaço, que engana, uma vez que se trata de um povo forte, não possuindo “o raquitismo exaustivo dos mestiços neurastênicos do litoral”.

Observa-se que a natureza e os gêneros de vida local do sertão impregnam e são reforçados pelo imaginário social, ou seja, a paisagem literária também se torna uma experiência político-cultural.

A população sertaneja caracteriza-se, sobretudo, como rural, pouco abastada, com um grande número de pessoas analfabetas e marcada pela mobilidade, consequência dos ciclos de produção do passado e da falta de uma política agrária efetiva no presente<sup>68</sup>.

Sua sociedade pode ser classificada como dispersa por diferentes fatores, como o forte calor, a variedade das origens étnicas e a influência dos diversos grupos de clientelismo político que existem na região, sendo dividida pela geografia, acaba por isolar-se em pequenos grupos<sup>68</sup>.

A seca faz parte da história do sertão. Ciclos de fortes estiagens costumam atingir a região em intervalos que variam de poucos anos a décadas. Além de interferir nas condições de vida do povo sertanejo, a seca possui um lado mortal, estima-se que como resultado da sua ocorrência nos séculos XIX e XX três milhões de pessoas faleceram, equivalendo-se a um

novo holocausto. A seca durante os anos de 1877-1879, conhecida por ser uma das mais cruéis, teria dizimado cerca de 4% da população nordestina e quase que a totalidade dos rebanhos, tornando o Nordeste uma “região problema” desde então<sup>69</sup>.

Torna-se necessário ressaltar que as condições ambientais da região podem dificultar a vida de seu povo, exigindo uma gestão dos recursos naturais e da água de qualidade, entretanto, tais condições não podem ser responsabilizadas pelo quadro de pobreza amplamente manipulado e sofridamente tolerado. Observa-se que, mais do que água, faltam empenho e racionalidade das organizações públicas e privadas envolvidas no negócio da seca<sup>70</sup>.

O descaso do Governo e da própria sociedade para com essa realidade transformou o Sertão em uma terra que, aparentemente, não possui história, visto que os problemas persistem ao longo dos tempos, como se nada tivesse sido alterado e o presente fosse um eterno passado, levando milhares de nordestinos a buscarem outras paisagens para a sobrevivência de suas famílias, abandonando a região, provocando êxodos desestabilizadores<sup>69</sup>.

Tais situações de sofrimento e vulnerabilidade social certamente estão associadas ao aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas na região. Um levantamento realizado pela Confederação Nacional dos Municípios<sup>71</sup> revelou um aumento no uso de crack em municípios de médio e pequeno porte, sendo a presença do crack e de outras drogas um problema não mais relacionado exclusivamente aos grandes centros urbanos.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de ampliar e implementar serviços e práticas de saúde mental comunitária nessa região, a fim de atender às especificidades locais e construir uma rede integrada de assistência, hierarquizada, que atue com base na perspectiva da territorialidade.

Com o intuito de fortalecer esse modelo comunitário de saúde mental, foi realizada a formação em TCI com profissionais de municípios do sertão paraibano, capacitando 112 terapeutas comunitários, dos quais 76% são profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, ilustrando a intencionalidade de aplicação da terapia na atenção básica/primária<sup>12</sup>.

Nessa região, a Terapia Comunitária Integrativa possibilitou a formação de um espaço de escuta e trocas subjetivas, sendo fomentadora de redes sociais para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde mental daquela população, além de ofertar aos profissionais de saúde uma nova estratégia para assistir ao coletivo<sup>12</sup>.

A tática corrobora os resultados de outras pesquisas, que mostram que, ao longo do tempo, a TCI vem se revelando como uma importante ferramenta na consolidação de um modelo comunitário dentro da atenção primária à saúde, em especial na ESF, auxiliando os profissionais no manejo das demandas da população com sofrimento emocional e em situações de vulnerabilidade para o adoecimento mental<sup>37,40, 46,57</sup>.

# **CAMINHO METODOLOGICO**

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo avaliativo, que utilizou a abordagem qualitativa para compreender o processo de implantação da Terapia Comunitária Integrativa no sertão do Estado da Paraíba. As avaliações qualitativas têm como matéria-prima a interpretação dos sujeitos sobre a ação avaliada, sobre sua própria participação nessa ação, contextualizando este campo de opiniões, crenças e valores às suas condições sociais de produção<sup>72</sup>.

A abordagem qualitativa pode ser empregada em qualquer modalidade de avaliação, dentre eles a avaliação do processo, de resultados ou impacto. A partir do estudo proposto caminha-se para uma avaliação desde o processo de implantação da terapia comunitária na região, até os resultados dessa implantação. Para isso deseja-se compreender quais os significados que os sujeitos atribuem às dimensões do processo ou como ocorre a interface entre a realização das ações e os discursos sobre essas ações<sup>72</sup>.

A avaliação propicia um processo de discussão sobre os obstáculos encontrados, do papel que cada um desempenhou para a situação atual e para a superação das dificuldades<sup>72</sup>. Portanto, cria condições ideais de mobilização e reflexão crítica a que o estudo se propõe.

Para embasar a análise do material empírico é necessário localizar a TCI no contexto em que esta ferramenta se insere. Dessa maneira, a utilização da abordagem compreensiva interpretativa torna-se importante por ela considerar o fenômeno social como algo histórico, que só poderá ser compreendido por meio de sua historicidade e na historicidade em que se localiza o pesquisador que o interpreta<sup>72</sup>.

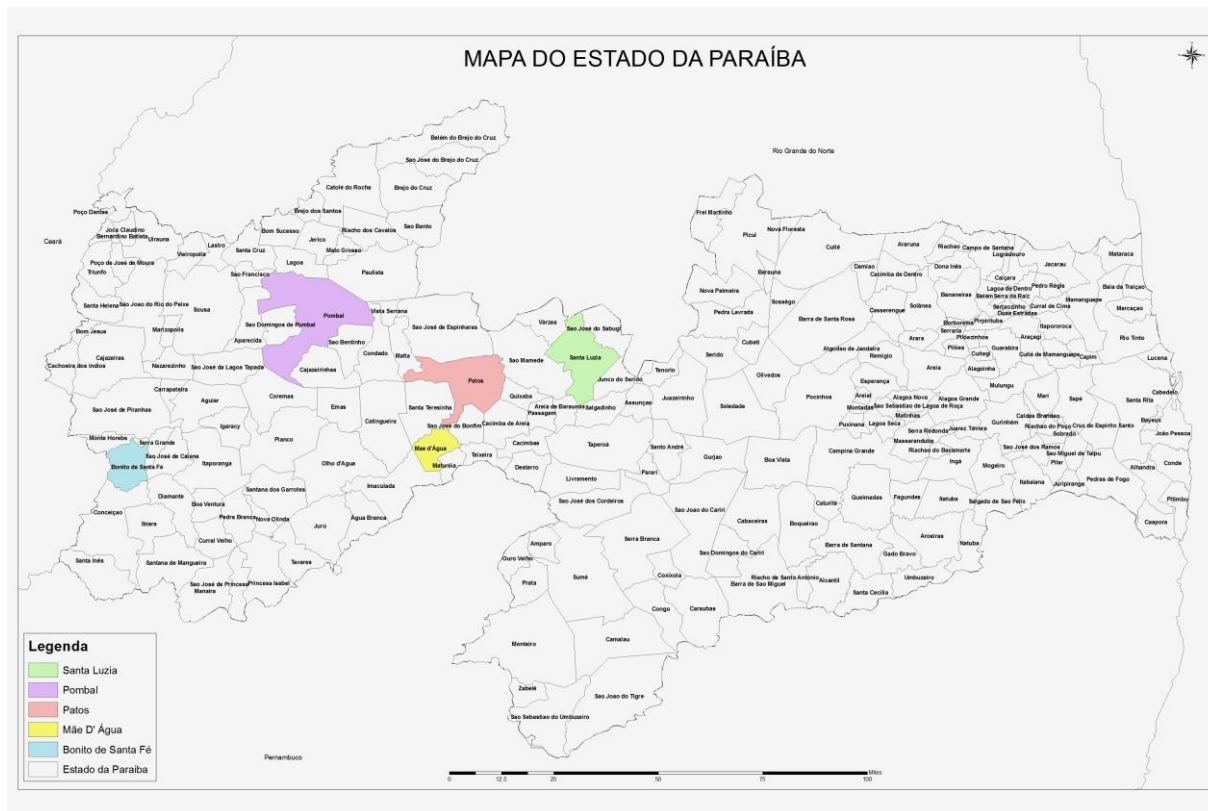
A compreensão aspira interpretar o sentido da ação, reconfigurando as complexas e diversas motivações de seus agentes. A interpretação não se resume a uma mera reprodução dos fatos, mas uma construção negociada entre o sentido atribuído pelo autor e pelo colaborador, sendo a interpretação qualitativa uma representação diferente do real, por ser modelada e construída<sup>72,73</sup>.

#### 3.1 Local da pesquisa de campo

Para esta pesquisa, elegeram-se como cenários cinco municípios do Nordeste, localizados no sertão paraibano: Bonito de Santa Fé, Pombal, Santa Luzia, Patos e Mãe d'Água, conforme a figura 01. Tais municípios foram escolhidos por possuírem terapeutas formados pelo Polo MISC-PB no período de 2008 a 2010, através do convênio firmado entre

o Ministério da Saúde, MISMEC-CE e UFC, que continuam desenvolvendo rodas vinculadas a serviços de saúde no âmbito do território municipal.

**Figura 01:** Mapa da Paraíba e a localização dos cenários do estudo. João Pessoa, PB, 2014.



Desde os primórdios da história brasileira, o Sertão configura-se numa perspectiva dualista: inferno ou paraíso, sempre dependendo do lugar de quem falava. Para a Coroa Portuguesa designava um exílio temporário. Para o habitante da cidade, um lugar desconhecido, habitado por um povo aculturado, repleto de feras e seres indomáveis. Para o bandeirante uma região perigosa, mas fonte de riquezas. Já para os índios e escravos fugitivos representava a esperança da liberdade<sup>74,75</sup>.

O termo sertão foi trazido para o Brasil pelos colonizadores, que assim nomearam as terras que se estendiam para além de seus acampamentos, localizados no litoral. Esse vocábulo já era utilizado em Portugal para denominar o espaço geográfico que ficava dentro dos limites do país, porém distante de Lisboa, sendo bastante utilizado pela Coroa, até o final do século XVIII, nas colônias, nomeando o outro, o distante. Dessa forma, o nome veio de Portugal, mas só adquiriu grande significação em terras brasileiras, devido à extensão de nosso território<sup>76,77</sup>.

A sua origem etimológica ainda é bastante controversa, entretanto estudiosos como Teles (2009) referem uma possível explicação através do termo *desertum*, que denota “o que

sai da fileira”, vocábulo que passou a ser utilizado na linguagem militar para indicar o indivíduo que deserta, que sai da ordem, ou que desaparece. Desse vocábulo derivou-se o substantivo *desertanum*, utilizado para designar o lugar desconhecido onde se escondia o desertor<sup>76</sup>.

Segundo o mesmo autor, possivelmente, o adjetivo *Certum*, proveniente da expressão *domicilium certum*, denominado no português arcaico como *certão*, contagiou o significante e significado do termo *de-setanum*, que passou a ser considerado como “lugar incerto”. Assim, sertão passou a designar um sítio distante de quem está falando, sendo que quem falava sempre “estava no litoral”, enquanto o outro, o interlocutor, se distanciava no espaço contextualizado<sup>76</sup>.

Na Paraíba, cerca de 90% da área territorial do seu sertão apresenta áreas susceptíveis à desertificação, graças ao seu clima predominantemente seco. Além disso, segundo o Programa de Ação Nacional de Combate a Desertificação e Mitigação dos Efeitos da Seca, o estado possui o maior percentual de áreas com nível de degradação da terra considerado como muito grave (29%), o que significa dizer que, dos duzentos e vinte e três municípios paraibanos, duzentos e oito podem ser ou estão sendo afetados por um processo de desertificação<sup>78</sup>.

Assim como no sertão de outros estados do Nordeste, o avanço para o interior paraibano foi impulsionado pela busca de alternativas econômicas. A guerra contra os holandeses, durante o período colonial, ressaltou uma das principais características do que viria a ser o “ser paraibano”: a bravura. Entretanto, o término de tal campanha militar também arruinou a economia da província, levando os indivíduos desbravarem o interior do Estado<sup>79</sup>.

Atualmente, o Sertão da Paraíba é composto por 83 municípios, sendo a cidade de Patos considerada como sua “capital”, o terceiro maior polo do Estado. Possui uma área geográfica de 512,8 km<sup>2</sup> e uma população de 100.674 habitantes. Devido a sua localização geográfica e condições de infraestrutura, esse município exerce uma forte influência na região, recebendo diariamente um contingente populacional considerável. Na área de saúde mental, possui uma rede composta por três CAPS, sendo um do tipo II, um infantil e um destinado ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas<sup>61,79</sup>.

Dentro da região metropolitana de Patos está situado o município de Mãe d’Água, com uma área de 177 km<sup>2</sup> e população de 4.019 habitantes; esta cidade não possui serviços substitutivos em saúde mental próprios, sendo a demanda atendida pela rede de Patos<sup>61,79</sup>.

A cidade de Bonito de Santa Fé está localizada no extremo oeste do Estado, possuindo uma população de 10.804 pessoas e uma área de 228 km<sup>2</sup>. Em relação aos serviços substitutivos, não existe nenhum dispositivo. Dessa forma, quando necessitam, os cidadãos do município são referenciados aos serviços do município de Cajazeiras<sup>61,79</sup>.

O município de Pombal é uma das cidades mais antigas da Paraíba, tendo sido fundada no final do século XVII, foi elevada a vila em 1766 e em 1862 elevou-se à categoria de cidade. Possui uma população de 32.110 pessoas, numa área territorial de 890 km<sup>2</sup>, sendo a segunda maior do Estado em questão territorial. Sua rede de saúde mental é semelhante à de Patos, sendo composta por três CAPS, um do tipo II, um infantil e um para álcool e outras drogas, do tipo III<sup>61,79</sup>.

Já a cidade de Santa Luzia possui 14.719 habitantes e uma área de 442 km<sup>2</sup>. Por ser cercada por três açudes, também é conhecida como "Cidade Ilha" ou "Veneza Paraibana". Quanto à rede de serviços substitutivos em saúde mental possui apenas um CAPS do tipo I<sup>61,79</sup>.

### 3.2 População e amostra

Na Paraíba, a formação de duas turmas, que contaram com a participação dos municípios de Catingueira, Itaporanga, Mãe d'Água, Patos, Piancó e Princesa Isabel na turma iniciada no ano de 2008, e das cidades paraibanas de Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Campina Grande, Pombal, Santa Luzia, Sousa e Uiraúna, e potiguar de Pau-dos-Ferros, na turma de 2009, totalizando a formação de 112 terapeutas.

Entretanto, em virtude da especificidade dos objetivos deste estudo, foram excluídos os participantes das cidades de Campina Grande (Paraíba) e Pau-dos-Ferros (Rio Grande do Norte), que possuíam dois e nove terapeutas formados, respectivamente, por não integrarem a região do Sertão da Paraíba. Dessa forma, apenas 101 terapeutas constituíram a população desta pesquisa (tabela 01), conforme perfil profissiográfico da tabela 02.

**Tabela 01:** Quantidade de Terapeutas Comunitários formados no Sertão da Paraíba. João Pessoa, PB, 2014.

Número de Terapeutas Formados			%
Turma 2008-2009	Catingueira	02	2%
	Itaporanga	09	9%
	Mãe d'Água	04	4%



	Patos	22	21%
	Piancó	05	5%
	Princesa Isabel	15	15%
Turma 2009-2010	Bonito de Santa Fé	06	6%
	Cachoeira dos Índios	01	1%
	Cajazeiras	01	1%
	Pombal	11	11%
	Santa Luzia	11	11%
	Sousa	08	8%
	Uiraúna	06	6%
TOTAL		101	100%

Fonte: ARARUNA, 2011.

**Tabela 02:** Distribuição dos profissionais formados segundo as variáveis profissiográficas. João Pessoa, PB, 2014.

	Quarta Tuma (2008-2009)	%	Quinta Turma (2009-2010)	%	TOTAL	%
<b>Número de terapeutas</b>	57	56%	44	44%	101	100%
<b>Sexo</b>						
Feminino	51	89%	39	71%	90	89%
Masculino	06	11%	05	9%	11	11%
<b>Faixa etária</b>						
21 a 39 anos	46	81%	32	73%	78	77%
40 a 59 anos	10	17%	12	27%	22	22%
60 anos ou mais	01	2%	-	-	01	1%
<b>Profissão</b>						
Enfermeiro	16	28%	16	37%	32	32%
Médico	01	2%	01	2%	02	2%
Odontólogo	03	5%	-	-	03	3%
Técnico de Enfermagem	-	-	03	7%	03	3%
ACS	34	60%	20	46%	54	53%
Fisioterapeuta	-	-	01	2%	01	1%
Psicólogo	02	3%	01	2%	03	3%
Assistente Social	01	2%	-	-	01	1%
Pedagogo	-	-	01	2%	01	1%
Advogado	-	-	01	2%	01	1%
<b>Local de trabalho</b>						
SMS	01	2%	10	23%	11	11%
ESF	52	91%	33	75%	85	84%
CRAS	3	5%	-	-	03	3%
Não especificado	1	2%	1	2%	02	2%

Fonte: ARARUNA, 2011.

A seleção da amostra de participantes obedeceu ao seguinte critério de inclusão: realizar rodas de TCI no município pelo qual fez a formação; assim como aos critérios de exclusão: 1) não ter realizado rodas de TCI durante o ano de 2013; 2) desenvolver rodas de TCI exclusivamente em cenários que não estejam atrelados a serviços de saúde.

Além dos terapeutas selecionados, com o intuito de auxiliar na elucidação da implantação da TCI nos municípios do sertão paraibano, o Polo Formador na Paraíba MISC-PB indicou um de seus membros que participou desse processo de formação para tomar parte do estudo.

Dessa maneira, a amostra do estudo, do tipo intencional, foi composta por 17 trabalhadores da área de saúde, vinculados às Secretarias de Saúde, no âmbito dos serviços e da gestão, que desenvolviam rodas de Terapia Comunitária Integrativa nos municípios pelos quais realizaram a formação, conforme quadro 01, e por uma terapeuta comunitária, membro do Polo MISC-PB, que participou da formação dos referidos terapeutas.

**Quadro 01:** Comparativo entre o número de terapeutas que concluíram a formação e que continuam desenvolvendo rodas de TCI em serviços de saúde de municípios pelos quais realizaram a formação. João Pessoa, PB, 2014.

<b>Turma</b>	<b>Município</b>	<b>Número de Terapeutas Formados</b>	<b>Número de terapeutas que continuam desenvolvendo as rodas</b>	<b>%</b>
Turma 2008-2009	Mãe d'Água	04	01	25%
	Patos	22	02	9%
Turma 2009-2010	Bonito de Santa Fé	06	02	33%
	Pombal	11	05	45%
	Santa Luzia	11	07	64%
<b>TOTAL</b>		<b>101</b>	<b>17</b>	<b>17%</b>

### **3.3 Instrumento e técnica de coleta do material empírico**

A técnica utilizada para coleta do material empírico foi a entrevista semiestruturada através de um roteiro previamente elaborado, que busca respostas para as indagações norteadoras da investigação.

A entrevista foi dividida em duas partes (Apêndice A e B), sendo a parte I destinada à identificação geral dos participantes e a parte II abordando o processo de implantação e continuidade das rodas de Terapia nos municípios.

Ressalta-se que as entrevistas só foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante do Apêndice C, pelo sujeito do estudo, autorizando sua participação e divulgação do material coletado.

### **3.4 Procedimentos para coleta do material empírico**

Os procedimentos para a coleta do material empírico seguiram as seguintes etapas: 1<sup>a</sup>) estabelecimento de contato com os terapeutas participantes das duas turmas de formação, a fim de elaborar um mapa descrevendo quais sujeitos se encaixavam nos critérios estabelecidos pela pesquisa, assim como os grupos nos quais eles atuavam e a frequência de realização das rodas; 2<sup>a</sup>) esclarecimento aos terapeutas selecionados, mediante os critérios estabelecidos, acerca dos objetivos do estudo; 3<sup>a</sup>) verificação se o mesmo tinha interesse em colaborar com a pesquisa; 4<sup>a</sup>) agendamento das entrevistas.

A coleta do material empírico ocorreu nos meses de abril, julho e setembro do ano de 2013. A pesquisadora agendou as entrevistas e foi aos municípios de residência dos terapeutas para sua realização. Tais entrevistas foram realizadas individualmente, em local e horário de escolha dos participantes.

Durante as entrevistas utilizou-se do auxílio de um gravador, de um diário de campo, para auxiliar no registro das mensagens advindas da linguagem não verbal e do ambiente, e de uma ficha técnica com o guia das perguntas a serem realizadas.

### **3.5 Análise do material empírico**

Para a análise do material empírico empregou-se a análise de conteúdo temática proposta por Bardin, que tem como finalidade a descrição objetiva do material qualitativo para sua posterior investigação, sendo o tema a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto, de acordo com os critérios da teoria utilizada como guia de leitura<sup>80</sup>.

Segundo Bardin<sup>81:153</sup>, dentre as diferentes técnicas da análise de conteúdo, a mais antiga e utilizada é análise temática, que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos”.

Esta técnica possui três etapas fundamentais: pré-análise, na qual é realizada uma organização do esquema de trabalho a ser utilizado; a exploração do material, no qual os

dados são codificados, cumprindo o esquema elaborado na fase anterior; e o tratamento dos resultados, onde o pesquisador busca tornar os resultados encontrados em dados válidos e significativos<sup>81</sup>.

Operacionalmente, após a transcrição das entrevistas gravadas, iniciou-se a primeira etapa da análise temática, a pré-análise. Nela foi realizada uma leitura de primeiro plano dos depoimentos dos terapeutas, buscando aprofundar-se nos conceitos expressos sobre a experiência de implantação e implementação das rodas, deixando-se impregnar pelo conteúdo do material.

Posteriormente, durante a etapa de exploração do material, foi realizada uma operação classificatória que objetivava alcançar o núcleo de compreensão do texto, tendo sido identificadas as categorias responsáveis pela especificação dos temas.

Por fim, os dados obtidos foram submetidos a operações estatísticas simples, que permitiram dar relevo às informações dispostas no texto, sendo elaborada uma síntese interpretativa para dialogar temas como objetivos, questões da pesquisa.

Dessa maneira emergiram do texto três Categorias Temáticas: I) Da aroeira à macambira: o processo de implantação da TCI no sertão paraibano; II) Realizar rodas de TCI: a vivência do terapeuta; II) A formação em TCI e suas repercussões no viver dos terapeutas.

Ressalta-se que as subcategorias decorrentes dessas categorias serão apresentadas posteriormente e discutidas à luz da literatura pertinente.

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) através da Plataforma Brasil, CAAE: 15263813.3.0000.5188 (Anexo A), do qual obteve parecer favorável de nº 261.556 para a pesquisa de campo, conforme preconizado pela resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para resguardar o caráter confidencial das informações dos participantes do estudo, sugeriu-se a criação de pseudônimos, sendo acordada a utilização de nomes de plantas que fazem parte da vegetação típica da região sertaneja, uma vez que, assim como os terapeutas participantes desta pesquisa, estas plantas são sinônimas de resistência às dificuldades impostas pelo ambiente, sempre servindo de apoio ao povo sertanejo, mesmo nos períodos de secas mais cruéis.

Dessa forma, os sujeitos escolheram os pseudônimos Aroeira, Coroa-de-frade, Juazeiro, Umbuzeiro, Xique-xique, Cactos, Mandacaru, Quixabeira, Capim-rosado, Acácia, Mimosa, Baraúna, Jurema, Jatobá, Mulungu, Palma, Imburana e Macambira.

# **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Caracterização dos terapeutas em atuação no Sertão paraibano

Dos 17 terapeutas que continuam realizando rodas de TCI em serviços de saúde no Sertão paraibano, sete são provenientes do município de Santa Luzia, cinco são da cidade de Pombal, um é de Mãe d'Água e os demais são originados das cidades de Bonito de Santa Fé e Patos, possuindo um perfil profissiográfico conforme evidencia a tabela 03.

**Tabela 03:** Distribuição dos terapeutas que continuam realizando as rodas de TCI segundo as variáveis profissiográficas. João Pessoa, PB, 2014.

	Quarta Turma (2008- 2010)	%	Quinta Turma (2009- 2011)	%	TOTAL	%
<b>Número de terapeutas que continuam realizando as rodas</b>	03	18%	14	82%	17	100%
<b>Sexo</b>						
Feminino	03	100%	12	86%	15	88%
Masculino	-	-	02	14%	02	12%
<b>Faixa etária</b>						
21 a 39 anos	-	-	04	29%	04	24%
40 a 59 anos	03	100%	09	64%	12	70%
60 anos ou mais	-	-	01	7%	01	6%
<b>Profissão</b>						
Enfermeiro	01	33%	04	29%	05	29%
Médico	-	-	01	7%	01	6%
ACS	02	67%	07	50%	09	53%
Psicólogo	-	-	01	7%	01	6%
Advogado	-	-	01	7%	01	6%
<b>Local de trabalho</b>						
SMS	-	-	04	29%	04	24%
ESF	03	100%	10	71%	13	76%

Os dados revelam que 15 terapeutas (88%) são do sexo feminino e dois (12%) são do sexo masculino. De acordo com a faixa etária, predomina a população com idade entre 40 e 59 anos, com 12 pessoas, representando 70%.

Quanto à profissão, nove (53%) são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco (29%) são enfermeiros e as categorias profissionais de médico, psicólogo e advogado contam

cada uma com um terapeuta participante, significando 6% por categoria. Dentre esse quantitativo, 13 participantes (76%) têm a ESF como local de trabalho e 04 (24%) integram a gestão municipal, trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde.

Ao avaliar o perfil geral dos terapeutas comunitários entrevistados, observou-se que, assim como nos cursos de formação, proporcionalmente há uma representação significativa de enfermeiros e ACS que continuaram desenvolvendo as rodas anos após a formação.

A partir dessa informação é possível inferir que a Terapia Comunitária Integrativa foi incorporada na prática dos enfermeiros e ACS de forma duradoura, preenchendo possíveis lacunas dessas classes profissionais em relação ao desenvolvimento de um trabalho comunitário com mais envolvimento, sendo uma ferramenta de cuidado compatível com a prática de uma promoção da saúde ancorada nas necessidades dos usuários.

Outro aspecto também encontrado nas formações em TCI é a maioria feminina, refletindo uma tendência que a mulher possui de exercer o papel de cuidadora nos mais diferentes espaços, além de comungar com o quadro de recursos humanos em saúde, na qual há uma prevalência do sexo feminino.

A faixa etária predominante nas turmas de formação do convênio, na Paraíba e no Brasil, foi a de jovens profissionais recém ingressos no SUS (21 a 39 anos), o que sinalizava o interesse dos mesmos por mudanças no processo de trabalho dos serviços de saúde<sup>11,12</sup>. Entretanto, esta pesquisa evidencia que a faixa etária que predomina entre os terapeutas que continuam realizando as rodas no Sertão (40 a 59 anos) difere daquela do convênio, sendo possível inferir que, mesmo tendo uma idade mais elevada, tais terapeutas também buscam novas ferramentas para as suas práticas, sendo mais persistentes na sua continuidade.

Torna-se oportuno ressaltar que a TCI não exige uma faixa etária específica para realizar a formação, assim como não é necessária uma formação específica no ensino superior, uma vez que o que realmente importa é o comprometimento do indivíduo com a comunidade. As únicas restrições são quanto às pessoas que não possuam disponibilidade mental/emocional para participar das vivências do curso, e adolescentes ou crianças, por não terem maturidade dos pensamentos suficientes<sup>32</sup>.

Juntos, os participantes desta pesquisa realizaram mais de 1000 Terapias comunitárias nos seus municípios, o que equivale a uma média de realização de 90 rodas por terapeuta, desde o início da formação.



**Quadro 02:** Distribuição do número de rodas realizadas por município. João Pessoa, PB, 2014.

<b>Município</b>	<b>Número de rodas realizadas</b>	<b>%</b>
Bonito de Santa Fé	100	10%
Mãe d'Água	90	9%
Patos	110	11%
Pombal	205	20%
Santa Luzia	400	40%
<b>TOTAL</b>	<b>1010</b>	<b>100%</b>

Quanto à periodicidade de realização dessas rodas, atualmente, sete participantes informaram que realizam rodas de terapia uma vez ao mês, cinco terapeutas relataram realizar a TCI quinzenalmente e os demais referiram realizar as rodas apenas esporadicamente, conforme a sua disponibilidade e as necessidades da comunidade.

Os grupos com os quais eles mais trabalham são os mistos e o de gestantes, sendo seguidos pelos grupos de mulheres, adolescentes, idosos e pacientes acometidos por diferentes patologias, como câncer, hipertensão e diabetes.

Os espaços utilizados para a realização de rodas são diversos. Assim como em outras regiões, os equipamentos sociais como Igreja, praças, creches e centros sociais foram bastante citados pelos colaboradores. A TCI também vem sendo desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família, em salas de serviços como Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centro de Referência da Assistência Social, CAPS e Policlínica.

Torna-se necessário ressaltar que, por considerarem a TCI como uma importante ferramenta para a AB, os municípios de Santa Luzia e Pombal destinaram um espaço (sala) nas suas Policlínicas para a realização de práticas como a Terapia Comunitária Integrativa.

## **4.2 Categorias Temáticas**

### **I. Da aroeira à macambira: o processo de implantação da TCI no Sertão paraibano**

O processo de implantação da TCI teve início com a formação do profissional, visto que é nesse momento que surgiu um novo ator social: o terapeuta comunitário, que através de sua atuação possibilitou a criação de espaços de acolhimento, de encontro e partilha, assim como o fortalecimento das redes de apoio social.

Dessa maneira, a fim de retratar esse processo, emergiram dessa Categoria Temática duas subcategorias: a) A formação em TCI: imersão para o autoconhecimento necessário ao terapeuta e b) Na comunidade: reflexão-ação-reflexão.

#### **a) A formação em TCI: imersão para o autoconhecimento necessário ao terapeuta**

Nas turmas custeadas pelo convênio do Ministério da Saúde, no ano de 2008, os critérios estabelecidos para que os municípios pudessem participar das formações foram de que os mesmos tivessem 70% de cobertura da ESF nos municípios com até 30.000 habitantes, 50% de cobertura em cidades com até 100.000 habitantes e 30% para as que possuíam acima de 100.000 habitantes<sup>11</sup>.

No ano de 2009, o Ministério requereu a participação dos municípios no Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), tendo em vista concentrar ações nos lugares onde o programa estava atuando<sup>11</sup>.

Pensando no papel que o ACS possui dentro da ESF, o Ministério da Saúde determinou que, para as turmas conveniadas, a proporção fosse de dois agentes de saúde para cada profissional da Estratégia de Saúde da Família, visando à possibilidade que esse profissional tem de agir como um facilitador de mudanças na sua comunidade, promovendo um ambiente de escuta, prevenção e inserção social<sup>43</sup>.

Além de tais requisitos, na Paraíba, o Polo formador MISC-PB escolheu realizar tal formação com municípios do sertão paraibano em virtude da distância dos mesmos da capital, do pequeno porte da maioria dos municípios da área e pelas poucas ações/serviços voltados

para a promoção e prevenção na saúde mental comunitária existentes na região na época, o que corrobora o depoimento da enfermeira Mulungu, integrante do polo formador:

A escolha pelo sertão do Estado se deu em virtude de ser distante da capital, não se ter relato de atividades voltadas à saúde mental comunitária, história de elevado índice de suicídio e consumo de benzodiazepínicos, esse se dando pela prática medicamentosa (Mulungu - Enfermeira).

A adesão dos municípios era voluntária, ou seja, a gestão municipal deveria sinalizar interesse de que os seus profissionais participassem da formação, se comprometendo a custear a hospedagem, transporte e alimentação dos cursistas<sup>11</sup>.

Antes de realizar a capacitação, os polos formadores organizam oficinas de divulgação e sensibilização para a apresentação da TCI, seus objetivos, referencial teórico e o papel do terapeuta comunitário aos participantes/gestores. Nesses encontros são esclarecidas possíveis dúvidas quanto a proposta da terapia, evitando desistências posteriores e mal entendidos<sup>82</sup>.

No caso da formação no Sertão da Paraíba, no primeiro momento houve contato com os gestores durante a realização de um congresso de secretários municipais de saúde, organizado pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS/PB) no ano de 2008, tendo sido apresentada a proposta da TCI e de sua formação, sendo agendadas sensibilizações nos municípios envolvidos com os profissionais da saúde. No processo da segunda turma de formação pelo Ministério da Saúde, utilizou-se dos contatos adquiridos durante a turma de 2008, bem como a divulgação através de congressos de saúde na região. Nessa época, alguns gestores já conheciam a proposta da TCI em virtude de experiências em municípios circunvizinhos, promovendo um maior envolvimento, como retrata a fala da integrante do Polo formador:

Demos início à divulgação e sensibilização em um congresso organizado pelo COSEMS, aqui em João Pessoa, onde havia diversos gestores reunidos [...] na segunda turma, muitos gestores já conheciam a TCI pela experiência de municípios vizinhos e quiseram logo aderir. Além disso, aproveitamos para divulgar a terapia nos congressos de saúde que aconteceram na região (Mulungu - Enfermeira).

Barreto e colaboradores<sup>11</sup> reforçam que a divulgação e sensibilização prévia dos gestores e/ou profissionais da proposta da TCI foi um dos motivos mais apontados pelos gestores para aceitação da parceria no projeto.

Corroboram essa assertiva os depoimentos das profissionais Jurema e Capim-rosado, no qual as mesmas referem que o seu interesse pela formação foi motivado pelo conhecimento da proposta da TCI, ferramenta antes desconhecida:

Quando eu ouvi o nome Terapia Comunitária e vi a proposta, eu me apaixonei. Na minha opinião, a Atenção Básica precisa disso, de muito diálogo, de conversa com as pessoas. Com isso, certamente, se evitariam muitas coisas (Jurema - Advogada).

Conheci a terapia num congresso de enfermagem que participei em Cajazeiras, antes nunca tinha ouvido falar na TCI. Quando ouvi a proposta pensei como seria bom implantar no grupo de idosos e gestantes (Capim rosado - Médica).

Posteriormente aos processos de divulgação e sensibilização, tem início a seleção dos participantes dos municípios que aderiram a proposta. No Sertão, a seleção se deu por meio de uma inscrição prévia dos profissionais interessados, contendo identificação do perfil profissiográfico e perguntas quanto ao interesse e conhecimento da TCI, dados estes que auxiliaram na realização da entrevista de seleção dos futuros terapeutas, processo retratado no depoimento da formadora Mulungu:

O relato dos candidatos auxiliaram na realização das entrevistas, pois foi possível averiguarmos o verdadeiro motivo de desejarem fazer a formação, ou seja se o interesse era apenas voltado para si ou de auxiliar no processo de trabalho junto à comunidade, tendo em vista serem trabalhadores da saúde pública e se depararem cotidianamente com o risco e o adoecimentos população (Mulungu - Enfermeira).

A formação em TCI teve a carga horária de 360 horas, distribuídas da seguinte maneira: 160 h dedicadas aos aspectos teóricos e vivenciais do curso; 80 h de entrevistas e 120 h dedicadas à realização das terapias comunitárias<sup>82</sup>.

Desde o ano de 2013 essa carga horária sofreu alteração, sendo atualmente de 240 horas, das quais 100 h são destinadas para realização das vivências e explanação do conteúdo teórico do curso, 80 h para as entrevistas e 60 h dedicadas à realização da prática da TCI.

Usualmente, a formação ocorre em quatro módulos, sendo dois de quatro dias, com intervalos de dois meses, e outros dois de três dias, com intervalo de três meses, sendo cada módulo estruturado com um ou mais facilitadores auxiliados por supervisores. Entre um módulo e outro, geralmente ocorre pelo menos uma entrevista<sup>11</sup>.

Durante os módulos, nos momentos presenciais, o regime adotado é de imersão, ficando o cursista em um local distante do seu trabalho e família, para garantir a concentração dos participantes, a convivência grupal e momentos de autoconhecimento, condições fundamentais para fortalecer o processo de formação do terapeuta<sup>82</sup>, conforme explicita o depoimento da participante Xique-xique:

Nos momentos da formação em TCI eu conseguia olhar para o meu verdadeiro eu, conseguia olhar pra mim de uma forma mais tranquila, como um ser humano que tem dificuldades, mas que é capaz de superá-las (Xique-xique - Psicóloga).

A capacitação em TCI no Sertão da Paraíba teve como objetivo a qualificação dos profissionais a partir de uma visão sistêmica, que possibilitasse uma atuação eficaz e eficiente na prevenção do adoecimento e diminuição do sofrimento de suas comunidades, tendo o diálogo como principal ferramenta de promoção da saúde<sup>11</sup>. Tal objetivo se reflete através do depoimento da terapeuta Jurema, que afirma utilizar os aprendizados da formação no cotidiano de suas ações:

Quando eu participei da formação em TCI disse logo que era por ali que a gente tinha que ir, conversando com as pessoas, sabendo dos seus problemas, criando vínculo com a comunidade. Então eu achei fantástica essa proposta, por isso me esforço para colocá-la em prática (Jurema - Advogada).

Após a realização do I Módulo, os participantes, em duplas ou trios, devem iniciar as vivências práticas da terapia em seus locais de origem, sendo esta uma característica fundamental do curso, por aliar a prática no início do desenvolvimento da parte teórica<sup>11</sup>. A inserção dos terapeutas nas suas comunidades é o ponto a ser discutido no tópico a seguir.

#### **b) Na comunidade: reflexão-ação-reflexão.**

A inserção dos terapeutas para realizar rodas de TCI logo após o primeiro módulo do curso visa estimular o interesse do cursista pela teoria, na medida em que ele utiliza a prática como fonte de conhecimento para apreender de forma significativa a própria teoria, tornando a prática e a teoria elementos indissociáveis, que se desenvolvem simultaneamente<sup>11</sup>. Sobre essa metodologia do curso, a terapeuta Mimosa comenta pertinentemente:

Depois do primeiro módulo nós começamos a fazer as rodas nos nossos próprios serviços. Depois a equipe de terapeutas se juntou e saiu por todos os outros postos, fazendo a TCI. Com certeza esse momento foi muito importante para a gente se conhecer e treinar, aprendendo a fazer as rodas com a própria prática (Mimosa - Enfermeira).

A boa aceitação e a satisfação da comunidade para com a proposta da TCI estiveram presentes em todos os discursos dos participantes deste estudo, sendo citada como uma das maiores motivações para realizar a implantação da TCI. As falas a seguir ratificam tal evidência:

Eu sempre tive uma vontade de fazer algo mais pela minha população. Faz vinte anos que sou agente de saúde e eu queria reunir, trabalhar com esse povo que está sofrendo. Então enxerguei nas rodas uma oportunidade de ajudar ainda mais a minha população (Palma - ACS).

Implantar foi algo enriquecedor e fácil, pois a comunidade abraçou mesmo as rodas. Isso foi até um espanto pra eles, por que eles não sabiam que existia um trabalho assim, que era voluntário, mas que dava tantos resultados positivos como a TC deu (Macambira - ACS).

Confirma tais achados um estudo realizado com 198 participantes da Terapia Comunitária Integrativa do Município de João Pessoa, Paraíba, que revelou a satisfação que a comunidade possui com sua realização, em virtude das contribuições que a TCI trouxe para suas vidas, como o fortalecimento do vínculo entre os usuários e pela melhor compreensão dos profissionais da ESF da realidade da população atendida<sup>83</sup>.

Nesse mesmo estudo, a pesquisadora demonstra que a satisfação dos usuários está relacionada, principalmente, ao acolhimento que a TCI oportuniza. Merhy<sup>84</sup> caracteriza acolhimento como uma prática de saúde centrada no trabalho vivo em ato do trabalhador, sendo produzido a partir do encontro do trabalhador com o usuário, no qual há um momento de escuta, de troca, proporcionando um mútuo reconhecimento de direitos e deveres.

O acolhimento proporcionado pela TCI é algo totalmente distinto da tentativa de organizar a demanda que se observa em alguns serviços. Durante as rodas o mesmo se caracteriza pelo estabelecimento de um diálogo verdadeiro, promovendo um sentimento de bem estar e confiança entre os participantes. O conhecimento da realidade do seu território capacita os profissionais da AB a realizarem ações resolutivas quanto às necessidades dos usuários, sendo esta uma repercussão positiva da terapia descrita também em outros estudos<sup>33,83,85</sup>.

Dentro da atenção básica, a TCI tem o objetivo de tecer redes de cuidado, prevenção e promoção de saúde, através da formação de um espaço de fala e escuta, viabilizando o atendimento e encaminhamento dos casos que necessitam de uma intervenção de um especialista, estimulando o envolvimento multiprofissional na rede de serviços, sobretudo na área de saúde mental<sup>32</sup>. Esse espaço o qual a TCI se propõe a construir é abordado no depoimento da terapeuta Coroa-de-frade, quando indagada sobre como foi a experiência de implantar a TCI no seu município:

A TCI foi trabalho novo para a comunidade. Com o tempo as pessoas foram conhecendo e acreditando nas rodas, foram se abrindo. Elas viram que tinham aquele espaço para elas exporem os problemas e que podiam contar com a nossa ajuda e a do grupo (Coroa-de-frade - ACS).

A utilização de práticas como a TCI, que propiciem a construção de um espaço de fala e escuta, de acolhimento ao usuário, faz com que as unidades de saúde passem a encarar

grupos de riscos como uma realidade sua, à qual devem dar uma resposta individual e coletiva, sendo também responsável pelos seus integrantes<sup>86</sup>.

O fortalecimento do vínculo entre a equipe de terapeutas foi outra questão frequentemente relatada pelos terapeutas sobre o momento da implantação. O apoio fornecido por esta equipe foi retratado como um esteio para a superação de diferentes adversidades que surgiram no processo de implantação, conforme relata o terapeuta Baraúna:

Acredito que foi fácil implantar aqui por que a nossa equipe de terapeutas é muito boa, muito unida, e isso dá segurança para fazer as rodas. Então esse apoio que eu tive deles foi muito bom para realização das terapias (Baraúna - ACS).

A gestão municipal de saúde também desempenhou um papel de grande importância durante a implantação da TCI nos municípios, conforme relatam os terapeutas de Santa Luzia, Pombal, Bonito de Santa Fé e Mãe d'Água, pois, além de custear parte do curso, também propiciou condições adequadas para a realização das rodas, conforme se observa na fala a seguir:

A experiência de implantar aqui em Santa Luzia foi muito boa, pois a gestão sempre nos deu total apoio. Nessa questão de implantação a gente não tem o que dizer nada sobre a gestão, só elogios (Cactos - ACS).

Entretanto, nem todas as gestões apoiaram os terapeutas nesse processo, o que certamente dificultou a implantação da TCI. Dentre os participantes desta pesquisa, apenas os provenientes do município de Patos relataram não ter tido o apoio da gestão municipal de saúde durante a fase de implementação das rodas, como o depoimento da participante Coroa-de-frade:

A gestão só nos bancou, segundo ficamos sabendo, mas depois eles não ofereceram mais nada, nem procuraram saber mais de nada. Acredito que se tivesse o incentivo, uma preocupação da Secretaria, os demais terapeutas daqui também teriam continuado, pois teriam arrumado condições melhores para trabalhar (Coroa-de-frade - ACS).

Além disso, a experiência de implantação suscitou em alguns terapeutas certo receio em trazer uma prática como a terapia para as suas comunidades, em virtude de se tratar de um trabalho novo, que envolvia uma grande troca experiências, como referem Mandacaru e Baraúna:

No início eu posso dizer que eu me preocupei, pois era um trabalho novo que a gente estava trazendo para comunidade, e na primeira terapia eu me preocupei. Mas logo que iniciei a primeira roda de terapia, vi que não era preciso isso tudo (Mandacaru - Enfermeira).

Como na terapia a pessoa coloca tudo pra fora, eu tinha um certo medo de como a população ia reagir, mas depois que você começa a fazer as rodas isso logo passa (Baraúna - ACS).

Esse tipo de sentimento pode ser considerado normal e inerente à implementação de qualquer outra nova prática, sobretudo quando a mesma envolve temas delicados como o sofrimento do outro, tal como a TCI.

Um estudo realizado ainda na década de 1990, em Minas Gerais, revelou que reação semelhante também foi vivenciada por profissionais que se propuseram a implantar o acolhimento como diretriz operacional dos seus processos de trabalho em uma equipe da ESF<sup>86</sup>.

Assim como o receio do terapeuta, a resistência inicial da comunidade é algo que geralmente está presente na implantação de novas práticas nos serviços de saúde, sendo este outro tema referenciado pelos terapeutas.

A primeira experiência com a roda eu senti dificuldade quanto à forma de chegar, de formar os grupos, pois o pessoal até então não queria aceitar (Acácia - ACS).

Logo no início foi meio difícil, por que o pessoal não entendia direito, não sabia o que é que era exatamente e por isso não se abria (Imburana - ACS).

Tal resistência pode estar atrelada a possíveis falhas no processo de preparação do terreno, sobretudo nas questões do envolvimento da população e da divulgação da proposta da TCI.

A preparação do terreno é considerada como um momento de fundamental importância que antecede a realização das rodas, onde o terapeuta deve mobilizar a comunidade e seus recursos sociais. Uma preparação adequada certamente irá proporcionar uma experiência de sucesso<sup>10</sup>.

Preparar bem o terreno na comunidade significa identificar um espaço comunitário para realização das terapias, entrar em contato com a rede de serviços do bairro, buscar o apoio das lideranças comunitárias, formar uma equipe de animação e divulgar o local e horário das rodas nos meios de comunicação disponíveis, assim como a proposta da TCI, tudo isso com o objetivo de envolver a comunidade, visto que a sua participação é decisiva para a implantação dessa prática de cuidado<sup>43</sup>.

Costumeiramente, a sociedade associa o tratamento dos problemas da psique humana a “coisas de doido”, refletindo o estigma social a que os portadores de transtorno mental são submetidos. Sendo assim, práticas que tenham como foco a prevenção do adoecimento mental, por exemplo, certamente enfrentarão a desconfiança da comunidade.



Dessa maneira, o terapeuta deve, sobretudo, esclarecer a população, e a todos os seus setores, os objetivos da terapia, não sendo esta uma ferramenta para invasão da vida dos participantes, mas um espaço de partilha de histórias e estratégias de enfrentamento, visando à diminuição do sofrimento mental dos seus participantes. Reforçando tal pensamento, os depoimentos dos terapeutas que trazem essa resistência da comunidade, também referem que o conhecimento da proposta da TCI fez com que a comunidade superasse o descrédito inicial:

Depois que eles compreenderam a que a terapia se propõe, queriam a terapia todo dia (Aroeira - ACS).

Quando eles entenderam o que era a terapia, passaram a valorizar essa prática e a confiar naquele grupo de TC (Mandacaru - Enfermeira).

A equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) ao qual o terapeuta está vinculado possui grande importância nessa fase de preparação do terreno, sendo fundamental o envolvimento destes profissionais na divulgação das rodas, sobretudo dos agentes comunitários de saúde, que nas visitas às famílias que acompanham, podem falar sobre o assunto e convidá-las para as rodas.

De uma forma geral, no SUS a Estratégia Saúde da Família atua como porta de entrada para o sistema de saúde, sendo o território o seu ponto de partida para a organização dos serviços, com a família e comunidade possuindo um importante papel no cuidado à saúde. Dessa maneira, a parceria dos profissionais que trabalham no Saúde da Família é fundamental para a realização de toda e qualquer ação integral no campo da saúde<sup>87,88</sup>.

Entretanto, através das falas dos terapeutas, observou-se uma resistência dos profissionais que não fizeram a formação quanto à Terapia Comunitária Integrativa, sejam eles profissionais da ponta (da USF) ou da gestão, constituindo-se esta como a grande dificuldade vivenciada pela maioria dos terapeutas no processo de implantação das rodas.

No início chegamos com toda garra, trouxemos a TC pra unidade de saúde, mas não tivemos apoio do enfermeiro, de médico, enfim, de ninguém da equipe do posto. Eu acho que aquele pessoal que não fez a formação vê a terapia como um nada e isso foi o que mais dificultou (Coroa-de-frade - ACS).

Como gestora percebi certa resistência de outros profissionais quanto à proposta da TC, assim como de outros membros da gestão (Jurema - Advogada).

Mediante o papel que ocupa na organização sanitária dos serviços e por também fazer parte da comunidade, os ACS constituem-se como um elo indispensável na corrente entre o terapeuta e comunidade. Entretanto, eles constituem a classe profissional mais mencionada como resistente a TCI, o que dificultou a divulgação das rodas durante a implantação, situação esta que é bem representada na fala da terapeuta Palma:

Na minha unidade somos seis agentes de saúde. Se os outros cinco agentes fossem terapeutas comunitários com certeza eu teria mais ajuda. Sempre peço a eles pra convidar as suas famílias, mas não adianta, eles não chamam. Percebo que como eles não são terapeutas não têm aquela preocupação de fortalecer a roda, como a gente tem. Então pra mim a dificuldade não é o apoio da gestão, é a questão dos nossos companheiros de trabalho (Palma - ACS).

Mesmo diante de tais adversidades vivenciadas no processo de implantação das rodas de TCI nos seus municípios, os terapeutas consideram a experiência como algo positivo, que valeu os esforços investidos pelos benefícios que proporcionou, relacionando a facilidade de implantar ao apoio ofertado pela comunidade, conforme é relatado nos discursos das profissionais Jurema e Capim-rosado.

Em relação à experiência de implantar, pra mim foi muito fácil, por ser muito bem recebida pela população, na verdade a população cobra da gente as rodas (Jurema - Advogada).

Pra implantar não houve grandes barreiras, não houve empecilhos, a implantação foi maravilhosa. Aonde chegássemos para fazer, independentemente do horário que a gente marcasse, sempre tinha gente (Capim rosado - Médica).

Os discursos dos participantes expressam que a implantação da TCI pode contribuir para a redefinição da prática médica nos municípios estudados, através do fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a comunidade. Essa metodologia possibilitou aos profissionais problematizar vivências, compartilhar estratégias de enfrentamento e desconstruir alguns mitos inerentes à saúde mental.

Percebemos que a TCI era um caminho pra nos aproximarmos da comunidade e de atender às suas demandas. O psicólogo envolve todo um estigma, e quem vai pra o psicólogo é rotulado como doido. Então a TCI também foi uma forma de desmistificar isso. Aqui as rodas foram vistas como uma estratégia para cuidar da saúde mental da comunidade (Xique-xique - Psicóloga).

Dessa maneira, essa experiência de implantação é mais um exemplo de que a TCI tem se revelado tanto para os gestores de saúde, como para a comunidade, como uma ferramenta de grande valor estratégico rumo à efetivação do Sistema Único de Saúde, sendo uma fonte de inclusão e cidadania.

## II. Realizar rodas de TCI: a vivência do terapeuta

O desenvolvimento de novas práticas, projetos e políticas sempre encontram, ao longo de sua trajetória, uma série de facilidades, impasses e desafios a serem vencidos para o seu pleno funcionamento, sobretudo na área da saúde, onde tais processos perpassam por mudanças nas práticas e rotinas institucionais.

Esta Categoria Temática possibilitou a construção de três subcategorias, sendo elas: a) Facilidades; b) Dificuldades; c) Desafios.

### a) Facilidades

Ao longo das entrevistas, os terapeutas relataram como facilidades para a realização das rodas o apoio de diferentes instituições (gestão municipal, grupo de terapeutas, equipe da USF e comunidade), a repercussão positiva da TCI na comunidade e nos terapeutas e a identificação dos profissionais com a proposta da Terapia Comunitária Integrativa.

#### *O apoio de diferentes instituições*

O apoio da gestão, seja da esfera municipal, estadual ou federal, é importante e necessária à implementação e desenvolvimento efetivo de qualquer proposta ou política pública. Corroborar tal afirmação o fato de que nos municípios onde se observa uma gestão que não só apoia, mas também investe na TCI, como Pombal e Santa Luzia, contam com o maior número de terapeutas em atividade.

As falas dos terapeutas desses dois municípios ressaltam que o apoio das gestões não se restringe ao acompanhamento da realização das rodas, abarca também a inclusão da terapia no cronograma de atividades das USF, a liberação dos profissionais, o fornecimento de insumos e materiais, e, sobretudo, o investimento em capacitações que envolvem a temática da TCI, como fica claro nos seguintes depoimentos:

Acho que ajuda bastante o apoio que a gente tem da secretária, dela deixar a gente à vontade, pois algumas vezes temos que sair da unidade de saúde e ela nos libera pra realizar as rodas. Aqui nós temos onde fazer, temos, às vezes, até um lanche e brindes que a secretária dá. (Quixabeira - Enfermeira).

Eu acho que o apoio da gestão ajuda muito, dá um empurrão grande. Primeiro por que fazer o curso sem o apoio da gestão seria impossível, pois ele era caro. Depois,

tudo que a gente fez e faz dentro da terapia comunitária, até mesmo o seminário que fomos em João Pessoa, foi bancado pela secretária (Cactos - ACS).

À gestão municipal de saúde cabe a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento das rodas e fornecer condições adequadas para que o terapeuta inclua a realização das terapias no seu processo de trabalho, no intuito de incentivar e fortalecer a TCI como prática de cuidado nos territórios.

Outra consideração importante é que tanto Pombal como Santa Luzia contam com gestores que fizeram a formação em TCI e que continuam desenvolvendo as rodas. Nos seus relatos os terapeutas referem-se a esse fato como uma grande facilidade para a continuidade da terapia, conforme os relatos a seguir:

A coordenação da atenção básica também ajuda, pois elas estão sempre presentes, até por ser terapeuta (Juazeiro - ACS).

A gestão aqui ajuda muito também, até pelo fato dela ser terapeuta, por que a gente precisa desse apoio. Não necessariamente a gente só faz a terapia se tiver esse apoio, mas se tiver a coisa flui muito mais fácil (Jatobá - Enfermeira).

Dessa maneira, infere-se que nessas gestões que apoiam a TCI há uma tentativa de construção de um novo modo de fazer saúde, através da disponibilização de um espaço de diálogo para com a comunidade. Para isso, elas investem na capacitação de seus profissionais, para que os mesmos ofereçam um atendimento mais integral e humanizado, que busca atender às necessidades da população<sup>46</sup>.

Observa-se que, investindo em práticas como a TCI, as gestões estão ressaltando a potencialidade produtiva e emancipatória das suas comunidades, fornecendo a elas a oportunidade de participar da definição das necessidades sociais a que os serviços e políticas devem atender, ou seja, ofertam o compartilhamento do poder, que, segundo Gastão<sup>89</sup>, consiste na essência de uma cogestão.

Além disso, a utilização de tecnologias de cuidado como a TCI está em consonância com a PNH, que, ao operar a partir do princípio da transversalidade das ações, estimula as gestões a lançarem mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores<sup>4</sup>.

Junto ao apoio dos gestores, o apoio dos demais terapeutas também está presente nas narrativas como outra facilidade fundamental tanto para implantação como para a continuidade das rodas. O fortalecimento do elo que une os terapeutas nos municípios possui destaque nos depoimentos, constituindo-se como uma motivação para a realização da TCI.

Eu acho que aqui a equipe de terapeutas se apoia muito uma na outra. Às vezes quando uma está desmotivada a outra vai e dá suporte. O nosso vínculo é muito forte (Cactos - ACS).

Esse fortalecimento do vínculo pode estar associado a um maior conhecimento do outro que a TCI oportuniza. À medida que o “outro” se mostra como alguém como “eu”, passa-se a entender mais as suas atitudes, aproximando-se mais da sua realidade, como explicita a fala da terapeuta Jurema:

Eu já identifiquei muitas terapeutas que chegaram a mim e disseram que pensavam que eu era outra coisa, mas que depois que se aproximaram observaram que não. Eles achavam que pela posição que ocupo, precisavam manter certa distância. A terapia veio meio que nos juntar, percebi que houve a criação de uma igualdade entre o grupo de terapeutas, formando algo muito bom entre nós (Jurema - Advogada).

Apenas poucos terapeutas afirmaram contar com ajuda/apoio das equipes de Saúde da família em que trabalham para a realização das rodas, sendo esta uma facilidade, sobretudo, para a divulgação dos encontros.

A minha equipe do PSF é muito bacana, somos muito unidos. Desde o início ela aceitou muito bem a terapia, é tanto que se eu chegar amanhã na cidade e disser que vai ter roda, no outro dia é certeza de ter muita gente na terapia (Capim rosado - Médica).

O apoio à realização das rodas de TCI por parte da comunidade surge como outra forte facilidade para o desenvolvimento das rodas. Os relatos trazem que a frequência, a assiduidade e a satisfação dos participantes os impulsionam a fazer cada vez mais terapias, mesmo quando estão desmotivados. Além disso, os participantes ressaltam que nos momentos em que as rodas tiveram a sua frequência reduzida, a população sempre solicitou o retorno dos encontros. A terapeuta Palma refere isso ao ser questionada quanto às facilidades presentes para a realização das rodas:

Quando paramos de fazer as rodas um pouquinho, ou que se distancia de uma roda pra outra, começa a cobrança. Então a população gosta e aquilo nos motiva a continuar. Eles ficam sempre perguntando quando vai ser a próxima roda (Palma - ACS).

O relato acima ilustrado demonstra que a comunidade não apenas aceita essa prática de cuidado, mas também acredita nos seus benefícios e sente a sua ausência. Possivelmente, essa receptividade por parte da comunidade está atrelada aos efeitos que a TCI tem nos grupos que dela participa.

### *A repercussão positiva da TCI na comunidade e nos terapeutas*

Os depoimentos apontam que a TCI tem ação não somente na vida dos participantes, mas que também possui grande repercussão na vida dos próprios terapeutas, resultados estes que servem como agentes motivadores para a realização da TCI.

De acordo com os relatos dos terapeutas, os bons resultados da TCI nas comunidades não se limitam à esfera da saúde mental, mas abrangem a saúde pública como um todo. A observação do resgate da autoestima, do empoderamento, do fortalecimento do vínculo entre os participantes e da prevenção do adoecimento mental são os principais exemplos citados como motivadores.

Eu acho que a TCI ajuda na autoestima das pessoas. Vi que as rodas ajudaram sobretudo àquelas mulheres que vivem sozinhas, que não saiam de casa para nada, mas que hoje já se sentem em família no grupo. Por isso não paro com as rodas (Coroa-de-frade - ACS).

O que me motiva é o resultado da TC que a gente vê na comunidade, os resultados, os depoimentos. Como médica percebo que trabalhar saúde mental no consultório é algo muito complicado. Principalmente por que eu não gosto de prescrever psicotrópicos ou outros medicamentos. Então com a terapia vi a possibilidade de um tratamento rápido para essas pessoas (Capim rosado - Médica).

Tais relatos legitimam a afirmação de Andrade e colaboradores<sup>4</sup> de que a TCI ao valorizar as histórias de vida dos indivíduos, promove o resgate das suas identidades, a construção de vínculos solidários, assim como a restauração da autoestima e da confiança em si, tornando os sujeitos mais autônomos e independentes.

A restauração da autoestima dos indivíduos é um dos resultados da TCI mais apontados nos estudos, ocorrendo nos mais diferentes grupos e contextos, conforme evidenciam diversas pesquisas<sup>4,12,37,90,91</sup>.

O empoderamento refere-se à capacidade que o indivíduo possui de apropriar-se do seu “poder agir”, tomando as rédeas das situações, assumindo tanto seus acertos quanto seus erros, sem responsabilizar o outro. Ao estimular tal capacidade, a TCI impulsiona o seu participante a gerenciar a sua vida e estimular a mobilização do grupo para questões inerentes ao coletivo<sup>9,10</sup>.

Ao ser um espaço de acolhimento, escuta e vínculo, a TCI tem demonstrado ser um valioso instrumento de intervenção psicossocial na saúde pública, configurando-se como um espaço de atendimento em nível primário, permitindo a triagem do que a própria comunidade pode acolher e cuidar e do que realmente precisa ser encaminhado para os serviços

especializados. Dessa forma, a TCI procura promover saúde em espaços coletivos e não combater patologias individualmente<sup>10,11</sup>.

Observa-se também que cabe ao terapeuta comunitário não apenas suscitar a competência dos participantes, visando o crescimento humano, mas também identificar e ressaltar as mudanças proporcionadas pelas rodas nos grupos<sup>10</sup>.

Quanto à repercussão na vida dos terapeutas, os discursos evidenciam como principais resultados positivos motivadores o aumento da autoestima, satisfação e fortalecimento/crescimento que realizar as rodas proporciona e a possibilidade de cuidar da saúde mental dos indivíduos na atenção básica.

Ressalta-se que os terapeutas referem resultados positivos nas suas vidas semelhantes aos ressaltados nos participantes da TCI. Isso ocorre devido ao momento da TCI ser um espaço de ressignificação tanto para os usuários como para os terapeutas, permitindo uma análise das suas histórias de vida e reconstrução de uma nova identidade, sem desconsiderar a sua história pregressa. Sendo assim, as rodas tornam-se terapêuticas tanto para quem fala, como para quem escuta, através do aprendizado com a partilha de experiências<sup>92</sup>.

As rodas me motivam porque me ajudam muito também, eu me sinto muito bem de fazer e entender algumas coisas que as pessoas repassam. Ver algumas experiências que deram certo e com isso a gente acaba se vendo na história e tirando proveito também (Imburana - ACS).

A partilha de experiências e o diálogo que a TCI permitem que os terapeutas se aproximem mais das comunidades nas quais estão inseridos, conhecendo com mais propriedade os problemas e potencialidades do seu território.

Pra mim, o que motiva a continuar fazendo as rodas, é o diálogo com a população. Acho isso muito importante, pois a gente até conhece muita gente que vai na Secretaria, mas não sabe o que se passa naquela família. E nas rodas passamos a conhecer mais de perto, chegamos mais perto da população (Jurema - Advogada).

Esse fortalecimento de vínculos afetivos e de confiança entre os terapeutas e a comunidade já foram relatados em outros estudos, tais como uma pesquisa onde enfermeiras da ESF do município de João Pessoa também referiram tal aproximação como uma importante contribuição da TCI<sup>93</sup>.

A construção de um vínculo não ocorre de maneira isolada, a sua elaboração acontece por intermédio das oportunidades de encontros que surgem, eventos que são capazes de favorecer uma intersubjetividade mais rica, plural e produtora de compartilhamento entre os indivíduos, sendo essa produção do vínculo a verdadeira fonte da responsabilização pela produção do cuidado, tanto da parte dos profissionais como dos usuários<sup>94</sup>.

Dessa maneira, quando os profissionais utilizam a TCI como uma ferramenta para o estabelecimento/fortalecimento dos vínculos com a comunidade, estão se responsabilizando pelo outro, responsabilização esta que se constitui como um dos objetivos da Política Nacional de Humanização nos serviços da atenção básica<sup>94,95</sup>.

Quanto à possibilidade de abordar a saúde mental na atenção básica através da TCI, os relatos evidenciam que os terapeutas consideram as rodas uma importante estratégia para prestar uma assistência diferenciada nesta área, sendo uma ferramenta valiosa para o trabalho com pessoas em sofrimento mental, como mostra o depoimento da terapeuta Xique-xique:

A proximidade com a comunidade que as rodas proporcionam e a formação de um espaço onde as pessoas conversarem sobre aquilo que causa ansiedade, de forma mais rápida e direta, vem consolidando a TCI como uma prática de saúde mental aqui no município. Nós percebemos que quando você coloca um problema, que desabafa, sai mais leve da roda, e essa é a forma mais rápida de você amenizar a angústia (Xique-xique - Psicóloga).

Situações que envolvem a saúde mental dos indivíduos estão presentes no cotidiano das equipes de atenção básica. Devido à sua proximidade com famílias e comunidades, essas equipes são consideradas como um importante recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso de álcool, drogas e outras formas de sofrimento psíquico<sup>96</sup>.

Todas as patologias, sejam elas crônicas ou agudas, possuem um componente de sofrimento subjetivo associado. Em alguns casos esse sofrimento apresenta-se como um entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Desse modo, pode-se inferir-se que todo problema de saúde possui também um componente mental, assim como toda saúde mental é também uma produção de saúde, sendo sempre necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica<sup>96</sup>.

Dessa maneira, as equipes de Saúde da Família precisam ser preparadas para atuar dentro da temática da saúde mental nos seus territórios, utilizando práticas que considerem a subjetividade, singularidade e a visão de mundo dos usuários. Torna-se necessário utilizar ferramentas para prevenir o adoecimento mental, identificar situações e fatores de risco e responder às necessidades de saúde da comunidade<sup>91,97</sup>.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde reconhece a Terapia Comunitária Integrativa como uma intervenção social avançada, sendo uma tecnologia leve, à disposição dos profissionais das equipes de atenção básica no campo da saúde mental, que possui um grande potencial terapêutico<sup>97</sup>.



### *A identificação dos profissionais com a proposta da TCI*

Por fim, os relatos que abordam a facilidade da identificação dos profissionais com a proposta da Terapia Comunitária Integrativa referem-se às situações onde o terapeuta continua realizando as rodas por: querer dar retorno à comunidade; sentir a carência de cuidado que a sua população possui; gostar de ajudar as pessoas e de trabalhar em comunidade; e, sobretudo, pela sua persistência, realizando as rodas mesmo nas condições mais adversas, conforme retrata o depoimento das terapeutas Acácia e Capim-rosado:

Eu sempre gostei de trabalhar com a comunidade, de estar no meio das pessoas, de conversar e interagir. Assim me identifiquei logo com a proposta da terapia, por que eu gosto disso, de auxiliar as pessoas, principalmente as que são excluídas, de ajudá-las a resgatar a sua autoestima (Acácia - ACS).

Outra coisa que me impulsiona pra continuar com as rodas é poder estar colocando em prática o que aprendi, de poder fazer o bem através dessa tecnologia leve. Vejo isso como uma forma de dar retorno tanto à comunidade como à gestão, que na época teve um empenho grande custeando o nosso curso (Capim-rosado - Médica).

Essas falas supracitadas reforçam o perfil que Barreto<sup>10</sup>, criador da TCI, afirma que o terapeuta comunitário deve possuir, sendo necessário que o mesmo tenha uma sensibilidade bastante aguçada, assim como a vontade de querer compreender e ajudar o outro a fazer suas próprias descobertas.

O terapeuta deve ser aquele que enxerga em cada falha um apelo, um sinal de necessidade, de carência e de ajuda. Sendo assim, o compromisso para com os outros é o que legitima a prática do terapeuta, ou seja, é a sua capacidade de identificar o sofrimento e o potencial do grupo.

O discurso da terapeuta Cactos exemplifica bem o quão esse compromisso é forte entre os terapeutas entrevistados:

Eu vejo que a gente tem que fazer as rodas de terapia não pela obrigação de ter que fazer, mas sim pela benção que essa prática é. Além disso, a gestão nunca fez questão de investir em cursos e aprimoramentos, muito pelo contrário. Por isso acredito que isso seja um compromisso nosso como profissional, e como terapeuta também, de alguma maneira poder oferecer um retorno (Cactos - ACS).

O papel do terapeuta comunitário se assemelha ao do educador proposto por Paulo Freire, no qual ser educador não se restringe a despejar o conhecimento adquirido em cima de um educando que não possui conhecimento algum, um educador verdadeiro é aquele que, enquanto educa, é educado, sendo o estabelecimento do diálogo o principal diferencial desse modelo, onde o educando ao ser educado, educa também<sup>44</sup>.

Infere-se que a continuidade dessa ferramenta de cuidado está, sobretudo, relacionada à identificação do trabalhador com o “ser terapeuta comunitário”, conforme reforça o discurso da terapeuta Jurema:

Em primeiro lugar, acredito que as rodas continuam aqui no município por que os terapeutas que continuaram fazendo são aqueles que realmente tinham o perfil pra isso, que já tinham um vínculo forte com a comunidade, assim como a vontade de fazer alguma coisa que tivesse impacto na melhoria de vida da sua população. Enfim, acho que o diferencial foi esse perfil dos profissionais (Jurema - Advogada).

Dessa maneira, observa-se que muitos profissionais foram formados e as adversidades possivelmente apareceram para todos, contudo, apenas os que realmente possuíam o perfil do terapeuta comunitário se propuseram a superar os obstáculos e prosseguir com a TCI, resultado esse que também foi evidenciado em outro estudo que retrata a implantação da TCI no estado de Santa Catarina<sup>36</sup>.

## **b) Dificuldades**

No que concerne às dificuldades encontradas para a realização das rodas, obtiverem destaque nas falas dos terapeutas as que envolviam a falta de apoio da equipe de trabalho e da gestão, a ausência de um espaço físico adequado, dificuldades pessoais, dificuldades decorrentes de questões políticas e a falta de uma pessoa de referência para a TCI dentro do município.

### *Falta de apoio da equipe de trabalho e da gestão*

A falta de apoio da equipe de trabalho dos terapeutas mostrou-se como um dos maiores entraves a ser vencido desde o momento da implantação. Mesmo com as tentativas de aproximação dos terapeutas, muitos profissionais continuaram resistentes à TCI, não só deixando de divulgar as rodas, mas também desacreditando na sua proposta, conforme trazem os seguintes relatos:

A maior dificuldade é, por exemplo, chegar numa reunião de equipe e avisar que tal dia tem roda de terapia e pedir para os agentes avisarem nas suas áreas, pois eles não avisam. Então é como se a terapia não fizesse parte do cronograma mensal da saúde, mesmo que a enfermeira junto comigo coloque (Palma - ACS).

Não sei se é por não terem participado do curso, mas nota-se que eles não têm o mesmo empenho, não valorizam a TCI mesmo já tendo participado de rodas com a gente. Às vezes parece que eles não sabem o que é direito e por isso acham que não

resolve. Já ouvi vários agentes questionando a utilidade das rodas. Enfim, eles ainda possuem um pensamento bem limitado (Cactos - ACS).

A pouca adesão da equipe a TCI aparece em outros trabalhos que abordam a realização de rodas de TCI. Alguns autores<sup>98</sup> relacionam tal dificuldade à tendência que os profissionais, mesmo atuando em uma mesma equipe, têm de se aprisionarem dentro do seu núcleo específico de saberes e práticas, tornando o processo de trabalho algo rígido e individualizado. Além disso, na produção do cuidado sempre existiu um processo de disputa, onde se revelam projetos singulares que nem sempre estão de acordo com a necessidade da coletividade.

Outras pesquisas também referem como uma possível causa para esta dificuldade a quebra de paradigmas que a realização da TCI provoca, como um dos pontos que certamente favorecem a não adesão dos demais profissionais da ESF, devido à formação dos mesmos, que, historicamente é marcada pela concepção fragmentada da saúde<sup>91</sup>.

Além disso, ao fortalecer o seu vínculo com a comunidade através da realização das rodas de TCI, o terapeuta passa a ser visto como uma pessoa de referência dentro do seu território, o que pode fomentar conflitos e desconfianças entre os membros da equipe na qual trabalha.

Pela sua dinâmica, a TCI implica em mudanças nas relações entre os trabalhadores da ESF. Entretanto, mexer no processo de trabalho dos profissionais da saúde significa intervir na micropolítica dos indivíduos, que são seres repletos de subjetividades e anseios, que moldam a sua forma de cuidar<sup>98</sup>.

As falas dos terapeutas transmitem a ideia de que essa resistência está associada, principalmente, ao desconhecimento dos profissionais da ESF quanto a essa tecnologia de cuidado. Durante a sua entrevista, a terapeuta Xique-xique colocou que antes de conhecer com mais afinco a proposta da TCI também possuía reservas quanto à realização das rodas:

Eu sou psicóloga, então eu sempre me deparava com essa questão da Terapia Comunitária ser realizada por outras pessoas e não aceitava muito bem. Então eu fui conhecer mais a TC pra saber realmente saber como ela funcionava e hoje eu tenho uma visão diferente e defendo a terapia comunitária quando os próprios colegas de profissão questionam (Xique-xique - Psicóloga).

Segundo Araújo (2010), o não reconhecimento e a não valorização da educação nas práticas de saúde é algo corriqueiro dentro do contexto da ESF, sendo que quando esta desvalorização parte dos próprios profissionais dos serviços, tornam-se necessários investimentos quanto à divulgação para que se possa entender o real sentido da proposta.

Outros estudos realizados em municípios que também referem essa dificuldade revelam que a estratégia de enfrentamento mais utilizada nessas situações é a realização de rodas com todos os profissionais da USF, a fim de que conhecessem a proposta e pudessem divulgá-la para a comunidade ou para que realizassem encaminhamentos para esse espaço coletivo<sup>36,99</sup>.

Entretanto, essa estratégia também foi colocada em prática pelos terapeutas do Sertão paraibano, todavia, nem sempre surtiu o resultado esperado, conforme evidenciam os seguintes depoimentos:

Tentou-se formar uma roda de terapia com a própria equipe, mas eles nunca deram muita atenção, nem se interessaram em conhecer (Coroa-de-frade - ACS).

Logo no começo, eu percebi certa inveja, o que é uma grande besteira, pois cada um pode ser terapeuta, mesmo que não tenha formação. Mas eles acham que não, que a gente quer ser besta. Com o tempo fui mostrando qual é o trabalho e hoje eles não ajudam, mas já aceitam, reconhecem a importância (Palma - ACS).

No início fizemos uma grande roda reunindo o pessoal da saúde inteiro. Depois percebi que conquistamos a aprovação de muitos, mas que outros ainda torciam o nariz (Cactos - ACS).

Inferese que outra possível causa para essa dificuldade seja o espírito competitivo vivenciado em grande parte das relações de trabalho. Muitas vezes numa equipe de saúde, por exemplo, quando um profissional é selecionado para participar de um determinado curso de formação, aparenta que o mesmo foi premiado em detrimento dos demais.

Quando os profissionais retornam dessas formações com vigor e força para trabalhar com a comunidade, em alguns sujeitos que não foram selecionados surge um sentimento de questionamento do motivo por não haver sido também qualificado, sobretudo quanto ao trabalho em comunidade, que configura como uma lacuna presente desde a formação acadêmica. Dessa forma, ao invés de contribuir, ele se utiliza da estratégia de defesa de diminuir o trabalho do outro, em virtude da inquietude de não possuir uma ferramenta de trabalho semelhante.

Participantes da cidade de Patos também referiram como dificuldade para continuidade das rodas a falta de apoio das demais terapeutas do município, visto que dos 22 terapeutas formados, apenas duas profissionais continuam realizando as rodas regularmente.

Sentimos falta de apoio das colegas que fizeram junto com a gente a formação, que viram toda a importância da TCI e hoje não se interessam mais pela terapia. Parece que elas não veem que é uma coisa que pode melhorar até a nossa vida. Por isso ficamos tristes, pois queríamos que o trabalho continuasse com todas (Coroa-de-frade - ACS).

Quando os terapeutas contam com o apoio da sua equipe, seja ela a de trabalho ou de outros terapeutas, sentem-se mais seguros para desenvolver suas ações e rodas. Um terapeuta atuando sem apoio de sua equipe é semelhante a uma vela acesa, que através da sua luz própria ilumina tudo ao seu redor, mas tão quão bonita, também é frágil, onde qualquer vento pode ofuscar o seu brilho.

Quanto à falta de apoio da gestão, retratada principalmente pelas terapeutas dos municípios de Patos, a mesma se expressou através da ausência de atitudes políticas de monitoramento e incentivo dos terapeutas, gerando um sentimento nos profissionais de estarem solitários no desenvolvimento desse trabalho, como mostra o depoimento abaixo descrito:

Em momento algum tivemos o apoio da gestão e essa foi uma das maiores dificuldades. Percebi que o que desmotivou muita gente a continuar com as rodas foi isso, pois não tínhamos esse apoio, éramos sozinhas (Acácia - ACS).

Dessa maneira, além de ser um dos grandes entraves a ser vencido para a implantação, a carência de apoio da gestão apresentou-se como um importante fator limitante da ação desses terapeutas até mesmo para a continuidade das rodas.

A gente quer crescer ainda mais, mas faltam ajuda, parcerias; agora estávamos comentando que não temos nenhuma parceria ainda, mas já estamos buscando em outros locais e espaços (Coroa-de-frade - ACS).

Entretanto, diante de tal dificuldade nota-se que as terapeutas encontraram como estratégia para superá-la a busca pelo apoio de outras instituições, visando ir além da realização das rodas, tornando a TCI a base de um projeto de inclusão social para os seus participantes.

Atualmente, o interesse de instituições privadas que visam investir em projetos sociais que fomentem o crescimento individual e coletivo, somada ao crescimento do grupo, parece ter despertado o interesse da gestão municipal de saúde, que se colocou à disposição para auxiliar no desenvolvimento do grupo, conforme relata a terapeuta Acácia:

Estamos com um projeto pronto pra entregar a entidades particulares que estão querendo nos ajudar com um projeto social de geração de renda para essas mulheres. Acredito que isso acabou despertando na gestão também, que depois que ficaram sabendo do tamanho desse grupo, já estão despertando, querendo conhecer a proposta. Já até disseram que queriam nos apoiar (Acácia - ACS).

Dessa maneira, observa-se que estas dificuldades ainda fazem parte do cotidiano dos terapeutas, mas que os mesmos vêm buscando alternativas para superá-las e continuar com a TCI nos seus territórios.

#### *Ausência de um espaço físico adequado*

O espaço inadequado para a realização das rodas também foi outro entrave retratado nos depoimentos das terapeutas do município de Patos, pois, mesmo contando com o apoio da Igreja próxima ao seu local de trabalho, que oferta o salão paroquial para a realização das terapias, o grupo de mulheres com o qual elas trabalham cresceu bastante, sendo necessária a utilização de um espaço maior.

Minha maior dificuldade no momento é a questão do espaço físico. Se aqui na comunidade a gente tivesse um espaço físico maior, ou se a gestão nos oferecesse um, o número de pessoas seria bem maior, e com certeza a gente não tinha [sic] só uma roda de terapia, a gente tinha [sic] mais de duas. Hoje não tem [sic] como formar outro grupo, pois não há espaço onde colocar (Acácia - ACS).

Outros estudos sobre a temática também mostram esse déficit no espaço físico como um fator que dificulta uma ação de qualidade por parte dos profissionais, mas que não impede a realização das rodas<sup>91</sup>.

A TCI pode ser realizada em qualquer espaço comunitário, como igrejas, associações, escolas, unidades de saúde da família, hospitais, entre outros, podendo ser realizada até mesmo debaixo de uma árvore<sup>10</sup>. Entretanto, alguns autores referem que além de limitar o número de participantes, não dispor de um espaço privativo e adequado para a realização da TCI fragiliza os encontros, visto que muitos dos participantes não se sentem confortáveis para contar suas angústias e experiências de vida<sup>98</sup>.

#### *Dificuldades pessoais*

Assim como no estudo que aborda a formação de terapeutas comunitários na Argentina, Uruguai e Venezuela, alguns terapeutas referiram ter dificuldade para realizar as rodas de TCI sozinhos, sem o auxílio de outro terapeuta formado ou em formação<sup>82</sup>, como se evidencia no depoimento da participante Umbuzeiro:

A receptividade do grupo foi muito boa, mas enfrentei a dificuldade de ter que fazer só. Os agentes de saúde da minha equipe desistiram logo; desistiu um, depois o outro, no fim eu fiquei só para fazer as rodas (Umbuzeiro - Enfermeira).

Ao fim do primeiro módulo preconiza-se que os terapeutas realizem as rodas em equipes de duplas ou trios, para que nessa conformação seja possível o fornecimento de apoio entre eles e a divisão das atribuições das rodas, como, por exemplo, um terapeuta sendo responsável pelo acolhimento do grupo, através de dinâmicas integrativas, e o outro pelo desenvolvimento das demais etapas da terapia. Contudo, quando se está sozinho, além de conduzir a roda, o terapeuta fica responsável por organizar os rituais de agregação, o que, de certa forma, sobrecarrega-o.

Diante deste tipo de situação, torna-se necessário que o terapeuta identifique alguém dentro da sua comunidade para auxiliá-lo na condução das rodas, no que condiz aos rituais de agregação, agindo como se fosse um coterapeuta, tal como fez a enfermeira Umbuzeiro:

Tem uma agente de saúde da minha equipe que é muito dinâmica. Por isso ela ficou me ajudando mesmo sem ter participado da formação, pois ela é muito boa de música, de brincadeira e eu sou mais tímida (Umbuzeiro - Enfermeira).

Além de realizar as rodas sozinho, os terapeutas também referiram dificuldades quanto à condução das rodas de TCI, em realizar os passos metodológicos que a terapia possui, principalmente no momento da escolha do tema e da problematização, conforme retratam as falas a seguir:

Em algumas rodas o pessoal tinha dificuldade de falar, às vezes só uma pessoa falava, ou então a gente não tinha tema, não tinha assunto. Por isso que estou usando mais a terapia temática, pois nela todo mundo se abre (Umbuzeiro - Enfermeira).

No momento da problematização ainda tenho certa dificuldade em entender e ir direto ao sentimento das pessoas, de acertar na devolução, de direcionar as perguntas (Capim-rosado - Médica).

Em seu livro sobre a TCI, Barreto<sup>10</sup> afirma que o silêncio do grupo pode ser reflexo de um acolhimento muito formal, sem muita interação. Além disso, refere que o terapeuta não deve temer o silêncio, pois este, muitas vezes, é um momento de introspecção e reflexão para os participantes.

Ressalta-se que diante da timidez de sua comunidade, a terapeuta Umbuzeiro se utilizou da estratégia da TCI temática, uma variação da TCI, na qual o tema e o mote são escolhidos previamente, com os momentos de contextualização e problematização ocorrendo simultaneamente. Nela, comumente, se faz uso de uma metáfora para facilitar a compreensão dos participantes e estimular a reflexão acerca do assunto escolhido<sup>46</sup>.

Os terapeutas precisam identificar suas fragilidades durante a realização das rodas para que possam buscar estratégias de enfrentamento para as suas dificuldades. Destaca-se que o

terapeuta comunitário não possui o papel de ser “salvador da pátria”, dando conselhos e resolvendo todos os problemas a que ele se apresenta, mas sim um facilitador, cuja intervenção é a de estimular o diálogo, a criatividade e formação de uma consciência crítica, que assim como os demais, possui seus limites<sup>37</sup>.

A pouca disponibilidade de tempo para realizar a TCI está presente como a principal dificuldade pessoal dos entrevistados. Os terapeutas referem que as diversas demandas do trabalho e da vida pessoal que possuem, além de gerarem uma sobrecarga, também diminuem a quantidade de tempo disponível para realizar as rodas, como retratam as falas de diferentes profissionais:

Meu grande impasse para a continuidade das rodas é a questão do tempo, justamente por conta das minhas inúmeras atribuições (Xique-xique - Psicóloga).

Pra mim, o grande impasse para realizar a terapia é conciliar os meus horários, pois tenho que me dedicar às rodas, mas também tenho que ter um tempo pra minha família (Baraúna - ACS).

A grande dificuldade pra mim está sendo não ter muito tempo livre, pois além do PSF agora também sou professora de uma Universidade (Capim-rosado - Médica).

Os depoimentos abaixo relacionados de enfermeiras trazem a sobrecarga de trabalho que essa classe profissional enfrenta, fato que também foi relatado pelas participantes de uma pesquisa realizada com profissionais de Enfermagem, que fizeram o curso de formação em TCI pelo município de João Pessoa, Paraíba<sup>93</sup>.

Um grande entrave é a jornada de trabalho das enfermeiras, que, além da unidade de saúde, nós ainda temos os plantões em hospitais. Por isso o nosso tempo é bastante corrido, mas mesmo assim eu sempre tiro um tempinho para a TCI, geralmente no final da tarde (Quixabeira - Enfermeira).

A dificuldade pra fazer as rodas é mais a questão de tempo, por causa da carga horária da enfermeira que é muito puxada. É tanto que, geralmente, temos que fazer as rodas em um horário extra no fim da tarde, que é o tempo que nós temos (Mimosa - Enfermeira).

Torna-se notório que a rede básica de serviços do SUS possui uma normatização excessiva, que não apenas limita a atuação dos profissionais, mas também os constroem quanto à produção de um cuidado diferenciado. Essa situação se agrava ainda mais quando a lógica predominante é a que envolve a realização de ações programáticas, o estabelecimento de horários específicos para atender determinadas clientelas, assim como o uso de senhas, fichas, indicadores e metas<sup>100</sup>.

O enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família possui uma série de atribuições e de responsabilidades, sobretudo relacionadas ao gerenciamento da unidade, que comumente



resulta numa demanda exagerada de atividades, o que acaba por limitar o desenvolvimento de trabalhos com grupos por este profissional, sendo necessário que haja mudanças nos processos de trabalhos das equipes para que a sobrecarga diminua<sup>93</sup>.

Quando um profissional não possui o poder de discutir e intervir nas decisões sobre os seus serviços, percebe-se que dificilmente ele irá conseguir mudar efetivamente o seu processo de trabalho. Por isso, torna-se imprescindível que as gestões proporcionem às equipes, e aos seus profissionais, autonomia para gerenciar e programar as suas ações conforme as necessidades dos usuários e dos trabalhadores de saúde<sup>93</sup>.

Entretanto, as gestões não podem, nem devem, ser as únicas responsabilizadas pela disponibilidade de tempo que os terapeutas possuem para realizar as rodas, visto que também é de responsabilidade do profissional organizar seu cronograma de ações junto à TCI, incluindo a realização de rodas sempre que for possível e necessário.

A fala da ACS Cactos ilustra bem a ideia de que a vontade do terapeuta em continuar realizando as rodas é um dos grandes diferenciais.

Acredito que o que mais atrapalha a continuidade é o comodismo de alguns terapeutas, que ficam arrumando desculpa pra não fazer as rodas. Eu acho que quando a pessoa assume realmente o compromisso de fazer as terapias, a coisa anda. Porque, por exemplo, aqui no município a gestão nos apoia muito, mas nunca vai nos obrigar a fazer nada, ou seja, mesmo com o apoio da gestão, quando um terapeuta não quer ele arruma uma desculpa e não faz (Cactos - ACS).

As gestões e profissionais necessitam ter o entendimento que desenvolver uma prática de saúde como a Terapia Comunitária Integrativa não deve representar um afazer a mais aos trabalhadores, mas precisa fazer parte do processo de trabalho das equipes da ESF.

### *Dificuldades decorrentes de questões políticas*

Em relação a questões políticas, alguns terapeutas do município de Santa Luzia referiram a dificuldade de ter que interromper a realização das rodas em virtude do período eleitoral, a fim de não caracterizar publicidade indevida, conforme evidencia a fala da terapeuta Palma:

No ano passado, durante o período da campanha, tive que parar de realizar as rodas para não formar aquele aglomerado de pessoas no posto e não infringir a lei de propaganda do período. Mas durante essa pausa eu via muito a cobrança da população, que sente muita falta quando a gente para (Palma - ACS).

Destaca-se nessa fala a cobrança da população em relação à continuidade das rodas, o que novamente legitima a boa aceitação desta ferramenta de cuidado pela comunidade.

Barreto e colaboradores<sup>11</sup> afirmam que dificuldades referentes ao ano e período eleitoral também foram enfrentadas durante o momento de adesão dos municípios à proposta da TCI, sendo utilizada a estratégia de superação de solicitar o apoio das gerências regionais e das Secretarias Estaduais de Saúde para esclarecer às gestões e demais autoridades a proposta da TCI.

A Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997, vigente durante o período eleitoral, tem como objetivo coibir práticas de agentes públicos que induzam os eleitores a votarem em determinado candidato, assegurando que haja igualdade na disputa entre os candidatos.

Entretanto, torna-se necessário que os gestores e juristas entendam que uma prática como a TCI não possui cunho político, mas sim social, sendo prejudicial à população a sua interrupção, tal como seria a cessação de qualquer outra prática de saúde.

#### *Falta de uma pessoa de referência para a TCI dentro do município*

Por fim, os terapeutas trazem em suas falas a dificuldade de não ter uma pessoa de referência para a TCI dentro dos seus municípios, que os motivasse e propiciasse a reunião do grupo:

Eu acho que se tivesse uma pessoa puxando a realização das rodas seria bem melhor, teríamos até mais terapias. Sinto falta de alguém motivando, coordenando, articulando, juntando o pessoal, como tem na atenção básica. Nós fazíamos isso, mas hoje em dia não é mais constante. Acredito que nós precisamos de uma injeção de ânimo e de acompanhamento, pra não ficarmos muito soltos (Palma - ACS).

O significado de ter uma motivação para realizar algo pode ser resumido a ter um motivo que leva a uma ação. A motivação envolve um sentimento de realização e de reconhecimento profissional, e na área dos serviços, geralmente, tem como consequência um bom desempenho do profissional e aumento de sua produtividade<sup>101</sup>.

Dessa maneira, a motivação dos trabalhadores é fundamental para um bom funcionamento de qualquer prática, estando o nível de motivação dos profissionais diretamente relacionado ao sucesso de uma proposta.

Dentro da TCI esse papel de pessoa motivadora-articuladora, quando existe, vem sendo exercido por um membro da gestão municipal de saúde, tal como no caso dos municípios de Santa Luzia e de João Pessoa<sup>93</sup>. Entretanto, nem sempre a gestão municipal possui condição de liderar este processo motivacional dos terapeutas, sendo necessário identificar outras formas de agir.

Em Santa Luzia, a secretária municipal de saúde, que também é terapeuta comunitária, tem se encarregado de conduzir o processo da TCI no seu município. Entretanto, através do seu relato, fica claro que ser gestor e motivar os terapeutas a continuarem com as rodas nem sempre é uma tarefa simples, constituindo como outra dificuldade vivenciada:

Eu observo que parece que as meninas daqui só fazem mesmo as rodas comigo por perto, puxando, motivando. Sei que isso é importante, pois sem uma liderança a coisa fica solta. Mas isso é também uma das grandes dificuldades, ter que ficar sempre motivando os demais profissionais, são muitas coisas a se fazer (Jurema - Advogada).

Articular, motivar e reunir o grupo de terapeutas é uma tarefa que pode ser desenvolvida por alguém da própria equipe, sendo este denominado como um terapeuta de referência. Essa pessoa não precisa possuir vínculo algum com a gestão, contudo é imprescindível que possua um espírito de articulação e liderança, uma vez que será responsável por articular as ações que envolvem a TCI dentro do seu município.

O Polo formador em TCI também pode auxiliar nesse processo através da realização de encontros periódicos com terapeutas, visto que o seu papel não se restringe ao momento da formação, mas também inclui a manutenção da rede de terapeutas comunitários sob sua responsabilidade.

Dessa maneira, o estabelecimento de um terapeuta de referência para o município e o auxílio do Polo formador são estratégias viáveis para a motivação dos terapeutas comunitários.

### **c) Desafios**

#### *Aumentar a frequência de realização das rodas*

Um dos principais desafios apontados pelos terapeutas foi o de retornar a realização das rodas com uma frequência semelhante à do momento da implantação, sendo necessário para isso a organização dos horários disponíveis para o momento da TCI.

Eu preciso organizar a minha agenda para conseguir voltar a fazer as rodas com uma frequência semelhante à do início, este é o meu desafio (Capim-rosado - Médica).

Nesse sentido, os terapeutas relatam a vontade de retornar a realização das rodas com grupos específicos como algo fixo, de preferência semanalmente, sendo o horário e local previamente estabelecido, como mostra a declaração da terapeuta Jatobá:

Um dos meus desafios é justamente conseguir fixar os grupos, deixá-los semanal. Pra isso eu penso que precisa tanto do terapeuta, que tem que ter tempo pra isso, como da comunidade, que tem que se dispor a participar toda semana (Jatobá - Enfermeira).

À medida que o terapeuta estabelece com antecedência o grupo, o horário e local tem a possibilidade de divulgar com mais intensidade as rodas, o que facilita a preparação do terreno. Além disso, agindo dessa forma está reforçando o seu compromisso para com a sua população, assim como o sentimento de corresponsabilidade da comunidade com a continuidade das rodas.

Os terapeutas associam a frequência das rodas aos seus resultados, ou seja, acreditam que ao realizar mais terapias comunitárias nas suas comunidades mais resultados positivos irão obter, conforme exemplifica o depoimento a seguir:

Com a TCI eu vejo resultados, mas eu acho que se fosse mais frequente, se a gente tivesse [sic] continuado com a mesma frequência do início, os resultados seriam muito maiores (Jurema - Advogada).

#### *Expandir a TCI para outros grupos e espaços*

Outro desafio recorrente entre os terapeutas é o de expandir a TCI para grupos e espaços ainda não trabalhados. Para isto, os participantes afirmam ser necessário sensibilizar previamente os profissionais que não fizeram a formação, com o intuito de diminuir a resistência destes para com essa prática de cuidado:

Quanto ao maior desafio, acredito que seja o de implantar as rodas de terapia em todas as unidades de saúde do município, pois nem todas as coordenadoras da equipe têm a formação em TCI. Então a dificuldade está nisso, de tocar uma pessoa que ainda não conhece a terapia (Mandacaru - Enfermeira).

Barreto<sup>10</sup>, afirma que as resistências são males necessários à medida que possibilita rever os nossos valores e métodos. O terapeuta precisa estar atento para o fato de que essa resistência pode ser derivada tanto do desconhecimento da proposta, como da não aceitação de que uma pessoa que não passou pela academia seja capaz de ter uma ação tão eficiente em um trabalho comunitário.

Uma estratégia viável para essa sensibilização, além da realização das rodas com esses profissionais, seria a organização de uma palestra sobre TCI, onde os terapeutas, juntamente com integrantes da comunidade, explanariam melhor a proposta e seus benefícios.

### *Fixar-se profissionalmente no município*

Por fim, a terapeuta Jatobá refere um desafio que certamente perpassa por diversos profissionais, o de se fixar profissionalmente no município em que ela atua:

Meu maior desafio é ficar na cidade, é continuar trabalhando aqui. Por isso que estou estudando, para passar no concurso. No PSF, eu já trabalho aqui há 15 anos, mas se eu tiver que ir para outro lugar com certeza irei levar o meu amor e a terapia também. Só que em outro município talvez fique mais complicado para realizar as rodas, pois além de ter que morar fora, vai que a outra gestão não apoia a proposta. Então é mais eu ficar aqui (Jatobá - Enfermeira).

Grande parte dos profissionais da saúde possui um vínculo empregatício precário, sendo realizado por intermédio de contratos de prestação de serviço, que implicam em um caráter temporário de serviço, o que vai de encontro ao que preconiza a ESF, que requer uma estabilidade do profissional no serviço<sup>102</sup>.

A existência de vínculos precários, as insatisfações com os salários e ausência de planos de cargos e salários acarretam não somente a insegurança e insatisfação profissional, mas também a rotatividade de trabalhadores nos serviços<sup>102</sup>.

Diferentes estudos abordam a insatisfação dos profissionais da ESF para com o seu trabalho, o que certamente dificulta tanto a implantação como consolidação da ESF e de suas práticas, visto que, diante de tais condições de trabalho, os profissionais ou optam por não permanecer no serviço ou não consideram a estratégia como atividade principal, possuindo múltiplos vínculos distintos<sup>102-104</sup>.

Além disso, a não priorização das atividades referentes à ESF e a rotatividade dos profissionais acarretam a diminuição do vínculo entre o trabalhador da estratégia e sua comunidade, prejudicando o desenvolvimento de práticas como a TCI, que necessitam do fortalecimento desse vínculo para se efetivarem.

Dessa maneira, cabe aos gestores estudarem formas de estruturação e solidez do vínculo contratual dos trabalhadores da saúde, para que, com condições e salários dignos, haja uma diminuição da rotatividade dos profissionais e a possibilidade de uma maior dedicação às ações desenvolvidas dentro da ESF.

### **III. A formação em TCI e suas repercussões no viver dos terapeutas**

Durante o curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa os profissionais são capacitados para atuarem como terapeutas comunitários nos principais sistemas de promoção

da saúde e prevenção de riscos e agravos, bem como na reabilitação e inclusão do indivíduo, da família e da comunidade, atuando conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS<sup>11</sup>.

Tendo-se em vista a preocupação e necessidade de aperfeiçoar cada vez mais esse curso, torna-se imprescindível avaliar as contribuições dessa formação para os terapeutas, dando-se ênfase às duas subcategorias dessa Categoria Temática: a) Repercussões na vida pessoal dos terapeuta e b) Repercussões na prática dos profissionais.

### **a) Repercussões na vida pessoal dos terapeutas**

Os relatos dos terapeutas mostram que, no âmbito da vida pessoal, as mudanças mais significativas foram relacionadas ao despertar da necessidade de olhar para si e a melhora no relacionamento interpessoal dos profissionais.

Estudiosos da TCI<sup>11</sup> afirmam que é preciso conhecer-se melhor para poder melhor acolher o outro, respeitando-se o que é diferente. Ao se notar como um ser que possui valores próprios, opiniões, emoções e, sobretudo, potencialidades, ou seja, ao se autoaceitar, o indivíduo sente-se emponderado o suficiente para explicitar e respeitar os diferentes pontos de vista dos demais sujeitos, assumindo uma postura de diálogo, fundamental na construção das relações entre profissionais de serviços como a ESF. Essa descoberta de si, de suas potencialidades e limitações, proporcionada pela formação, é abordada no depoimento da terapeuta Acácia:

Através da formação em TCI, eu vi que tinha potencial pra ajudar outras pessoas, dentro do meu trabalho, das minhas limitações. E ao perceber isso, entendi que eu tinha capacidade de ajudar a outras pessoas, para que elas também tivessem uma qualidade de vida melhor (Acácia - ACS).

Ao descobrirem as suas próprias fragilidades, os indivíduos, sobretudo aqueles envolvidos no processo de cuidar, tomam consciência da necessidade de cuidarem mais de si para melhor cuidar do outro, uma vez que ao cuidar do outro, também está cuidando de si. Entretanto, em virtude de fatores como uma formação acadêmica baseada em um modelo biomédico, para muitos profissionais de saúde o cuidar de si ainda se constitui como algo desconhecido.

A terapeuta Capim-rosado retrata esse tipo de situação, referindo que atentar para a importância do cuidar de si foi uma das grandes contribuições da formação para a sua vida:

Ao longo da nossa vida, até mesmo na formação acadêmica, a gente sempre fala do cuidado, do cuidar dos outros, mas sempre acaba se esquecendo de mencionar o cuidar de si. Na formação eu chorei e demorei pra entender, mas hoje em dia eu sou mais eu, me coloco em primeiro lugar. Sei que tenho que cuidar dos outros, mas antes eu pensava demais nos outros e esquecia de mim. Entendi durante a formação que preciso estar bem para poder cuidar do outro e que pra isso, às vezes, é necessário dizer não e aceitar minhas limitações (Capim-rosado - Médica).

Para Foucault<sup>105</sup>, em sua obra *A Hermenêutica do Sujeito*, antes de cuidar de si o homem deve primeiro se conhecer e que esse ocupar-se de si deve preceder o cuidado a qualquer outra coisa.

Para o referido autor, o cuidar de si constitui-se não somente como um princípio, mas como uma prática constante, que se deve perseguir ao longo de toda a vida. Trata-se de um preceito de vida ao qual se atribui grande valor desde o pensamento antigo nas civilizações gregas e romanas, por exemplo, o ocupar-se consigo era considerado um privilégio e marca de uma superioridade social.

No curso de formação são desenvolvidas vivências terapêuticas que evocam dores antigas, aparentemente adormecidas, que se tornam fonte de competência sanadora à medida que ajudam as pessoas a se enxergarem numa relação dinâmica de cuidado, onde o cuidar de si se desenvolve à medida que se cuida do outro<sup>10</sup>.

Dessa maneira, observa-se que ao propiciar a capacidade de autoconhecimento e o despertar da importância de cuidar de si, o processo de formação em TCI permite que o profissional de saúde atue no mundo do trabalho sem escravizar-se ou alienar-se, diminuindo a possibilidade de que ele se torne um mero insumo do processo de trabalho<sup>12</sup>.

Ratifica essa ideia a pesquisa de Rocha e colaboradores<sup>34</sup>, que descreve algumas mudanças pessoais ocorridas nos profissionais em virtude da formação de TCI, destacando a possibilidade que tiveram de refletir sobre si, buscando o seu verdadeiro “eu” e repensando a sua forma de viver e ver o mundo.

Quanto ao relacionamento interpessoal, todos os terapeutas entrevistados alegam que o curso proporcionou uma melhora com os demais profissionais da equipe, em virtude da formação haver possibilitado uma maior consciência dos limites do “eu” e do outro, assim como uma maior flexibilidade e disponibilidade para o trabalho em equipe, conforme evidenciam os relatos a seguir:

A equipe não se interessou pela TCI, ela acha que isso é muito *blábláblá*, por isso não se envolveram. Mesmo assim, minha relação com a minha equipe, que já era boa, melhorou ainda mais. Sei que a formação ajudou nisso, pois ela mudou o meu olhar (Umbuzeiro - Enfermeira).

A minha equipe é complicada e eu sempre fui muito arengueira. Sempre queria fazer coisas muito bem feitas, do meu jeito. Agora, depois da formação, percebi que fiquei mais centrada, discutindo menos. Hoje eu vejo que isso não é preciso, que cada um tem um jeito e uma opinião. No nosso relacionamento, apesar de tudo, estou sabendo lidar melhor com eles (Palma - ACS).

A formação em TCI ao levar os indivíduos a refletirem sobre as suas experiências, habilidades e competências, desvela as fragilidades presentes nos sujeitos e no seu processo de trabalho em equipe, ressaltando a importância de aceitar as diferentes visões para o trabalho em equipe, visto que um olhar divergente é imprescindível e complementar, pois cada pessoa é rica no que o outro é carente<sup>11</sup>.

O estudo que trata do impacto da formação em TCI junto aos profissionais da ESF de todo o Brasil aponta que outra mudança significativa ocorreu em relação à aceitação das diferenças e o respeito à diversidade, ou seja, os terapeutas referiram reconhecer que cada ser humano possui particularidades que o distingue dos demais, tendo a cultura grande influência sobre o processo, sendo esta diversidade a grande riqueza da vida<sup>11</sup>.

Essa aceitação das particularidades também está presente nas declarações dos terapeutas desta pesquisa, como explicita a fala da terapeuta Mimosa:

Na minha relação com os membros da equipe percebi muitas mudanças. Logo eu era muito exigente, perfeccionista, e acho que hoje eu sou mais polida. Aprendi a reconhecer que todo mundo tem defeitos e que as coisas nem sempre ocorrem do jeito que você quer. As coisas têm o seu tempo e as pessoas também. Acredito que hoje sou menos exigente, porém mais seletiva em relação à qualidade. Como enfermeira, eu exigia muito das meninas, hoje eu já me sento e a gente se programa com mais folga. Fico feliz com os resultados, mesmo quando não ficou exatamente da forma como eu gostaria. Hoje eu noto que todo mundo se esforçou, mas antigamente eu só ficava brigando. Enfim, eu vi que não sou o centro das atenções, que todos na minha equipe são ricos nas suas diferenças (Mimosa - Enfermeira).

A partir dos depoimentos dos terapeutas, infere-se que a formação, primeiramente, promove uma mudança interna nos que dela participam, o que inevitavelmente possui impacto na sua atuação e relação com o outro, membro da equipe de trabalho ou usuário do serviço, criando o ambiente adequado para o desenvolvimento de uma prática diferenciada.



## **b) Repercussões na prática dos profissionais**

O curso de TCI também leva os profissionais a repensarem as suas próprias práticas. Nesta pesquisa os depoimentos dos terapeutas ressaltam que o desenvolvimento da capacidade de acolhimento e da escuta qualificada, assim como o aumento do vínculo com a comunidade, foram a repercussões mais fortes nessa área.

O acolhimento e a realização de uma escuta qualificada tanto humaniza o atendimento do serviço, como reorganiza o seu processo de trabalho. O ato de ouvir o outro sem fazer juízo de valor, com atenção e compaixão, faz com que o outro se sinta acolhido nas suas angústias, favorecendo o fortalecimento das relações interpessoais<sup>11</sup>, como mostra a declaração da terapeuta Mandacaru:

Eu acho que quem faz a formação em TC sai com outra visão. Eu aprendi a escutar mais as pessoas. Tem até um exemplo na minha prática: certa vez eu estava na equipe e chegou uma senhora que tinha acabado de ficar viúva. Ela não estava doente, ela foi pra desabafar. Ela passou a manhã todinha na minha sala, falando no esposo. E naquele momento eu a acolhi, tive a paciência de escutá-la e eu relatei isso à Terapia Comunitária. Então eu percebi que passei a escutar mais a comunidade (Mandacaru - Enfermeira).

A Política Nacional de Humanização possui como um de seus principais objetivos a disponibilização para todos os seus atores de um acolhimento apropriado e de uma escuta qualificada<sup>95</sup>.

Entende-se como um acolhimento apropriado a criação de um espaço pedagógico para a escuta dentro dos serviços, que possibilite a identificação de fatores de risco e necessidades dos indivíduos, assim como a realização de uma clínica ampliada. Acolher, sobretudo, é um compromisso de resposta às necessidades que os profissionais de saúde possuem com os cidadãos que procuram o seu serviço<sup>106</sup>.

O ato de escuta é um momento de construção, no qual o trabalhador utiliza-se de seus conhecimentos para atender às demandas dos usuários, ato este que necessita do envolvimento e engajamento de toda a equipe. Entretanto, usualmente, alguns profissionais reduzem o processo de escuta a apenas ouvir, deixando de considerar que não são apenas as palavras que devem penetrar em nosso ser, mas sim todo o significado que elas carregam<sup>107</sup>.

Valer-se de uma ferramenta como a escuta qualificada, torna-se essencial para o desenvolvimento de uma assistência integral aos usuários, na qual há uma valorização dos vínculos, do acolhimento e do respeito à diversidade e à singularidade de quem cuida e de quem é cuidado<sup>107</sup>.

Outros estudos sobre as repercussões da formação em terapia, como o de Sá<sup>93</sup>, abordam a valorização que a TCI confere a essas duas diretrizes da PNH, permitindo uma maior aproximação do profissional com a sua comunidade e facilitando as suas intervenções.

Tal formação vem se mostrando como ferramenta de transformação profissional, que torna os trabalhadores mais sensíveis aos problemas e sofrimentos que afetam a comunidade na qual estão inseridos<sup>12</sup>.

A fala do terapeuta Imburana aponta esse aumento da sensibilidade nos trabalhadores da saúde:

Com a formação eu passei mais a perceber a dificuldade do outro. Eu acho que fiquei mais sensível nesse aspecto. Isso é muito bom, pois com o tempo o profissional de saúde fica meio que congelado, as situações pra ele viram rotina. Ele até tenta fazer o que sabe, mas não tem aquela coisa de se empenhar. Ele fica preso a um diagnóstico e a cura daquela questão que ele está vendo, mas não se importa com o que está se passando dentro da cabeça das pessoas. Então eu vejo que a TC traz isso, de ter mais sensibilidade e responsabilidade com o outro (Imburana - ACS).

Nota-se que a TCI instiga os profissionais a buscarem a compreensão do que está por trás dos sintomas clínicos relatados no momento da consulta, possibilitando que os mesmos identifiquem os sistemas que perpassam pelos indivíduos e responsabilizem-se pela coordenação do cuidado da sua população<sup>93</sup>.

Por fim, falar da repercussão da formação em TCI para a prática dos profissionais é algo análogo a discorrer sobre a construção e fortalecimento dos vínculos entre os terapeutas e a sua comunidade, como mostra o depoimento da terapeuta Acácia:

Eu acho que a formação mudou muito a minha interatividade com a comunidade, que o relacionamento ficou mais próximo. Vejo que antes eu fazia um trabalho mais isolado, mas hoje trabalho mais junto deles e isso melhorou a qualidade do meu trabalho (Acácia - ACS).

A palavra vínculo é de origem latina e pode ser conceituada como algo que ata ou liga as pessoas, indicando relações interdependentes. Barreto<sup>10</sup> o conceitua como tudo aquilo que liga os sujeitos entre si e a terra, a sua cultura, lhe conferindo identidade, inclusão e sentimento de pertença.

O estabelecimento dos vínculos constitui-se como um poderoso recurso terapêutico para os serviços de saúde, sendo necessário o empenho tanto dos profissionais como dos usuários para a sua edificação e manutenção. A sua construção perpassa pela escuta das necessidades dos sujeitos, a fim de fundamentar a construção de projetos terapêuticos que dialogam com a realidade dos indivíduos, aumentando a resolutividade das ações<sup>98</sup>.

Na ESF, a construção e fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade contribuem para a melhoria da assistência, proporcionando a identificação precoce de fatores de risco que os indivíduos e comunidades possuem, o que permite a realização de intervenções preventivas visando à manutenção da saúde, assim como possibilita a criação de uma relação de confiança entre as partes envolvidas.

Depois da formação a minha convivência com a comunidade melhorou muito. Acho que a terapia aumenta mais o nosso laço e, com o aumento dessa proximidade, eles passam a ter mais confiança em você. É tanto que hoje eu vejo que eles se soltaram mais, falam mais, compartilham os seus problemas comigo (Quixabeira - Enfermeira).

O ato de confiar pode ser considerado como a base de qualquer relacionamento, seja ele afetivo ou não, sendo decisivo para o sucesso ou insucesso de diversas ações. A confiança nas instituições públicas e/ou privadas auxilia na manutenção da ordem dentro da sociedade.

Nas relações de trabalho, a confiança e a cooperação estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que sem a primeira, a segunda deixa de existir. Contudo, há autores que consideram que antes de ser uma pré-condição para a cooperação, pode-se considerar que a confiança é resultado desta, sendo edificada e fortalecida ao longo das experiências. Dessa maneira, mesmo sendo possível cooperar com pessoas que não inspiram confiança, certamente o trabalho do indivíduo será menos frutífero se uma relação de confiança houvesse sido estabelecida<sup>108,109</sup>.

Na Estratégia de Saúde da Família a situação é bem semelhante, pois a não confiança do usuário na sua equipe, dificulta todo o processo da assistência. Afinal, para que as pessoas abram as portas de suas casas, bem como compartilhem com um profissional os seus hábitos, costumes e necessidades, que têm caráter confidencial, torna-se necessário que o sujeito confie no trabalho e na sua capacidade técnica<sup>109</sup>.

Nesse sentido, observa-se que confiança dos usuários nos serviços possui uma importância ímpar para o êxito da estratégia. Sendo assim, torna-se imprescindível que os profissionais da equipe possuam um comportamento e realizem práticas que inspirem e reitem a confiança dos usuários<sup>109</sup>.

Diante do exposto, infere-se que a formação em TCI proporciona a criação de uma cadeia de eventos que resultam numa assistência mais humanizada, integral e condizente com os princípios e diretrizes do SUS.

# **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Comunitária Integrativa é uma prática de cuidado que vem se consolidando como uma nova ferramenta de cuidado dentro dos serviços de saúde, devido aos seus resultados quanto à promoção da saúde e prevenção do adoecimento, seja ele mental ou físico, nos mais diferentes contextos.

Entretanto, a mesma está sujeita a ter a sua continuidade comprometida em virtude de dificuldades provenientes dos cenários no qual ela é desenvolvida, um sistema de saúde fluido, que enfrenta diversas realidades e que reflete as transformações e anseios da sua população.

Dessa maneira, para fortalecer essa prática frente às adversidades, torna-se necessário ampliar-se o olhar, procurando conhecer não apenas como ocorreu o processo de implantação, mas também buscando o cotidiano de realização dessa tecnologia leve de cuidado.

Nessa direção, com o intuito de avaliar o processo de implantação e continuidade da TCI vinculada a serviços de saúde nos municípios do Sertão paraibano, a presente pesquisa teve como objetivos traçar o perfil profissiográfico dos terapeutas em atuação nessa região, identificando as facilidades, impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários para a realização das rodas de TCI nos seus municípios e avaliar as repercussões da formação em TCI para a prática e vida pessoal dos terapeutas, tendo em vista que a identificação destes fatores poderia auxiliar em outros estudos que envolvam a temática.

Tornou-se evidente que grande parte dos terapeutas que continuam realizando as rodas são mulheres, ACS ou enfermeiras, que atuam na ESF, sendo 40 a 59 anos a faixa etária predominante, o que difere do que foi identificado no convênio de formação, onde havia uma maioria de profissionais jovens, recém-ingressos no SUS. Dessa maneira, observa-se que mesmo possuindo uma faixa etária superior e tendo trabalhado há bastante tempo nos serviços do SUS, os profissionais não perderam a curiosidade e a persistência de se utilizar de novas práticas de saúde nas suas comunidades.

Ao longo das entrevistas, as facilidades que permeiam o processo de implantação e continuidade da terapia foram surgindo, tendo sido apontado como grandes diferenciais para o êxito das rodas o apoio de instituições como a gestão, grupo de terapeutas e a população, as repercussões das rodas nas comunidades e, sobretudo, a identificação do terapeuta com a proposta da TCI.

Quanto aos entraves, constatou-se que os que mais dificultam a realização das rodas são os que envolvem a falta de apoio da gestão e da equipe de trabalho, sobretudo dos ACS, ausência de um espaço físico adequado, dificuldades pessoais, como indisponibilidade de tempo relacionada à sobrecarga de trabalho, e ausência de um terapeuta de referência dentro dos municípios, que motive e auxilie os demais neste processo de continuidade das rodas.

Mediante tais aspectos, torna-se possível inferir que fatores como apoio da gestão e da comunidade são importantes para a efetivação das rodas de TCI, contudo, o fator determinante para o êxito desse processo está centrado no “ser terapeuta”, ou seja, na identificação do profissional com o perfil inerente ao terapeuta, de gostar de trabalhar em comunidade e para ela, sendo um agente transformador de seres humanos, como deve ser o educador na visão de Paulo Freire.

Os desafios apontados retratam bem os anseios vivenciados pelos terapeutas, que por acreditarem na proposta da TCI querem ter mais tempo e condições de trabalho para se dedicar à expansão dessa tecnologia de cuidado. Organização das atividades dos profissionais, evitando sobrecargas, regularização dos vínculos trabalhistas, melhores remunerações, são algumas das ações que as gestões podem realizar para a superação desses desafios, diminuindo a rotatividade dos profissionais e aumentando a possibilidade de dedicação dos mesmos nas ações desenvolvidas dentro da ESF.

Os achados desta pesquisa revelam que a formação em TCI desperta mudanças internas nos profissionais que repercutem diretamente na sua prática e nos seus relacionamentos. Ao oferecer uma escuta qualificada, os terapeutas fortalecem os seus vínculos com a comunidade, que responde através do estabelecimento de uma relação de confiança na equipe, confiança que é fundamental para a consolidação de estratégias como a da Saúde da Família.

Diante de todas as facilidades, dificuldades e desafios apontados pelos terapeutas neste estudo, observa-se que a comunidade, os profissionais e as gestões possuem papéis distintos, mas que se complementam, para concretização dessa tecnologia de cuidado.

Nesse sentido, percebeu-se, durante a execução deste trabalho, o quão importante é a capacitação dos gestores, visto que se observa nos gestores terapeutas comunitários profissionais que valorizam a educação permanente, a transformação e fortalecimento do processo de trabalho das equipes, e a formação de vínculo entre profissionais, comunidade e gestão.

O Ministério da Saúde, como o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados à saúde dos brasileiros, também desempenha um papel importante nesse processo, visto que além da necessidade de investir em novas formações, observa-se a precisão de investimentos na continuidade dessa ferramenta de cuidado.

Possivelmente, a grande contribuição desta pesquisa está em permitir vislumbrar como se deu e ainda se dá o processo de realização das rodas, destacando as repercussões da formação para diferentes aspectos da vida dos terapeutas e desvelando as facilidades, dificuldades e desafios vivenciados por quem faz a terapia acontecer no Sertão paraibano.

Ressalta-se que situações como as retratadas neste estudo podem ser encontradas em outros locais em que a TCI foi implantada, sendo assim, os achados aqui apresentados subsidiam tanto os polos formadores a darem continuidade ao processo de formação em TCI nos seus territórios, como a fortalecerem a prática da terapia nos seus territórios, minimizando os entraves e potencializando as facilidades encontradas.

Portanto, conclui-se que avanços e desafios são os vocábulos que talvez melhor representem a experiência da Terapia Comunitária Integrativa no Sertão da Paraíba. Avanços pela amplitude que essa tecnologia de cuidado adquiriu nessa região, firmando-se como uma prática efetiva e resolutiva não apenas para o escopo da saúde mental, mas para a saúde coletiva de forma geral. Desafios pelas barreiras que surgiram ao longo desse caminho, entraves que partiram de gestões e dos próprios terapeutas, mas que foram superados pelos profissionais que se dispuseram a isso, contando com o apoio da população.

Com a visão proporcionada por esta pesquisa espera-se poder embasar e oferecer elementos para a realização de estudos sobre implantação e continuidade da Terapia Comunitária Integrativa em outros cenários, assim como novos desdobramentos investigativos, com vistas a consolidar a TCI como uma tecnologia de cuidado valiosa para a comunidade, terapeutas e gestões.

## **REFERÊNCIAS**



## REFERÊNCIAS

1. Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP, Aguiar MIF. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Jan 08]; 32(1):114-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a15v32n1.pdf>
2. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2007 [cited 2012 Jan 09]; 15(4):502-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde; 2012.
4. Andrade LMO, Barreto ICHC, Barreto AP, Oliveira MVA. O SUS e a Terapia Comunitária. Fortaleza: Ministério da Saúde; 2009.
5. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciênc.. saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 23]; 14(1): 139-48. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019>
6. Brasil, Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Rocha EFL. A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS [dissertation]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2008.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Relatório de Gestão 2006/2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Ferreira Filha MO, Dias MO, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2012 Jan 07];11(4):964-70. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>
10. Barreto AP. Terapia Comunitária Passo a Passo. Fortaleza: LCR; 2008.
11. Barreto AP, Barreto MCR, Gomes DO, Barreto ICHC, Abdala MP. Terapia Comunitária Integrativa na ESF/ SUS. Fortaleza: Ministério da Saúde; 2011.
12. Araruna MHM, Ferreira Filha MO, Dias MD, Braga LAV, Moraes MN, Rocha IA. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 28];14(1):33-41. Available from: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a04.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a04.pdf)
13. Araruna MHM. Formação de Terapeutas Comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família [monograph]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2011.

14. Höfling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes [Internet]. 2001 [cited 2013 Dec 14];55:30-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>
15. Oliveira RCS, Scortegagna PA, Oliveira FS. Trajetórias históricas das políticas públicas para a educação na terceira idade. In: Rosário MJA, Melo CN, Lombardi JC, editors. O nacional e o local na História da Educação. Campinas: HISTEDBR- FE/UNICAMP; 2010.
16. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 10];16(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso).
17. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
18. Reis DO, Araújo EC, Cecílio LCO. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNIFESP; 2012.
19. Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Jun 13]; 19(1):129-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100015>
20. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editors. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
22. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, editors. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003.
23. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC, Silva RM. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Minayo MCS, Carvalho YM, Campos GWS, Drumond JM, Akerman M. Tratado de Saúde Coletiva, editors. São Paulo: Hucitec; 2012.
24. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. Physis [Internet]. 2007 [cited 2013 Jan 18];17(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso)
25. Ayres JRCM. José Ricardo Ayres e o XIII Seminário da Integralidade [Internet]. Rio de Janeiro: Rede HumanizaSUS; 2013 [cited 2013 Nov 14]. Available from: <http://www.redehumanizasus.net/63156-entrevista-jose-ricardo-ayres-e-o-xiii-seminario-da-integralidade>

26. Barros NF, Siegel P, Simoni C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 [cited 2014 Jan 25]; 23(12):3066-77. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001200030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200030&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200030>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
28. Merhy EE, Onocko R, editors. Praxis en salud: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997.
29. Ceccim RB, Feuerwerker LCM.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis [Internet]. 2004 [cited 2013 Nov 16];14(1): 41-65. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en).
30. Sobreira MVS. Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional [dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
31. Souza GML, Silva PMC, Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva VCL, Espinola LL. A contribuição da Terapia Comunitária no processo de saúde-doença. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 17];16(4):682-8. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/23030>.
32. Gomes DO. A implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil [dissertation]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2013.
33. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. Rev Elet Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Jun 17];9(1):79-92. Available from: [www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7137](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7137)
34. Rocha IA, Braga LAV, Tavares LM, Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD et al. A Terapia Comunitária como um novo instrumento de cuidado para a saúde mental do idoso. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 28];62(5):687-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06.pdf>
35. Fernandes MTO, Aquino AL, Santos GC, Soares SM, Lima LC. Terapia Comunitária Integrativa: uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil. Evidentia. 2011; 8(34).
36. Padilha CS, Oliveira WF. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 22];16(43):1069-1086. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400016&lng=en).

37. Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 26]; 8(3):404-14. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7079>
38. Brandem N. Os seis pilares da auto-estima. São Paulo: Ed. Vozes; 1999.
39. Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. 34th ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.
40. Braga LAV. Terapia Comunitária e Resiliência: história de mulheres [dissertation]. João Pessoa: Programa de Pós Graduação Em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2009.
41. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 2001.
42. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Alvaro C. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix; 1967.
43. Camarotti MH, Silva RF, Medeiros D, Rodrigues A, Lins R, Barros P, Rodrigues JC. Terapia Comunitária Integrativa: relato da experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa; 2003 maio; Beberibe.Ceará: MISMEC/UFC; 2003.
44. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
45. Oliveira DGS. A história da Terapia Comunitária na atenção básica em João Pessoa - PB: uma ferramenta de cuidado [dissertation]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
46. Caricio MR. Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida [dissertation]. João Pessoa: Programa de Pós Graduação Em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2010.
47. Dias MD. Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina [doctoral thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo- USP; 2002.
48. Laplatine F. Aprender antropologia. São Paulo: Brasiliense; 1995.
49. Carmello E. Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor. São Paulo: Editora Gente; 2008.
50. Ricarte T. Terapia comunitária: é conversando que a gente se entende. Revista CONASEMS. 2005; 13(1).
51. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.

52. Organização Mundial da Saúde. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Suíça: OMS; 2013.
53. Organização Mundial da Saúde. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Portugal: OMS; 2009
54. Mello MF, Mello AAF, Kohn R, editors. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil Porto Alegre: Artmed; 2007.
55. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 29];59(3):238-46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en).
56. Medeiros PT, Ferreira-Filha MO, Vianna RPT. Epidemiologia da saúde mental e loucura: uma revisão de literatura. Enfer. J braz on-line [Internet]. 2006 [cited 2014 Jan 28];5(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/138>.
57. Ferreira Filha MO, Azevedo EB, Guimarães FJ, Silva ATMC. Saúde Mental Comunitária e a Terapia Comunitária Integrativa. In: Camarotti MH, Freire T, Barreto AP, editors. A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental. Brasília: Editora Kiron; 2013.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
59. Camarotti MH. Princípios e práticas da inclusão da Terapia Comunitária Integrativa no atendimento à Saúde Mental. In: Camarotti MH, Freire T, Barreto AP, editors. A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado da Saúde Mental. Brasília: Editora Kiron; 2013.
60. Medeiros EN. Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio-econômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos [dissertation]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2005.
61. Paraíba. Secretaria Estadual de Saúde. Área técnica de Saúde Mental. Dados dos serviços. João Pessoa: SES; 2013.
62. Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2012.
63. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde– CNES. DATASUS [Internet]; 2013 [cited 2013 Dec 12]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br>.
64. Ramos DKR, Guimaraes J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. Rev Min Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 12];17(2): 434-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/661>.
65. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. Barbacena [Internet]; 2013 [cited Dec 22];10(19). Available from:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272013000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272013000100008&lng=pt&nrm=iso)>.

66. Ribeiro D. O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
67. Cunha E. Os sertões. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2011.
68. Brasil, Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. Sociedade Viva – Violência e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
69. Martinez PH. Vida e morte no sertão: história das secas no Nordeste nos séculos XIX e XX. Rev bras Hist [Internet]. 2002 [cited 2013 Jun 17];22(43). Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-01882002000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882002000100016&lng=en&nrm=iso)
70. Reboucas AC. Água na região Nordeste: desperdício e escassez. Estud av [Internet]. 1997 [cited 2013 Jun 17];11(29). Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141997000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141997000100007&lng=en&nrm=iso)
71. Confederação Nacional de Municípios. Pesquisa sobre o Crack nos Municípios brasileiros. Brasília: CNM; 2011.
72. Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1th ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008.
73. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de Saúde. 2th ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
74. Oliveira LL. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. Hist. cienc. saude-Manguinhos [Internet]. 1998 [cited 2013 Nov 22]; 5(Suppl):195-215. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000400011&lng=en).
75. Oliveira MF. Entre o Sertão e o Litoral: Cultura e cotidiano em Porto Nacional 1880/1910. Anápolis: Universidade Estadual de Goiás; 2010.
76. Teles GM. O lu(g)ar dos sertões. Verbo de Minas: letras [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 08]; 8(16):71-108. Available from: [http://web2.cesjf.br/sites/cesjf/revistas/verbo\\_de\\_minas/edicoes/2010\\_1/06\\_GILBERTO\\_V\\_M\\_1\\_2010.pdf](http://web2.cesjf.br/sites/cesjf/revistas/verbo_de_minas/edicoes/2010_1/06_GILBERTO_V_M_1_2010.pdf)
77. Carvalho RA. A construção da identidade e da cultura dos povos do campo, entre o preconceito e a resistência: o papel da educação [tese]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade De Ciências Humanas; 2011.
78. Travassos IS, Souza BI. Solos e desertificação no sertão paraibano. Revista Cadernos do Logepa. 2011; 6(2): 101-14.

79. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [cited 2013 Nov 28]. Available from: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=0>
80. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
81. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 2011.
82. Moraes MN. Terapia Comunitária Integrativa no Uruguai, Argentina e Venezuela: processo de formação, repercussões e mudanças [monograph]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2011.
83. Andrade FBA. Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da saúde mental na atenção básica de saúde: avaliação dos usuários [dissertation]. João Pessoa: Programa de Pós Graduação Em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2009.
84. Merhy E. Seminário sobre acolhimento [Internet]. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo; 2004 [cited 2013 Oct 17]. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf>
85. Zago FC, Bredariol ACP, Mesquita DP. A aplicação da terapia comunitária na intervenção com adolescentes: novas estratégias de prevenção e promoção. Cad. Ter. Ocup. UFSCar [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 12];21(2):361-71. Available from: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.037>
86. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 [cited 2013 Dec 15];15(2):345-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>
87. Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2005 [cited 2013 Out 15]; 7(1):113-7. Available from: [www.fen.ufg.br/revista.htm](http://www.fen.ufg.br/revista.htm).
88. Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. Estud pesqui psicol [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 12]; 10(1). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100005&lng=pt&nrm=iso)
89. Campos, GWS. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: inovações e limites. Revista do Serviço Público. 2007; (Supl):123-32.
90. Braga L, Dias MD, Ferreira Filha MO, Moraes MN, Araruna MHM, Rocha IA. Community Therapy and resilience: history of women. Rev pesq cuid fundam online [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 12]; (Supl):251-268. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2874>



91. Oliveira DGS, Dias MD, Ferreira Filha, MO. A história da Terapia Comunitária na Atenção Básica de Saúde em João Pessoa - PB: uma ferramenta de cuidado. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MS, editors. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2013.
92. Moraes FLSL, Dias MD, Ferreira Filha MO. Rodas de terapia Comunitária: espaços de mudanças para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MS, editors. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2013.
93. Sá ANP. *Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: história de enfermeiras [dissertation]*. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2012.
94. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e Práticas. *Saude soc* [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 13];18(Suppl 2):11-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en).
95. Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização e ampliação – Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
96. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
97. Brasil, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
98. Sobreira MVSS; Miranda FAN. A Terapia Comunitária e suas repercussões no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MS, editors. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2013.
99. Jatai JM, Silva LMS. Enfermagem e a Implantação da Terapia Comunitária integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de Experiência. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 22];65(4):691-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en).
100. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA, editors. *Gestão Em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.
101. Osawa JLT, Pedroso DOO, França NS, Oliveira SS. Importância da Motivação dentro das Organizações. *Revista Ampla de Gestão Empresarial*. 2012; 1(5): 60-76.
102. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 22]; 46(2): 404-12. Available from:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200019&lng=en).

103. Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro SRM, Nuto SAS. O Programa Saúde Da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. RBPS 2004; 17 (3): 119-26.
104. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Oct 15]; 22(1): 36-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf).
105. Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo. Martins Fontes; 2011.
106. Brasil, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
107. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 20]; 25(spe2): 61-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en).
108. Sato CT. Gestão Baseada em Relações de Confiança. RAE – Eletrônica [Internet]. 2003 [cited 2013 Oct 01]. 2(1). Available from: <http://www.rae.com.br>
109. Valentim IVL, Krueh AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 13]; 12(3):777-88. Available: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en).

## APÊNDICES

## Apêndice A

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA TCI

TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS FORMADOS PELO CONVÊNIO MS/UFC/MISMEC-CE

#### I – Dados gerais do entrevistado:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Data e local da entrevista: \_\_\_\_\_

Turma pela qual realizou a formação em TCI: \_\_\_\_\_

Quantidade de rodas realizadas: \_\_\_\_\_

Grupos com os quais realiza da TCI: \_\_\_\_\_

Periodicidade: ( ) semanal; ( ) quinzenal; ( ) mensal

Locais onde realiza a TCI: \_\_\_\_\_

#### II – Implantação e implementação da TCI

- a) Como foi a sua experiência em implantar a TCI na sua cidade?
- b) Quais são os fatores que vem potencializando a realização periódica das rodas de TCI no seu município?
- c) Quais são os principais impasses e desafios vivenciados nesse caminhar de implantar e dar continuidade a TCI no seu município?
- d) Que repercussões para a sua própria prática, para a equipe de trabalho e para comunidade, a sua formação em TCI teve?

## Apêndice B

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA TCI

PROFISSIONAL MEMBRO INTEGRANTE DO POLO FORMADOR MISC-PB

#### I – Dados gerais do entrevistado:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Data e local da entrevista: \_\_\_\_\_

#### II – Implantação e implementação da TCI

- a) Como ocorreu o processo de formação em TCI nos municípios do Sertão paraibano?
- b) Quais foram as estratégias utilizadas para formar e selecionar as turmas?

## Apêndice C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) entrevistado (a)

Esta pesquisa intitulada “Terapia Comunitária Integrativa no Sertão paraibano: avanços e desafios” está sendo desenvolvida por Marina Nascimento de Moraes, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Djair Dias.

Este estudo tem como finalidade avaliar o processo de implantação e continuidade da TCI, vinculada a serviços de saúde, nos municípios do Sertão paraibano, tendo-se como objetivos específicos traçar o perfil profissiográfico dos terapeutas em atuação no Sertão paraibano; identificar as facilidades, impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários para a continuidade das rodas de TCI nos seus municípios; e avaliar as repercussões da formação em TCI para a prática e vida pessoal dos terapeutas.

Para a realização deste estudo solicito a sua valiosa participação, respondendo ao instrumento da produção de material empírico. Vale salientar que seu nome será mantido em sigilo, assim como sua autonomia em decidir participar ou não deste estudo, tendo ainda a liberdade de desistir a qualquer momento. Para isto, basta informar à pesquisadora Marina Nascimento de Moraes, pessoa indicada para quaisquer esclarecimentos sobre questões do estudo ou sobre os direitos do participante.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos seus resultados.

João Pessoa, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Colaborador da Pesquisa



Polegar direito

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

No caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos entrar em contato com:

Coordenação do Programa do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba / João Pessoa(UFPB). Centro de Ciências da Saúde. Campus Universitários I. CEP: 58059-900; telefone (83) 32167109.

Mestranda: Marina Nascimento de Moraes/ (83)8888-0472/ Email: ninamoraes\_@hotmail.com

Orientadora: Dra. Maria Djair Dias (83)88860594 / Email: mariadjair@yahoo.com.br

**ANEXOS**

## ANEXO A

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO SERTÃO PARAIBANO: avanços e desafios

**Pesquisador:** Marina Nascimento de Moraes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15263813.3.0000.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciência da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 281.558

**Data da Relatoria:** 20/05/2013

##### Apresentação do Projeto:

O presente projeto encontra-se bem estruturado, obedecendo todas as exigências necessárias para construção de uma pesquisa científica.

##### Objetivo da Pesquisa:

###### Objetivo Primário:

Avaliar o processo de Implantação e Implementação da TCI nos municípios do sertão paraibano.

###### Objetivo Secundário:

Descrever as facilidades, Impasses e desafios enfrentados pelos terapeutas comunitários na realização das rodas de TCI nos seus municípios;

Revelar como os terapeutas avaliam a experiência de implantação e implementação da TCI no município, considerando as repercussões na própria prática, na equipe de trabalho e na comunidade.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

###### Riscos:

Como a participação do sujeito é voluntária e a qualquer momento este pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento, sem que ao mesmo tempo traga prejuízos, esta pesquisa apresenta riscos mínimos que podem estar

**Endereço:** UNIVERSITÁRIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOÃO PESSOA

**Telefone:** (83)3218-7791

**Fax:** (83)3218-7791

**E-mail:** eticacos@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 201.550

relacionados com desconforto em responder determinadas perguntas.

**Benefícios:**

O benefício da pesquisa será o de aumentar o conhecimento científico nesta área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do programa de Pós Graduação em Enfermagem da aluna MARINA NASCIMENTO DE MORAES sob a orientação da professora Maria Djair Dias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Recomendamos que a pesquisadora responsável refaça o cronograma de execução do Projeto de acordo com o cronograma apresentado a Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista o cumprimento de todas as formalidades éticas e legais, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A APROVAÇÃO DO PRESENTE PROJETO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

JOÃO PESSOA, 23 de Maio de 2013

---

Assinador por:  
Ellane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-000  
UF: PB Município: JOÃO PESSOA  
Telefone: (83)3218-7791 Fax: (83)3218-7791 E-mail: eticacos@cca.ufpb.br; ellanemduarte@hotmail.com