



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

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**TIPOLOGIA DE ENFERMEIRAS TERAPEUTAS COMUNITÁRIAS NA
PERSPECTIVA WEBERIANA**

**JOÃO PESSOA-PB
2014**

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**TIPOLOGIA DE ENFERMEIRAS TERAPEUTAS COMUNITÁRIAS NA
PERSPECTIVA WEBERIANA**

Tese apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Doutorado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campos I, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha

**JOÃO PESSOA-PB
2014**

A994t Azevedo, Elisângela Braga de.
Tipologia de enfermeiras terapeutas comunitárias na perspectiva weberiana / Elisângela Braga de Azevedo.- João Pessoa, 2014.
186f.
Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Enfermagem em saúde comunitária. 3. Prática profissional. 4. Serviços de saúde comunitária.

ELISÂNGELA BRAGA DE AZEVEDO

**TIPOLOGIA DE ENFERMEIRAS TERAPEUTAS COMUNITÁRIAS NA
PERSPECTIVA WEBERIANA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, inserida na linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Data da aprovação: __/__/__

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Presidente da Banca/ Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dra. Maria Djair Dias
Membro/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Membro/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dra. Rosa Lúcia Rocha Ribeiro
Membro/Universidade Federal de Mato Grosso (UFMG)

Prof. Dr. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Membro/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico a minha mãe, Antônia Braga e ao meu pai, Pedro Faustino que na sua simplicidade me ensinaram a ser justa, determinada e me guiaram ao melhor caminho: a enfermagem, a docência e aos estudos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me direcionou ao caminho da Saúde Mental e desde então, passei a me transformar enquanto pessoa, e crescer enquanto profissional da saúde, sem ELE, não teria enfrentado esse desafio.

À Maria Filha, que na sua simplicidade e inteligência soube me levar ao crescimento pessoal e profissional. Foi você quem ajudou a trabalhar minha ansiedade, quem me ensinou a escrever, a ser professora e pesquisadora, a ser uma pessoa melhor, e que sutilmente me direcionou para transformação. Jamais existirá uma palavra que represente minha gratidão a você! Minha grande mestre! Te admiro muito!

A Adalberto de Paula Barreto que diante de uma inspiração divina criou uma prática que tem transformado diversos sujeitos. Posso afirmar que desde o dia que conheci a Terapia Comunitária Integrativa passei gradativamente a me transformar em todos os sentidos, a imprimir sentido ao meu existir, cuidando melhor do outro e entendendo meu lugar de 'Ser cuidadora' 'Ser Enfermeira' e de 'Ser Professora'.

À minha família, que vibra todos os dias com as conquistas alcançadas, amo muito vocês:

- À Minha mãe querida, mulher que tanto admiro, que me amou e me ama do seu jeito, com sua simplicidade, com suas histórias de lutas e vitórias. Sua força está em mim, sua garra está em mim, sua vontade de estudar está em mim! Amo muito você!

- Meu Pai, homem pouco polido, que na sua ignorância intelectual soube desenvolver em si uma capacidade incrível de dar carinho aos filhos. Você que tantas vezes me colocou no colo e cuidou de mim quando precisava de um aconchego, de um afeto, e de um colo acolhedor. Obrigada por Tudo Meu Pai!

- Ao meu Marido, Wilson Bonfim de Azevedo, pela paciência, companheirismo, pelo crescimento juntos, por acreditar em mim e por ter me escolhido para viver ao seu lado. Amo você!

- Aos meus filhos, bem mais precioso que Deus poderia ter me agraciado. Vítor e Jade como amo vocês! Meus amores, minha luz. Desde que vocês nasceram não parei de crescer. Obrigada por vir ao mundo e por indiretamente me ajudar a aprender todos os dias com vocês!

- As minhas irmãs e irmãos: Elizabete, Elaine, Eliete, Edilene, Ronaldo, Edvaldo e Ednaldo. Espero ter mostrado a vocês que tudo é possível! Eu cheguei lá e vocês também poderão chegar!

- Aos meus sobrinhos que tanto se orgulham de ter uma tia que soube trilhar o caminho próspero, sempre irei incentivar vocês: Aluska, Raissa, Raí.....

Às minhas amigas e amigos de todas as horas, Renata Cavalcanti, Lorena Farias, Rafael Nicolau, Alynne Mendonça, Polyanna Costa, Cidney Soares, Gicélia Simplício, Claudia Martiniano, Selminha, Regina Carvalho, Vagna Cristina, Sildete Souto Cruz, Vitória Régia e Lawrencita Limeira, pelos incentivo e apoio nos momentos angustiantes da tese e da vida. Obrigada por tudo! Sempre presente no meu coração!

À equipe da UBSF Raiff Ramalho, os quais destacam: Rui, Kyssia, Isaac, Jocélia, Gal, Zuíla, Alex, Anna Nery, Simone, Vanessa, Luciana (in memoria) que fizeram a comunidade entender minhas ausências, dando todo suporte assistencial quando necessário. Nunca me esquecerei de vocês!

A todos os professores do Departamento de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB que contribuíram com a minha trajetória no mestrado, no Doutorado e na minha formação docente.

À Profª Fátima Silveira, pessoa admirável e em quem me espelhei desde o primeiro dia em que a conheci e que se dispôs a acompanhar-me desde a qualificação do Projeto, ajudando-me na condução desse trabalho e contagiando-me com sua postura acolhedora, humanizada e seleta. Um exemplo de Profissional!

À Profª Patrícia Barreto, pela sua simplicidade, sabedoria e pela grande contribuição na construção desta tese, e no seu direcionamento no momento oportuno. Adorei tê-la por perto nesse momento. Minha Gratidão a você!

À Profª Rosa Lúcia, pela sua disponibilidade em participar e poder contribuir com essa tese. A presença de uma Enfermeira Terapeuta Comunitária deu um novo significado, um novo sentido a essa banca. Muito Obrigada!

À Profª Maria Djair, pela companhia e acompanhamento em momentos necessários, pelo conhecimento repassado ao longo desses cinco anos de convivências e pelos momentos de descontração e boas risadas na sala do grupo de pesquisa. Obrigada por estar comigo nesse momento. Te adoro!

As Terapeutas Comunitárias que colaboraram com esse estudo, por me acolherem tão bem, além de, através de suas vivências, de suas histórias, de seus discursos, terem possibilitado que eu me enxergasse em vocês e me tornasse uma pessoa melhor. Parabéns a todas por cuidarem tão bem daqueles usuários e por acreditarem que podem fazer a diferença na Rede de Atenção do SUS.

A todos aqueles que, de certa forma, torceram para que eu alcançasse este objetivo.

Meus sinceros agradecimentos!

A TERAPIA DO COTIDIANO

*Farei meu cotidiano com eles,
Nossa terapia comunitária.
Se não houver cadeiras,
Usaremos tijolos.
Se não houver salas,
Sentaremos à beira do riacho,
Debaixo de uma mangueira....
Trataremos apenas do possível, sem segredo.
Falaremos de coisas simples,
Do nosso dia-a-dia.
A noite mal dormida,
Um amor que partiu,
Um sonho que não se realizou.....
Cantaremos juntos, nossas cantigas,
Aqueles que ouvimos desde criança,
Ou aquelas que encantam os nossos corações
E embalam nossa carência afetiva.....
Vamos celebrar a vida,
Cantando e batendo palmas...
Pois é assim que se celebra,
Com alegria e felicidade, ritmo e poesia...*

Marcelo Abdala

AZEVEDO, Elisângela Braga. **Tipologia de Enfermeiras Terapeutas Comunitárias na Perspectiva Weberiana**. 2014. 186f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

RESUMO

Introdução: A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental comunitária é uma área do conhecimento que tem sofrido modificações estruturais ao longo de sua trajetória histórica. Tais modificações são percebidas tanto na prática como no saber, promovendo mudanças no papel e na identidade das enfermeiras que atuam nessa área. Por conseguinte, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) se configura uma tecnologia leve de cuidado que tem se disseminado pela rede de Atenção Básica de Saúde (ABS) do país e contribuído para a prática da enfermeira tornar-se ainda mais competente e humanizada. **Objetivo:** Analisar as transformações ocorridas nas práticas das enfermeiras que atuam na ABS, a partir da implantação da TCI, tendo em vista a emergência de um novo tipo de enfermeira que consolida avanços para a enfermagem no campo da saúde mental comunitária. **Metodologia:** O estudo baseia-se na abordagem qualitativa do tipo compreensivo e interpretativo. Foi realizado com 14 enfermeiras que realizam rodas de TCI na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB, João Pessoa-PB, Patos-PB e Santa Luzia-PB. O material empírico foi produzido por meio de dois grupos focais, realizados no mês de maio de 2014 em Santa Luzia e João Pessoa, tendo duas entrevistas sido realizadas individualmente. O corpus documental foi analisado por meio da teoria de análise de discurso de linha francesa de Eni Orlandi. O estudo obedeceu aos preceitos da resolução 466/ 2012 que envolve seres humanos, e foi aprovado em 24 de abril de 2014, sob CAAE 19482313.7.0000.5188. **Resultados:** Identificaram-se dois Blocos Discursivos: Visões paradigmáticas das enfermeiras terapeutas comunitárias antes da formação e Visões paradigmáticas após a formação: Tipologia da Enfermeira Terapeuta Comunitária, assim, respectivamente identificaram-se, práticas voltadas para o Paradigma Cartesiano e o Paradigma Holístico. Das quatorze enfermeiras entrevistadas, dez foram identificadas como sendo de um novo tipo, por terem ressignificado suas práticas e entendido que cuidar de si é tão importante quanto cuidar do outro, acolhendo o sofrimento, demonstrando empatia com a dor alheia a partir de escuta sensível e qualificada, buscando romper com o preconceito social e histórico, fazendo emergir a resiliência, a autonomia, a melhoria da autoestima e o empoderamento dos participantes e de si mesmas. Assim, elas ocupam seu lugar de enfermeira e cuidadora e passam a se enxergar como inacabadas aproximam-se do ideal tipo, cujas ações são racionais com relação a valores, pois dominam a arte de fazer a terapia e serem terapeutas; aprendem a ser terapeuta fazendo terapia para sentir a ressonância das histórias dos outros em sua própria vida. Constroem-se cotidianamente buscando a sua integralidade, como sujeito que transforma e que é transformado. Ao dominar a técnica, investem todo seu potencial em Ser, sendo denominadas de Enfermeiras Ressignificadas e Inacabadas. **Considerações Finais:** Constatou-se que a TCI representa uma tecnologia leve de cuidado e a formação tem contribuído para as enfermeiras desenvolverem uma prática social, fundamentada em princípios e valores éticos, que ao se voltar para o coletivo, o oprimido, aquele que sofre, fortalece a saúde mental comunitária, a ABS/SUS e, além do mais, imprime à profissão uma nova competência e a possibilidade de moldar, romper paradigmas, reconstruir e construir novas identidades para si e para a categoria.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Prática Profissional; Serviços de Saúde Comunitária.

AZEVEDO, Elisângela Braga. **Typology of Nurses Therapists Community Perspective in Weber.** 2014. 185F. Thesis (PhD in nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, Joao Pessoa, 2014.

Abstract

Introduction: The psychiatric nursing and mental health community is an area of knowledge that has suffered structural changes along its historical trajectory. Such modifications are perceived both in practice and in terms of knowledge, promoting changes in the role and identity of nurses who work in this area. Therefore, the Therapy Integrative Community (TCI) to set up a technology takes care that has spread through the network of Primary Health Care (ABS) of the country and contributed to the practice of nurse become even more competent and humanized. **Objective:** To analyze the changes in the practices of nurses who work in ABS, from the deployment of TCI, having in view the emergence of a new type of nurse that consolidates advances to the nursing field in the mental health community. **Methodology:** The study is based on qualitative understanding and interpretation. It was carried out with 14 nurses who carry out wheels of TCI in the Family Health Strategy in Campina Grande - PB, Patos-PB and Santa Luzia-PB. The empirical material was produced by means of two focus groups, conducted in the month of May 2014 in Santa Luzia and Joao Pessoa, having two interviews was performed individually. The corpus was analyzed by means of the theory of discourse analysis of French line of Eni Orlandi. The study followed the precepts of resolution 466/ 2012 that involves human beings, and was approved in April 24, 2014, under CAAE 19482313.7.0000.5188. **Results:** We identified two Blocks Discursive: Visions of paradigmatic nurses Community therapists before training and Visions paradigmatic after training: Typology of Nurse Therapist Community, thus, respectively have been identified practices facing the Cartesian Paradigm and holistic Paradigm. The fourteen nurses interviewed, 10 were identified as being of a new type, have new meanings their practices and understood that taking care of yourself is just as important as caring for the other, by accepting suffering, demonstrating empathy with the pain alien from sensitive listening and qualified, in order to break away from the social prejudice and history, making emerge the resiliency, the autonomy, the improvement of self-esteem and empowerment of participants and themselves. Thus, they occupy their place of nurse and caregiver and they begin to see how unfinished move closer to the ideal type, whose actions are rational with respect to values, because they have mastered the art of doing therapy and therapists; learn to be therapist doing therapy to feel the resonance of the stories of the other in his own life. Build daily seeking to their completeness, as a subject that transforms and is transformed. By mastering the technique, invest all its potential to be, being called Nurses resignified and unfinished. **Final Considerations:** It was found that the TCI represents a light technology of care and training has contributed to the nurses develop a social practice, based on principles and ethical values, which is to return to the collective, the oppressed, those who are suffering, strengthens the mental health community, the ABS/SUS and, in addition, prints the profession a new competence and the ability to shape, break paradigms, rebuild and build new identities for themselves and for the category.

Keywords: Community Health Nursing; Professional Practice; Health Services Community.

AZEVEDO, Elisângela Braga. **Tipología de las enfermeras Terapeutas perspectiva comunitaria en Weber**. 2014. 185F. Tesis (doctorado en enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2014.

Resumen

Introducción: La enfermería psiquiátrica y salud mental comunitaria es un área de conocimiento que ha sufrido cambios estructurales a lo largo de su trayectoria histórica. Estas modificaciones se percibe tanto en la práctica como en términos de conocimientos y promover cambios en la identidad y el papel de las enfermeras que trabajan en este ámbito. Por lo tanto, la terapia comunitaria Integrativa (TCI) para establecer una tecnología tener cuidado que se ha propagado a través de la red de Atención Primaria de Salud (ABS) del país y contribuido a la práctica de la enfermera ser más competentes y humanizarse. **Objetivo:** Analizar los cambios en las prácticas de las enfermeras que trabajan en ABS, de la implementación de TCI, teniendo en cuenta la aparición de un nuevo tipo de enfermera que consolida los avances en el campo de la enfermería comunitaria en el ámbito de la salud mental. **Metodología:** El estudio se basa en conocimiento cualitativo y la interpretación. Se lleva a cabo con 14 enfermeras que llevan a cabo las ruedas del TCI en la Estrategia de Salud de la Familia en Campina Grande-PB, Patos-PB y Santa Luzia-PB. El material empírico se producían por medio de los dos grupos focales, realizado en el mes de 2014 Mayo en Santa Luzia y Joao Pessoa, tener dos entrevistas fueron realizadas individualmente. El corpus se analizaron por medio de la teoría del análisis del discurso de línea Francesa de Eni Orlandi. El estudio se realizó de acuerdo con las normas de la resolución 466/ 2012 que involucra seres humanos, y que ha sido aprobado en abril 24, 2014, en caso 19482313.7.0000.5188. **Resultados:** Se identificaron dos bloques discursivos: Visiones paradigmáticas de las enfermeras terapeutas Comunidad antes de la capacitación y formación de visiones paradigmáticas: Tipología de enfermera terapeuta Comunidad, por lo tanto, respectivamente, han sido prácticas que se han identificado en el paradigma cartesiano y el paradigma holístico. Los catorce enfermeras entrevistadas, 10 se han identificado como de un nuevo tipo, tienen nuevos significados sus prácticas y entiende que cuidar de sí mismo es tan importante como el cuidado de los demás, aceptando el sufrimiento, lo que demuestra que la empatía con el dolor ajeno de escucha sensible y cualificado, con el fin de romper con los prejuicios sociales y la historia, lo que hace que surja la flexibilidad, la autonomía, la mejora de la autoestima y el empoderamiento de los participantes y de ellos mismos. Por lo tanto, ocupan su lugar de enfermeras y personal sanitario y comenzar a ver cómo se acercan más a terminar el tipo ideal, cuyas acciones son racionales con respecto a los valores, ya que han dominado el arte de hacer terapia y terapeutas; aprender a ser terapeuta hacer terapia para sentir la resonancia de las historias de los otros en su propia vida. Construir diariamente buscando a su integridad, como un tema que se transforma y se transforma. Por dominar la técnica, invertir todo su potencial, que se llama las enfermeras resignificados y sin terminar. **Consideraciones Finales:** Se constató que la TCI representa una tecnología de luz de la atención y la formación ha contribuido a las enfermeras desarrollar una práctica social, sobre la base de principios y valores éticos, que consiste en regresar a la colectiva, los oprimidos, los que sufren, fortalece la salud mental comunitaria, el ABS/SUS y, además, se imprime la profesión una nueva competencia y la capacidad de dar forma, romper paradigmas, reconstruir y construir nuevas identidades para sí y para la categoría.

Palabras clave: Enfermería en Salud comunitaria; Práctica profesional; Servicios de Salud Comunitaria.

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	18
1.1	A aproximação com a temática	19
1.2	Contexto e definição do objeto da investigação	21
1.3	OBJETIVOS	26
1.3.1	Objetivo Geral	26
1.3.2	Objetivos Específicos	26
2.0	REFERENCIAL TEÓRICO/CONCEITUAL	27
2.1	Thomas Kuhn e Gaston Bachelard: entre paradigmas, rupturas e obstáculos epistemológicos	28
2.2	A Sociologia compreensiva de Max Weber e sua relação com a prática social..	32
2.3	A Tipificação de Enfermeiras na Literatura Especializada – construindo novas identidades profissionais	37
2.4	A TCI como objeto da competência profissional da enfermeira na Atenção Básica à Saúde	51
3.0	METODOLOGIA	62
3.1	O paradigma teórico metodológico	63
3.2	O cenário do estudo	65
3.3	Sujeitos do estudo	67
3.4	Plano para inserção no cenário da investigação	69
3.5	Análise do material empírico	71
3.6	Aspectos Éticos	74
4.0	RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
4.1	Visões paradigmáticas das Enfermeiras Terapeutas Comunitárias antes da formação	77
4.1.1	Paradigma Cartesiano.....	77
4.1.2	Paradigma Holístico.....	88
4.2	Visões paradigmáticas após a formação: Tipologia da Enfermeira Terapeuta Comunitária	89
4.2.1	Paradigma da compreensão e do sentido de ser cuidadora	90
4.2.2	Mudanças que transformam as práticas das enfermeiras.....	98
4.2.3	Rupturas e obstáculos epistemológicos na prática e na profissional	117
4.2.4	Obstáculos da Terapeuta para desenvolver a TCI	128
4.2.5	Concepção das enfermeiras sobre ser Terapeuta Comunitária	140
5.0	REFLEXÕES FINAIS	150
	REFERÊNCIAS	158
	APÊNDICES	179
	APÊNDICES A – Instrumento para Produção do Material Empírico	180
	APÊNDICES B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	181
	APÊNDICES C – Carta de Cessão	183

ANEXOS.....	184
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	185
ANEXO A – Termo de autorização institucional	186

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MAPA DA PARAÍBA E A LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO

FIGURA 2: VISÕES PARADIGMÁTICAS DAS ENFERMEIRAS TERAPEUTAS COMUNITÁRIAS ANTES E APÓS A FORMAÇÃO EM TCI.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PERFIL DAS ENFERMEIRAS TERAPEUTAS COMUNITÁRIAS

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AD	Análise de Discurso
ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária.
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSM	Centros de Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEO	Centro Especializado de Odontologia.
ESF	Estratégia Saúde da Família
FD	Formação Discursiva
GEPSMEC	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
MTE	Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - Ceará (MISMEC/CE)
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NAP	Núcleo de Atendimento Psiquiátrico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNASH	Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC).
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PNSI- LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
HIPERDIA	Programa de Prevenção a Hipertensão e Diabetes
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

1.0 Introdução

1.1 A aproximação com a temática

Para a construção desta tese, parti de aproximações pessoais e profissionais com a temática, refletindo sobre a minha experiência prática como enfermeira da Atenção Básica à Saúde (ABS), para posteriormente delinear o objeto de investigação.

Durante onze anos trabalhei na Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Campina Grande/Paraíba/Brasil e não me sentia segura para atender a demanda de usuários da área de saúde mental. Atribuo tal insegurança a minha formação predominantemente biologicista e hospitalocêntrica.

Após o ingresso no mestrado, comecei a me aproximar dessa área e, para preencher uma lacuna existente, cursei uma especialização interdisciplinar em saúde mental direcionada aos profissionais do município de Campina Grande-PB. Na ocasião tive a oportunidade de compreender, do ponto de vista teórico e prático, o processo da reforma psiquiátrica, bem como, conhecer os novos serviços denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passando a me interessar pelo campo da atenção psicossocial que não exclui o biológico, mas o inclui sem torná-lo hegemônico. Minha curiosidade transformou-se em desafio e busquei uma aproximação maior com esses serviços, e com os profissionais que atuavam nesse campo desenvolvendo práticas de cuidar para as pessoas com sofrimento psíquico.

A minha curiosidade como pesquisadora, conduziu-me a uma investigação nesse campo e, ao término do mestrado, defendi a dissertação intitulada: **Rede de cuidado da saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB**, a qual me possibilitou uma reflexão sobre as diferentes práticas que vinham sendo realizadas nos CAPS do município pesquisado, por diferentes profissionais. Aquela oportunidade pareceu-me ideal para, paulatinamente, observar e analisar mais especificamente a prática das enfermeiras que trabalhavam nos CAPS, além de fazer-me perceber que alguns deles estavam desenvolvendo sua prática em busca da desinstitucionalização e reforçando a consolidação do modelo de saúde mental de base comunitária, tornando visíveis os avanços que ocorreram em direção à consolidação da reforma psiquiátrica.

O estudo evidenciou também que os profissionais que atuam no município, buscam desenvolver práticas extra e intra CAPS com as pessoas em situação de sofrimento psíquico, consideradas inovadoras e exitosas, buscando incluí-las na arte, no lazer, na cultura e nos espaços sociais, sendo visíveis o trabalho interdisciplinar, a colaboração intersetorial, o apoio dos gestores municipais para a capacitação das equipes que atuam na atenção psicossocial, na ABS e em outros setores da rede de cuidado^{1,2,3,4,5,6}.

Busquei na literatura mais informações sobre a atuação das enfermeiras no campo da atenção psicossocial e constatei que há uma diversificação de atividades por eles desenvolvidas, tais como: triagem, visita domiciliar, reuniões de equipe, orientação a familiares e usuários sobre a doença, tratamento e uso de medicações, realização de atividades educativas na comunidade e participação em grupos terapêuticos, caracterizando o trabalho em equipe e interdisciplinar. Tais atividades são prioritariamente desenvolvidas nos CAPS, com usuários e familiares em situação de tratamento, visando à reabilitação e inclusão social 7,8,9,10.

Levada pela necessidade de maior apropriação desse conhecimento, ingressei no doutorado buscando explorar o universo das práticas das enfermeiras voltadas para a saúde mental na ABS. Nessa direção, constatei que a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), era a mais recente atividade que vinha sendo desenvolvida pelas enfermeiras como uma ferramenta de cuidado para o campo da saúde mental comunitária. Assim, quis conhecer mais especificamente o que é a TCI, sua história e como ela foi introduzida na ABS.

Tal curiosidade foi incentivada por outros membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária (GEPSMEC), do qual também sou integrante, e passei a vincular meu projeto de tese ao subgrupo de estudo em TCI, que por sua vez, é formado por docentes pesquisadoras, mestrandos, alunos do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC). O GEPSMEC já conta com uma produção significativa nessa área e a minha inserção no Projeto de Pesquisa - A Terapia Comunitária no Contexto do SUS - permitiu uma maior aproximação com a TCI, despertando o meu interesse em fazer a formação como terapeuta.

Em setembro de 2011, iniciei a minha formação em TCI pelo Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - Ceará (MISMEC/CE), tendo a mesma sido conduzida pelo seu criador: Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto e sua equipe. Na oportunidade, encontrei vários profissionais, de diferentes categorias, dentre elas, enfermeiras que como eu, buscavam essa formação, almejando, com isso, algo novo e diferenciado para melhorar e ampliar a atuação no campo da saúde mental e da saúde coletiva.

Tendo ficado oito dias em período de imersão na pousada Ocas do Índio/Beberibe/Ceará, como parte da formação em TCI, percebi que minhas antigas inquietações voltavam à minha consciência e a minha prática como enfermeira adquiria um novo significado e sentido. A partir de vivências que me conduziram a reflexões sobre a minha história de vida, percebi que algumas mudanças de caráter interior se estabeleciam em

mim e do meu ponto de vista, algo “sui generis” acontecia – descobri o sentido vocacional de “Ser Enfermeira”, mas também de “Ser Cuidadora” e, portanto, “Ser Terapeuta”.

Assim, voltei para o GEPSMEC e comecei a desenhar esta tese, na tentativa de investigar um fenômeno ainda pouco explorado entre nós enfermeiras – a vocação e a construção da identidade de “Ser Enfermeira Cuidadora”. Tal fenômeno, aliado a minha curiosidade, fez-me debruçar sobre a história da enfermagem e nessa leitura percebi que a categoria vem, ao longo da história, ocupando funções e papéis que não caracterizam a essência da profissão que é a de cuidar do outro, mas também de si.

Para tanto, iniciarei uma breve revisão dos papéis desempenhados pela enfermeira no contexto da psiquiatria, na saúde mental comunitária e na Atenção Básica à Saúde, visualizando o lugar social ocupado pela enfermeira na sua trajetória profissional, como forma de contextualizar historicamente o objeto a ser investigado.

1.2 Contexto e definição do objeto da investigação

Revisitando a história da enfermagem psiquiátrica, viu-se que esta tem uma trajetória que mostra o rito de passagem de enfermeiros vigilantes dos loucos para terapeutas cuidadores. Trata-se de um caminho percorrido no tempo com cerca de 200 anos de história. Aqui no Brasil a enfermagem psiquiátrica originou-se no século XIX nas Santas Casas de Misericórdias. Com o surgimento dos hospitais psiquiátricos, cria-se o papel de vigilantes dos loucos (também considerados pessoas leigas e brancas) e posteriormente após a criação de cursos de enfermagem, emerge a figura do enfermeiro supervisor e administrador da assistência^{11;12;13;14}.

Até o início da década de 1980, o papel principal do enfermeiro nos serviços psiquiátricos de caráter hospitalocêntrico era o de supervisor e administrador da assistência. No início dos anos 1990, ampliam-se as discussões em torno da reformulação da assistência psiquiátrica, gerando nos profissionais da área uma busca incessante pela superação do modelo hospitalocêntrico. Nessa mesma década, novos serviços de base comunitária são introduzidos na rede de cuidados em saúde mental, a exemplo dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais tinham por finalidade criar uma cultura de desmanicomialização rompendo com velhos paradigmas do fazer cotidiano dos profissionais^{15,16}.

O desafio era, e ainda é, o de criar uma cultura de desinstitucionalização na qual a pessoa em situação de sofrimento psíquico deve ser acolhida pelos profissionais cuidadores

nos momentos de fragilidade emocional sem ser considerado um objeto passivo de sua ação, mas um ser que vive o desconforto de não ter podido encontrar um lugar social adequado ao seu modo de ser e agir ¹⁷.

Nessa perspectiva, era de se esperar que tais serviços exigissem um novo perfil dos profissionais que labutam no campo da saúde mental. Assim, tornou-se necessário construir novos papéis e funções para os profissionais da área. Exigiu-se um trabalho de equipe em que todos passaram a ser considerados membros da equipe terapêutica. Tal equipe, começou a ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, cabendo a essa equipe a elaboração do projeto terapêutico do serviço e dos usuários sob seus cuidados ^{7,18}.

Com a expansão e ampliação das atividades nos CAPS, a enfermeira tem atuado como coordenadora do serviço, facilitadora de grupos e de oficinas, técnica de referência e também como terapeuta na equipe. Este último papel, ainda é pouco vivenciado pelas enfermeiras. Talvez esse fenômeno ocorra devido a uma lacuna existente na formação acadêmica que ainda não os prepara para tal ¹⁹.

Além disso, as práticas atuais das enfermeiras da saúde mental voltam-se para intersectorialidade e para integralidade do cuidado em saúde. Como membro da equipe terapêutica, participa ativamente das reuniões entre as equipes matriciais na ESF; visitas hospitalares e passeios com usuários dos CAPS, visando à consolidação da inclusão social; a implementação de ações educativas na comunidade; reuniões com as famílias; administração e orientações sobre medicações; convivência e formação de vínculos terapêuticos com os usuários, considerando que as responsabilidades desse profissional na atenção psicossocial aumentaram, tendo em vista a necessidade de se efetivar uma prática de cuidado que permita uma convivência afetiva com o usuário que, na contemporaneidade, precisa não só de técnicas mecânicas, mas sim de tecnologias de cuidados inovadoras e humanizadas ¹⁹.

Rocha ²⁰ refere que a enfermeira desses novos serviços deve ter uma postura que vise oferecer um cuidado de qualidade, com novos posicionamentos, novos saberes. É necessário que ele insira-se na equipe a partir de uma postura interdisciplinar, e que embora continue a realizar as ações que lhes são próprias, não deixe de executar aquelas que são comuns, valorizando a utilização de diferentes técnicas e a integração de distintos saberes.

Por sua vez, o paradigma de cuidado da enfermeira, pautado pela atenção psicossocial tem como eixo central a inclusão e a reabilitação. Assim, esses profissionais desempenham atividades de cuidados individuais e coletivos com intervenções diretas e indiretas e

ressignificam seu processo de trabalho com o intuito de responder à complexidade do adoecimento psíquico tão diversificado nos tempos atuais ²¹.

Contudo, observa-se que nos cenários de prática da saúde mental comunitária, há indícios de que esse novo papel vai sendo paulatinamente assumido e uma nova identidade vai sendo construída. O estudo de Ferreira Filha e Fraga ²² pautado na tipologia Weberiana identificou um novo tipo de enfermeira, o qual se destacou, como uma profissional ética crítica, com saberes e práticas avançadas que se distanciavam do saber tradicional da enfermagem psiquiátrica (pautado no paradigma biomédico) e avançavam para um novo saber-fazer no campo da saúde mental (pautado no campo psicossocial).

Acredita-se que a expansão dos serviços de saúde mental no país, e o redirecionamento de suas políticas para o fortalecimento do cuidado no território e na comunidade, criou uma necessidade de reconfiguração das práticas de saúde mental e consequentemente de novos perfis profissionais. A ABS passou a ser um dos focos privilegiados, pois sendo a porta de entrada no sistema de saúde, ocupa-se da promoção da saúde e prevenção do adoecimento de pessoas e grupos na coletividade.

Nessa perspectiva, tornou-se necessário que as profissionais da ABS adquirissem a habilidade de trabalhar com grupos, sendo capazes de acolher as pessoas em situações de sofrimento emocional, assumindo assim, suas responsabilidades.

O Ministério da Saúde (MS), vislumbrando avançar nesse aspecto, no ano de 2007, convidou Adalberto Barreto para participar ativamente do processo de avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira, introduzindo a TCI na ABS. Na ocasião, a coordenação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), introduziu a TCI como um projeto especial e firmou um convênio com a Fundação da Universidade Federal do Ceará (UFC) para a formação de terapeutas comunitários, oriundos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Rede SUS. O Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC) do Estado do Ceará, liderado por Prof. Dr. Adalberto Barreto, inicia em 2008 a formação 1.075 terapeutas comunitários em todas as regiões brasileiras e em 2009 continua com a formação de mais 1.030 terapeutas ²³.

A partir dessa experiência, observou-se um novo fenômeno: a criação da figura do terapeuta comunitário para atuar com grupos na comunidade. Assim, em dois anos foram capacitados mais de 2.105 profissionais para atuarem como terapeutas comunitários em serviços da ABS. Dentre esses, mais de 300 eram enfermeiras ²⁴.

Com a formação específica em TCI, os profissionais da ABS, dentre eles a enfermeira, passaram a assumir o papel de terapeuta comunitária, cuja função específica é a de acolher

pessoas em situação de sofrimento emocional, em um espaço coletivo, grupal, estabelecendo uma relação vincular. Para Barreto ²⁵, o terapeuta é uma pessoa que acolhe a dor do outro, trabalha resgatando a autoestima das pessoas, fortalece vínculos e contribui para que todos se apropriem dos saberes e das experiências, a partir de uma escuta ativa, objetivando que todos se tornem terapeutas de si. Ele tenta minimizar a vulnerabilidade do adoecimento e promover processos de crescimento pessoal e coletivo criando ou fortalecendo vínculos entre as pessoas em contextos de desagregação fazendo emergir redes de solidariedade.

Desde então, se intensificaram os estudos e pesquisas sobre a TCI pelo GEPSMEC, uma vez que o Polo Formador em TCI na Paraíba, denominado Movimento Integrado de Saúde Comunitária (MISC/PB), foi parceiro do MISMEC/CE durante a vigência do convênio com o MS, tendo formado cerca de 101 terapeutas comunitários para atuarem na ESF de 13 municípios no sertão da Paraíba. Contudo, desde 2007, o MISC/PB já vinha capacitando profissionais da ESF dos municípios paraibanos de João Pessoa, Pedras de Fogo, Conde e São Bento. Até 2010 o MISC/PB já tinha formado mais de 277 profissionais ²⁶.

As pesquisas realizadas pelo GEPSMEC mostram que os terapeutas comunitários e particularmente as enfermeiras, vêm se interessando pelo desenvolvimento da TCI e sua atuação tem sido, majoritariamente, em territórios onde já atua como membro da Equipe da ESF, com grupos de diferentes faixas etárias, tais como: crianças, mulheres, adolescentes e idosos, ou com problemáticas específicos de saúde: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, alcoolismo, Portadores de HIV, Portadores de Transtornos Mentais, dentre outros ^{27;28;29;30;31;32}.

Ressalta-se que a enfermeira Terapeuta Comunitária tem conseguido mudanças no processo de trabalho quanto à inversão da prática verticalizada para uma atuação mais horizontal, mostrando que também é possível potencializar a construção de redes de apoio social. Guimarães e Ferreira Filha³³, Souza et al ³⁴, Sá³⁵, Jatai e Silva³⁶, revelaram mudanças na atitude dos profissionais frente à comunidade, por meio de uma escuta mais sensível, com maior respeito pelo usuário, melhor relação com a equipe interdisciplinar e fortalecimento de laços afetivos junto à comunidade.

Também foi possível perceber transformações em nível pessoal e profissional, tais como: melhoria na autoestima, fortalecimento de vínculos na família, e no trabalho, maior cuidado de si ^{34;35;37}. A prática da TCI tornou-se, desse modo, uma ferramenta de grande importância para a promoção e prevenção, na medida em que prioriza a corresponsabilidade, apontando com isso, para a reorientação das práticas exercidas dentro dos serviços de saúde.

Assim, vê-se que para ser terapeuta comunitário é necessário desenvolver atitudes que rompam os estereótipos, frutos de uma educação preconceituosa, fechada e totalitária. Para tornar-se terapeuta a pessoa geralmente faz rupturas com ideias preconcebidas que desvalorizam ou excluem o outro e também supera obstáculos que o impediam de se conhecer.

Tornar-se terapeuta comunitário é um desafio, na medida em que, na formação, a pessoa é instigada a voltar-se para uma prática inovadora e transformadora.

A partir dessas observações, considerou-se importante investigar o processo de transformação que vem ocorrendo na prática das enfermeiras da ESF que se formaram terapeutas comunitárias e que estão atuando como terapeutas nos cenários da ABS. E para tanto, alguns questionamentos foram feitos para guiar esta investigação: Quais mudanças ocorreram nas práticas das enfermeiras a partir da formação em TCI? Quais foram os obstáculos e as rupturas epistemológicos que elas enfrentaram para agregar ao papel de enfermeira a função de terapeuta comunitária? Será que tais enfermeiras podem ser consideradas como sendo um novo tipo, estando, portanto, em processo de construção de uma nova identidade profissional?

Como referencial teórico metodológico desta tese, foi utilizada a tipologia Weberiana como fio condutor. A mesma exige que o pesquisador tenha como ponto de partida uma construção ideal típica, tendo em vista que um tipo ideal consiste de um método teórico abstrato, cujas funções permeiam inicialmente para classificar e comparar os fatos sociais produzidos em uma dada sociedade e, posteriormente, apresentar essa dimensão de uma maneira pura, sem suas sutilezas concretas³⁸.

Assim, partiu-se do pressuposto que a enfermeira a ser identificada como sendo um novo tipo é aquela que está (re)significando sua prática a partir da formação em Terapia Comunitária Integrativa e que, no processo de tornar-se terapeuta, ela aprendeu que cuidar de si é tão importante quanto cuidar dos demais. Suas principais características são: ser uma acolhedora do sofrimento, demonstrando compreensão com a dor do outro; ter habilidade para uma escuta sensível e qualificada; saber conduzir a roda de TCI suscitando questionamentos clarificadores, para fazer emergir a resiliência das pessoas e, conseqüentemente, o empoderamento. Ela será aquela que encontrou o seu lugar de enfermeira e cuidadora da ABS com empoderamento.

Acredita-se que, ao se traçar um tipo ideal de enfermeiras, construídos a partir de uma prática inovadora de cuidado, além de se tentar identificar avanços na dimensão do cuidado

oferecido a grupos na comunidade, é possível encontrar singularidades da própria profissão, ampliando o saber-fazer da enfermeira no campo da saúde mental comunitária.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Analisar as transformações ocorridas na prática das enfermeiras que atuam na atenção básica à saúde a partir da implantação da Terapia Comunitária Integrativa, tendo em vista a emergência de um novo tipo de enfermeira que consolida avanços para a enfermagem no campo da saúde mental comunitária.

1.3.2 Específicos

- Evidenciar as visões paradigmáticas das enfermeiras com suas características tipológicas que nortearam as ações das mesmas na ABS, antes e depois da formação em TCI.
- Destacar as mudanças que ocorreram na prática das enfermeiras após a formação em TCI
- Refletir sobre as possíveis rupturas epistemológicas que foram efetivadas pelas enfermeiras no processo de tornar-se terapeuta comunitária.
- Descrever os principais obstáculos encontrados pelas enfermeiras para desenvolver a TCI na ABS.

2 Referencial teórico/Conceitual

Para a construção do aporte teórico dessa tese utilizou-se, inicialmente, autores como Thomas Kuhn e Gaston Bachelard, que versam sobre os paradigmas, as rupturas e obstáculos epistemológicos. Sequencialmente, construiu-se o capítulo sobre Max Weber, que foi escrito baseado em suas obras e em outros sociólogos que defendem a sociologia compreensiva e a prática social. Escreveu-se também uma Tipificação de Enfermeiras na Literatura Especializada, baseando-se na história da profissão e sobre a construção de identidades para a profissão ao longo dos anos, seja na psiquiatria, na saúde mental comunitária ou na Saúde Pública/Atenção Básica em Saúde.

Finalizou-se, falando sobre como a Terapia Comunitária Integrativa se tornou um instrumento que tem promovido a competência profissional da enfermeira na ABS e na saúde mental comunitária, tomando como base todo o seu contexto histórico de implantação e implementação na rede SUS. Todavia, partiu-se do entendimento de que a fundamentação abordada nessa investigação não se esgota aqui, pois no decorrer da análise e discussão outras abordagens teóricas foram exploradas, visando subsidiar os achados desse estudo.

2.1 Thomas Kuhn e Gaston Bachelard: entre paradigmas, rupturas e obstáculos epistemológicos.

Para a construção desse tópico, a pesquisadora apoiou-se na visão contemporânea de paradigmas e rupturas epistemológicas de Thomas Kuhn, bem como no olhar científico de Bachelard sobre obstáculos epistemológicos. Assim, ao se explorar o conceito de paradigma defendido por Kuhn em sua obra “Estruturas das Revoluções Científicas”, encontrou-se como definição: “aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma”^{39: 221}.

Complementa, inferindo que os praticantes de uma comunidade científica são aqueles que se submetem a uma iniciação profissional e a uma educação idêntica, seguindo as mesmas influências disciplinares, absorvendo a mesma literatura técnica, retirando delas, praticamente, as mesmas lições. No geral, as fronteiras dessa literatura-padrão marcam os limites de um objeto de estudo científico e, em sua maioria, cada comunidade possui seu próprio objeto de estudo. Os membros, por buscarem objetivos comuns, veem a si próprios e se comunicam de maneira ampla e com um julgamento unânime. No entanto, ao se encontrarem com comunidades distintas pode haver divergências, e essa comunicação pode ser árdua, permeada por desacordo e mal entendidos, já que ambas se apoiam em conceitos próprios e preconstruídos³⁹.

Bachelard ao se referir ao pensamento científico, constatou-se que sua definição perpassa por três momentos: estado pré-científico (antiguidade clássica até o século XVIII); estado científico (final do século XVIII até o século XX) e o novo espírito científico (a partir das publicações de Einstein em 1905). No primeiro estado, utilizava-se uma linguagem metafórica, com uso de imagens e generalizações que guiavam esse pensamento para uma visão concreta e imediata, impedindo o processo de abstração necessária para a formação do espírito científico, sendo considerada por ele, como uma barreira. Ao revelar que a forma de linguagem pode dificultar o trabalho do cientista, Bachelard avança de modo considerável em sua teoria ^{40; 41}.

O novo espírito científico permitiu um rompimento com a física e a mecânica newtoniana por voltar-se para a retificação dos princípios da física clássica. Tais mudanças repercutiram em vários campos do saber provocando alterações na compreensão da realidade e nas relações entre sujeito e objeto, acarretando em um novo saber científico e, conseqüentemente, novas questões para a epistemologia. Para lidar com as novas teorias, foi necessário construir novos conceitos e repensar a própria história das ciências ^{41; 42}.

Além do mais, Bachelard acreditava que o conhecimento científico se configurava uma forma de ilusões, e entre suas explicações estão os limites e diferenças que existem entre o conhecimento científico, voltado essencialmente para primazia da reflexão, e o conhecimento não científico, denominado também de empírico, o qual está relacionado à percepção e à constante busca do progresso do saber. Assim, o autor, em pleno século XX, direcionou suas análises para o avanço da ciência, inferindo uma crítica à concepção unitária de ciência emanada do século XVII ⁴³.

Já Thomas Kuhn faz uma grande discussão sobre as fases do desenvolvimento científico, e primeiramente discorre sobre a fase pré-paradigmática, também chamada de pré-história de uma ciência. Nela, se encontra uma extensa divergência entre os pesquisadores e/ou determinados grupos de pesquisadores, na busca de definir os fenômenos que serão estudados e explicados; quais princípios teóricos serão seguidos e inter-relacionados; quais são as regras, métodos e valores que permeiam a investigação, classificação e explicação de novos fenômenos, ou o seu desenvolvimento. A partir da definição do paradigma, essa disciplina se tornará uma ciência e a citada fase é finalizada, dando lugar a nova fase ³⁹.

Na segunda fase, são abordadas as ciências normais. Nela, o pesquisador parte de tentativas de encaixar, dentro dos limites preestabelecidos no paradigma a solução de novos problemas, pois não se tem a intenção de trazer à tona novas espécies de fenômenos, considerando que aqueles que não se ajustam, não serão vistos pelos pesquisadores. Dito de

outro modo, ela tem como objetivo a extensão do conhecimento dos fatos tidos como significativos, aperfeiçoando os ajustes necessários da teoria aos acontecimentos a partir da articulação e da observação dos fenômenos. É importante considerar, contudo, que a investigação científica não obterá êxito diante da ausência de um corpo de princípios teóricos e metodológicos que irão permitir a seleção, avaliação e a crítica do fenômeno observado ³⁹.

Infere-se, então, que ao se explorar um paradigma, o cientista pode se encontrar diante de divergências difíceis de serem resolvidas. Nesse caso, cabe a ele esgotar as possibilidades de se empregarem as regras e princípios paradigmáticos defendidos pela comunidade, contudo, isso não pode ser levado ao extremo, pois, ao se deparar com algo sem solução, o cientista precisará entender que chegou a hora de substituí-lo por um outro paradigma. É aí que se instala uma verdadeira crise, que gera inúmeras discussões entre seus membros, sobre o desenvolvimento de teorias e pesquisas aleatórias, recurso à análise filosófica com debates sobre os fundamentos teórico-metodológicos, um adequado aprofundamento de descobertas e até a revalorização de fatos pesquisados anteriormente. O velho paradigma só será abandonado, quando surgir o novo que, por conseguinte, será superior, ocorrendo, com isso uma ruptura epistemológica. Diante desse novo paradigma, acontece aquilo que Thomas Khun chama de revolução científica ^{39; 44; 45}.

Tomando por base a noção de obstáculos epistemológicos, abordado por Bachelard e entendendo que o êxito para uma pesquisa científica e o conhecimento construído a partir de seu desenvolvimento encontra-se atrelado a sua superação, percebeu-se que, para o autor, os obstáculos se encontram no próprio ato de conhecer e fundamenta-se em ideias pré-concebidas que, por estarem influenciadas por necessidades próprias, podem provocar um bloqueio na construção do conhecimento. Com isso, antes de se ter uma opinião, é dever do espírito científico levantar problemas, hipóteses inesgotáveis, que confirmem e contradigam o seu saber. Além disso, afirma-se que quando a ideia científica é muito familiar, ela faz emergir um peso psicológico sobre o cientista, haja vista suas analogias, imagens e metáforas contra as quais o espírito científico deve lutar ^{42;43}.

Essa iniciativa estaria relacionada ao que Bachelard ⁴² chama de o verdadeiro espírito científico, pois ele se contrapõe, questiona e faz perguntas sobre o fenômeno pesquisado. Assim, o cientista encontrará a resposta para a pergunta realizada e poderá, com isso, atingir o novo conhecimento e superar a deficiência existente. Diante de tal postura, ele superará também o obstáculo da opinião, no qual a ciência se coloca totalmente contra, pois implica dizer que existem necessidades em conhecimento, além de que não é aceitável se opinar sobre aquilo que não se sabe ou tem propriedade.

Estes obstáculos estariam fundamentados na experiência primeira, no conhecimento geral, no abuso das imagens usuais, no conhecimento unitário e pragmático, no substancialismo, no realismo, no animismo e no conhecimento quantitativo, e seriam as causas da “estagnação e até regressão do progresso da ciência” ^{40:03}.

Foi nessa perspectiva que essa se tornou a teoria central de Bachelard, ou seja, os obstáculos que os cientistas se deparam os levam a realizar rupturas epistemológicas, rupturas em si, em suas práticas, sejam no ato de conhecer, seja nos traços subjetivos, imaginários, que muitas vezes o contaminam de impurezas, podendo tal fato escapar ao controle dos cientistas. No mais, caberá a ele perceber que existe um inconsciente científico que perturba a atividade científica ⁴².

Diante disso, parte-se da percepção que a ideia de partir do zero para se fundamentar um conhecimento, só ocorre em culturas de simples justaposição, uma vez que nela, todo fato novo representa uma riqueza. É impossível o cientista anular todos os conhecimentos habituais, pois aquilo que se tem a convicção pode ofuscar o que se deveria saber. Para ele, o espírito que se apresenta à cultura científica é velho e tem a idade de seus preconceitos, assim, o grande desafio do cientista será o de entender que “acender a ciência é rejuvenescer espiritualmente, é aceitar uma brusca mutação que contradiz o passado” ^{42:11}.

Portela Filho ^{46:103} corrobora ao fazer algumas considerações de Bachelard inferindo que o grande desafio não é contemplar, mas construir, criar, produzir, retificar, só assim, o espírito chegará à verdade. “É por retificações contínuas, por críticas, por polêmicas, que a razão descobre e faz a verdade”.

Há que se entender que a crise paradigmática representa um processo que atravessa as ciências sociais, naturais e também da saúde, isso porque, seus fundamentos vêm sendo abalados pelas descobertas e invenções modernas e pós modernas, pois na atualidade vive-se permeado por dúvidas e mudanças bruscas de concepções, haja vista os avanços tecnológicos e toda a complexidade que permeia a vida humana, o universo, a ciência e as relações sociohistóricas e culturais. Nessa direção, tanto as situações de crise quanto as possíveis transições paradigmáticas se apresentam de modo mais exasperado, e com contornos próprios, como é o caso da saúde pública, saúde mental, medicina e psiquiatria ⁴⁵. Além do mais, a criação de um novo paradigma, requer dos seus praticantes, rupturas e enfrentamento dos obstáculos epistemológicos que irão permear toda a sua construção.

Por outro lado, a TCI ao ser inserida no país, em meio as distintas crises paradigmáticas de modelos assistenciais de atenção à saúde, convida seus praticantes para incorporarem uma nova tecnologia de cuidado que se apoia nos seguintes paradigmas:

Ir além do unitário, para incluir a comunidade, o coletivo; Ver além das carências pela experiência de vida, e permitir surgir o potencial daquele que sofre; Sair de um modelo que gera dependência para um modelo que nutre a autonomia e a corresponsabilidade; Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; Descobrir atitude de desconfiança para edificar crenças e valorização nas capacidades das pessoas; Reduzir com o isolamento dos saberes científicos, popular e político, respeitando sua integração ao saber natural das pessoas e das comunidades; Romper com um modelo clientelista e promover uma consciência crítica e cidadã; Acolher o sofrimento sem ter que medicalizá-lo ^{47: 285}.

Assim, levando em consideração, as transformações que ocorreram no país em relação às políticas públicas de saúde, as mudanças sócio históricas e culturais no campo da saúde pública, da saúde mental e da Atenção Primária em Saúde (APS) e outros, acredita-se que os profissionais se depararam com um novo paradigma de atenção à saúde a ser seguido, disparado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

As enfermeiras, por conseguinte, dadas as condições históricas de suas práticas de saúde, atreladas à submissão ao saber médico, indefinição de papéis, práticas tradicionalistas, hegemônicas e voltadas para a cura da doença e, diante das transformações do novo sistema e da capacitação em TCI, tiveram que realizar inúmeras rupturas paradigmáticas de práticas passadas, passando a transformar antigos paradigmas em novos. O novo paradigma a ser seguido por esse profissional se apoia nas diretrizes e no perfil de terapeuta comunitário construído por Professor Adalberto Barreto, e consequentemente, ao perfil de enfermeira esperado pelo SUS e pela ABS.

2.2 A Sociologia Compreensiva de Max Weber e sua relação com a prática social.

A leitura nas obras de Max Weber permitiu-nos aproximações com alguns problemas das ciências sociais modernas, por ter se desenvolvido na Alemanha em fins do século XIX e início do século XX, momento em que se ampliaram as primeiras disputas sobre as metodologias das ciências sociais. Referimo-nos aqui, especialmente, à questão da separação entre as ciências naturais e as ciências histórico-sociais. Essa separação ocorreu como consequência das diferenças específicas entre os dois grupos de ciências: as ciências naturais buscavam obter dados mensuráveis e regularidades estatísticas, a fim de formular leis de caráter matemático; e as ciências sociais se voltavam para as experiências humanas, em busca de descrições qualitativas de tipos e formas fundamentais da vida, do espírito (históricos, sociais e culturais) ^{48; 49; 50; 51}.

Essas discussões encontraram em Max Weber, uma presença decisiva no que se refere à análise social, tendo em vista o seu rigor metodológico e conceitual, bem como a amplitude e aprofundamento a que chegaram suas investigações nesse campo. A preocupação com as determinações necessárias à apreensão dos fenômenos sociais levou à criação e desenvolvimento de uma forma de sociologia voltada para a compreensão e conexões dos sentidos presentes nas ações sociais. Isso abriu uma perspectiva fecunda para a análise e a compreensão qualitativa dos processos históricos e sociais ^{49;50}.

O objetivo da investigação sociológica de Weber é a ação social, a conduta humana permeada por sentido, o que conduz a uma exploração em profundidade da subjetividade dos sujeitos sociais. Quem dá sentido a essa ação é o próprio agente social ao estabelecer a conexão entre o motivo da ação, a ação propriamente dita e seus efeitos. O conceito de ação social construído pelo autor seria aquele orientado pelo comportamento de outros indivíduos conhecidos ou desconhecidos para o sujeito, levando em consideração o passado, o presente e o futuro esperado. Todavia, explicita-se, que nem todo tipo de ação é social, nem todo tipo de contato entre pessoas tem caráter social e a ação social não é idêntica, nem a uma ação homogênea de várias pessoas, nem a qualquer ato influenciado pelo comportamento de outras ^{38; 52}.

Ao formular a sociologia compreensiva, Max Weber negou tanto a perspectiva positivista como a materialista, pois acreditava que as transformações sociais não podem ser explicadas somente pelas relações econômicas, e que as ações humanas podem ser compreendidas sem o recurso a leis e sem estabelecer as condições materiais como causa determinante das transformações sociais. Nesse prisma, parte-se do entendimento que o conhecimento sociológico para o autor é histórico e baseia-se na observação da multiplicidade de fenômenos sociais ^{49; 53}.

Ao contrário de outros pensadores sociológicos, Weber entendia que a sociologia devia se concentrar na ação social e não nas estruturas, acreditando que as ideias, valores e crenças eram forças que tinham o poder de propiciar mudanças, e que os indivíduos estariam habilitados para agir livremente. Inferiu ainda, que as estruturas sociais eram formadas por uma complexa interação de ações, divergindo dos pensamentos de Durkheim e Marx, que acreditavam que as estruturas existiam externamente ou independentemente dos indivíduos ^{38; 51; 54}.

Com isso, ao estudar as sociedades, ele passou a valorizar as condutas individuais, o que se revelou uma tendência de seu tempo, reestabelecendo o indivíduo como fonte de conhecimento, e o centro das preocupações sociológicas. Ao interpretar a conduta humana

compreensível, a sociologia buscou a investigação, na intenção de alcançar evidências, sejam relacionadas à compreensão racional ou intuitivamente compreensível, ou então de caráter emocional, receptivo-artístico. Para Weber, a sociologia seria “uma ciência que pretende compreender interpretativamente a ação social, e assim, explicá-la causalmente em seu curso e em seus efeitos”. Além disso, o seu caráter compreensivo e empírico, suscita o observador a apreender de forma interpretativa o sentido da ação social, na efetividade concreta das relações sociais e, portanto, o sentido não é definido em princípio, nem é objeto de valoração.
38:3; 52:16 .

Por outro lado, além do conhecimento ser fruto de relações sociais, ele também advém de valores culturais, pois tanto a sociedade quanto a cultura interferem na concepção dos indivíduos parcialmente definidos e orientados por tais princípios. Nesse caminho, a ciência se torna inacabada, pois quem a faz é o homem, que por sua vez, possui limites em sua capacidade de apreender o mundo real por estar munido de um conhecimento parcelado, recortado e tingido pelos seus valores ^{48;55}.

A questão da relação do conhecimento científico com os valores, tão bem explicada por Max Weber, não tem sido muito bem compreendida por boa parte da chamada “comunidade científica”. Tem-se atribuído ao autor uma posição de defensor de uma ciência isenta de valores, o que ele julgava impossível. A questão da objetividade do conhecimento na ciência social, que fora tão claramente exposta por Weber em um dos seus ensaios sobre a metodologia sociológica, tem sido interpretada de maneira conveniente aos interesses de certos *ghettos* corporativos na profissão, desfigurando por completo o pensamento do autor, que julgava impossível a existência de qualquer tipo de conhecimento sem relação com os valores. A postura weberiana não é de uma objetividade que significasse isenção valorativa (impossível), mas, sim, o de uma explicitação da parte do cientista, de quais são os valores que inspiram e orientam a sua investigação. Outros cientistas, com outras posturas valorativas, veriam outros recortes da realidade ⁴⁸.

Longe de inviabilizar o conhecimento científico, fazendo-o naufragar em um subjetivismo, a postura weberiana nos coloca diante de uma situação mais real no que se refere à construção do conhecimento. Trata-se de ir construindo (através dos tipos ideais, mas não apenas mediante o seu uso) versões aproximativas da realidade que se deseja conhecer. Essas versões estarão sempre em processo de correção e modificação, uma vez que tudo muda, o real tanto quanto o aparelho conceitual e valorativo desde que tentamos nos aproximar cognitivamente dele ^{48;55}.

Weber constrói uma sociologia livre de metodologismos que supostamente (na versão cientificista), poderiam conduzir a um conhecimento verdadeiro, objetivo. Como uma das formas de aproximação do real, o autor estabelece os tipos ideais e conceitos úteis para o conhecimento científico. O **tipo ideal** ou **tipo puro** atribui aos aspectos do real e da história que examina uma ordem através da qual procura estabelecer uma relação causal entre certos fenômenos. Com isso, a atividade científica será, ao mesmo tempo, racional com relação as suas finalidades e a verdade científica, racional com relação a valores e que caminhe em busca da verdade partindo de uma ética absoluta, imposta aos mesmos. Para isso, caberá ao cientista estabelecer leis e fatores hipotéticos que guiarão seu estudo; analisar e expor os fatores historicamente dados e sua combinação concreta e significativa; voltar-se para o passado em busca de entender características individuais importantes que servirão de guia para explicações no presente e, indo mais além, ele precisará avaliar as constelações possíveis no futuro. Ao agrupar todos os fatores que influenciaram um acontecimento concreto, o cientista poderá dar sentido a uma realidade particular ⁵⁶.

Ao propor a utilização dos tipos ideais, Weber buscou a partir dos fenômenos concretos, suas particularidades, levando-se em consideração algumas características acentuadas para se observar quais não obrigatoriamente precisariam coincidir com a realidade concreta. Assim, parte-se de uma realidade social particular, única, por meio da análise exaustiva das relações causais que a constituem, e por serem infinitas, é imperativo se escolher algumas delas por meio da avaliação das influências ou efeitos daquilo que é importante e fazem sentido para o cientista tomando por base seus valores. A elaboração de um instrumento que sirva de orientação é fundamental e valioso, pois, será ele quem o ajudará a identificar as conexões causais e a construir o tipo ideal, um tipo padrão, um guia. Sobretudo, “o tipo ideal não pretende, absolutamente, reproduzir a realidade, mas dotar a descrição de meios de expressão unívocos e precisos” ^{49; 51:64}.

Para se criar a citada tipologia, é imperioso ainda, respeitar três características básicas que definem suas possibilidades e limites, em destaque: 1) a racionalidade, 2) a unilateralidade e 3) caráter utópico. 1) A racionalidade visa avaliar os meios e as consequências previsíveis, examinadas as condições que podem afetar o plano construído abstratamente sob a forma de tipo ideal da ação futura. 2) A unilateralidade busca dar rigor ao tipo ideal, por ser a condição ao mesmo tempo de amplificação dos traços característicos e da elaboração do quadro de pensamentos em conjunto coerente e não contraditório. E, 3) o caráter utópico é o entendimento de que o tipo ideal não é, e nem pretende ser, reflexo ou repetição da realidade

Para tanto, é mister ancorar-se na ação social, e nos seus quatro tipos característicos:

1) Modo racional referente a fins, que seriam as expectativas do indivíduo quanto ao comportamento de objeto do mundo exterior e de outras pessoas, sendo essa, uma condição ou meios para se alcançar fins próprios, ponderados e perseguidos racionalmente como sucesso. 2) O modo racional referente a valores seria aquele que o sujeito é guiado por suas crenças e interpretações conscientes no valor ético, estético, religioso, absoluto e inerente a determinado comportamento. 3) O modo afetivo estaria relacionado ao emocional, aos afetos, ou ao estado emocional atual dos sujeitos e, 4) O modo tradicional seria relacionado àquelas ações permeadas por hábitos, crenças e costumes arraigados nos indivíduos ³⁸.

Todavia, é preciso deixar evidenciado que uma ação social só ocorrerá se o indivíduo estabelecer algum tipo de comunicação e relação social que dê sentido e seja partilhado com os diversos agentes existentes em uma sociedade. Essa relação leva o indivíduo a agir e orientar sua conduta tomando por base que o outro ou os outros, agirão socialmente de modo a corresponder às expectativas do primeiro agente. Cabe enfatizar ainda, que as afinidades são permeadas por prestações de serviços, conflitos, poder, amor, respeito e interesses que conferem ao sujeito um tipo de dominação particular que vem acompanhada de uma forma de legitimidade ⁵⁶.

Revela-se ainda, que para cada tipo de ação surge um tipo de dominação legítima, e isso pode justificar-se por três motivos de submissão ou princípio de autoridade, as quais se descrevem: tradicional, carismática e a racional legal. A tradicional está relacionada à autoridade pessoal do governante, investida por força do costume. A carismática baseia-se no carisma, ou mesmo, na capacidade excepcional de liderança de alguém e, a racional legal está fundamenta no direito que se liga a aspectos racionais e técnicos de administração ³⁸.

Por outro lado, a TCI, por ser uma prática social, apresenta afinidades com a sociologia, com a condição humana e com a sociologia compreensiva de Max Weber ³⁸, a qual visa descobrir, na ação social, a intervenção dos valores que a orientam e a constituem e, com isso, permite aos sujeitos envolvidos na ação social, a capacidade para escolherem racionalmente o curso da ação. Barreto ²⁵ acrescenta e diz que tanto a sociologia quanto a TCI priorizam a promoção da saúde mental, valorizam os dispositivos culturais e sociais ativos da comunidade, os quais se destacam: os curandeiros, artistas populares, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), e profissionais das mais diversas áreas e setores, tendo como característica marcante o trabalho em grupo que, por conseguinte, mostra-se como um excelente instrumento de agregação social, na medida em que possibilita que seus participantes busquem soluções para os problemas cotidianos.

Para Lazarte ^{57; 58}, essa capacidade da TCI permite a criação de redes sociais, estabelece nas pessoas e na comunidade uma relação de poder, e promove, também, um reencontro com seus próprios valores e histórias, ao ponto de gerar, nos mesmos, um encontro com o verdadeiro sentido da sua existência individual e social. Além disso, essa convergência ocorre, porque ambas buscam maneiras de ver o mundo humano e social, a sua existência e funcionamento. A TCI permite que o sujeito seja visto, tanto no seu interior quanto no seu exterior, refletindo sobre a criação de uma ou mais visões desta enquanto pessoa, enfocando sua inserção e funcionamento na teia social e comunitária, na medida em que compreende seu comportamento individual, grupal, social, entre outros. Entretanto, é preciso visualizar sua inter-relação com os diversos planos ou níveis de realidade e suas concepções de mundo que, por sua vez, se referem a seu modo de ser, fazer, pensar e agir.

Percebe-se, contudo, que as contribuições de Weber para as ciências sociais foram bem evidenciadas em suas obras, e permitiu uma melhor análise das ações do indivíduo enquanto seres sociais. Assim, partiu-se da concepção que a sociologia compreensiva, nos ajudará a traçar uma tipologia para as enfermeiras terapeutas comunitárias, por meio de sua compreensão individual, coletiva, histórica, social e cultural, respeitando os sentidos e as subjetividades que permeiam suas práticas. Mesmo embora se saiba que não será possível abstrair uma pureza absoluta, pois, a tipologia irá se aproximar de algumas características que serão apoiadas pelo perfil de terapeuta comunitário traçado por Prof. Dr. Adalberto Barreto, acredita-se que a TCI, ao ser disponibilizada na rede de ABS e, na medida em que as enfermeiras foram se capacitando e conhecendo o potencial terapêutico da prática na comunidade, tornar-se-ão seres mais sensíveis e conscientes e, conseqüentemente, permitirão se reconstruir uma nova identidade social para profissão.

2.3 A Tipificação de Enfermeiras na Literatura Especializada – Construindo novas identidades profissionais

As discussões sobre identidade têm sido um assunto cada dia mais explorado na teoria social. Argumenta-se que as velhas identidades estabilizaram o mundo social por muito tempo, porém, o surgimento das novas identidades tem possibilitado uma fragmentação do indivíduo moderno e unificado. Tudo isso tem permitido o surgimento da "crise de identidade" que, muitas vezes, é vista como um processo amplo de mudança, que desloca estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalam os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social ⁵⁹.

Cabe aqui elencar, as três concepções de identidades, defendidas por Hall: a) sujeito do Iluminismo, b) sujeito sociológico e c) sujeito pós-moderno. Para ele, o sujeito do Iluminismo baseia-se numa concepção da pessoa humana como um indivíduo totalmente centrado, unificado, dotado das capacidades de razão, de consciência e de ação, cujo "centro" consistia num núcleo interior. Ou seja, nessa concepção, parte-se de um entendimento bem individualista do sujeito e de sua identidade. O sujeito sociológico se relaciona àqueles que se preocupam com os avanços referentes à complexidade do mundo moderno, no qual o núcleo interior do sujeito não será autônomo e autossuficiente, mas é formado por relações ideológicas que, por sua vez, mediam para eles os valores, sentidos e símbolos, valorizando também, a cultura vivenciada no seu habitat. O sujeito pós-moderno seria aquele que não possui uma identidade fixa, essencial ou permanente. Sua identidade passa a ser considerada uma celebração móvel, formada e transformada permanentemente, haja vista as formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. No mais, ela não seria definida biologicamente, e sim historicamente ⁵⁹.

Dubar ⁶⁰ relata que a identidade representa o bem mais precioso do ser humano, pois, sua ausência é sinônimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte. A identidade humana deve ser construída na infância e ao longo da vida ela vai sendo reconstruída de modo permanente. Assim, o indivíduo depende tanto das ideologias quanto das suas próprias orientações e autodefinições. Logo, a identidade seria um produto de sucessivas socializações. Ao esclarecer a noção de socialização, o autor refere que esse processo permite ao indivíduo compreender a noção de identidade numa relação voltada para si e para o outro. Indo mais além, seria uma relação que perpassa por uma perspectiva sociológica restituída.

Bauman ⁶¹, ao falar de identidade líquida, chama à reflexão ao indagar que os indivíduos se encontram em plena crise de ideologias fortes, “pesadas”, “sólidas”. Do ponto de vista cultural, um clima fluido, líquido, leve, caracterizado pela precariedade, dúvida e com rapidez de movimento, tem induzido algumas passagens importantes, seja de uma vida segura para uma precária, que muitas vezes, tem sido permeada por incertezas constantes.

Complementa ⁶¹ ao dizer que essa desregulamentação e a privatização das tarefas e deveres modernizantes são frutos do novo contexto cultural, marcados pela não existência de valores sociais, em que se aprecia tão somente o indivíduo. Não existe mais empenho da pessoa humana em alcançar e realizar os valores sociais, criando-se, com isso uma lógica para o mercado que afeta a vida política e as atitudes da vida cotidiana. Mudanças sociais também são visualizadas, seja nos estilos de vida, costumes, vínculos empregatícios, ameaças de

terrorismo e, até mesmo, pelo não acompanhamento da pessoa humana nos progressos tecnológicos.

Na modernidade-líquida defendida pelo autor supracitado, a identidade torna-se para o indivíduo uma missão, deixando, desse modo, de ser algo dado pela sociedade. Assim, o sujeito, visando alcançar objetivos capazes de clarear o seu “ser e estar no mundo”, assume para si riscos, cargas e erros de uma sociedade inteira. Entretanto, cabe evidenciar que como a sociedade é formada por indivíduos, estes são levados, a todo instante, à autocriação.

No que concerne à identidade profissional, Dubar ⁶⁰ explica que como existem múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma importância particular, e tem sido considerado um bem incomum. Acrescenta que o fato do homem possuir um emprego, provoca sobre ele importantes mudanças. Logo, isso o impulsiona à construção das identidades sociais e, conseqüentemente, às transformações identitárias.

Todavia, a crise de identidade vivenciada nos últimos anos, trouxe consigo, novas exigências aos profissionais em formação, haja vista as necessidades do mercado de trabalho e de eles estarem inseridos em um processo complexo, sólido, realista, satisfatório e com qualidade. Diante desse prisma, foi preciso permear sua educação com elementos intrínsecos, que vão além da dimensão objetiva, portanto, quanto mais sólida e consistente ela for, maiores são as possibilidades de construir identidades que os deixem aptos a lidar com as individualidades e a complexidade social na qual se vive ⁶².

Pensar em todo esse processo envolto nessa construção remete a uma reflexão sobre a necessidade de contextualizá-la quanto ao lugar social do indivíduo, ao enfoque político e cultural, e às relações de poder que envolvem essa constituição. Entendendo ainda que toda identidade é construída socialmente, isso precisa fazer sentido para o sujeito, pois o conteúdo simbólico, as imagens visuais e mentais, dependerá de quem a constrói, para que e para quem é construída. Nessa medida, será possível se construírem significados em função de tendências sociais e projetos culturais enraizados em determinada estrutura social, tempo e espaço hegemônicos ⁶³.

Logo, infere-se que falar da identidade de enfermeiras representa um assunto atual, porém desafiador, isso porque nos deparamos em um mundo que, para Zigmund Bauman ⁶¹, não passa de um ‘Mundo líquido’ – símbolo que, por sua vez, representa a pós-modernidade. Essa premissa nos remete a pensar que construir uma identidade profissional em meio a tantas mudanças paradigmáticas não tem sido uma tarefa fácil para as enfermeiras.

No entanto, é importante partirmos da conjectura que sua identidade profissional será sempre inacabada/desconhecida, ou mesmo incompleta, pois muitas peças serão necessárias para sua plenitude. Bauman ⁶¹ acrescenta que na pós-modernidade nada é seguro e sólido. Todas as coisas são líquidas e se movem com fluidez. Não há uma identidade totalmente construída, existe um caminho, um movimento em direção a alguma coisa ainda indeterminada. Em busca desse caminho que vem sendo construído pela enfermeira terapeuta comunitária que atua na ABS, se entendeu que a tipificação atual dessa profissional deve ser conhecida, seja por meio de observação de condutas e ações realizadas ou pelo produto sociocultural que tem suas origens nas relações com a família, escola, trabalho, entre outros.

Para isso, parte-se do pressuposto que as formas identitárias investigadas serão resultados da articulação entre a combinação objetiva e subjetiva, caracterizam estados de continuidade ou ruptura entre a identidade herdada e visada no âmbito subjetivo, e estados de reconhecimento e não reconhecimento social no âmbito objetivo, entre a identidade atribuída pelo outro e identidade incorporada para si, conforme propõe Dubar ⁶⁰.

Nessa direção, compreende-se que discorrer sobre o contexto histórico e a evolução da enfermagem enquanto profissão, pensando ainda em sua história no presente, necessário se faz, a priori, refletir sobre as formas como a identidade profissional é discutida pelos demais profissionais e pesquisadores que falam sobre a importância de sua história na construção identitária individual e coletiva. Assim, a identidade da enfermeira aqui discutida vincula-se ao processo histórico de sua inserção no surgimento da psiquiatria e da enfermagem na saúde mental comunitária, dando um enfoque final para sua atuação na ABS.

A construção da identidade profissional da enfermeira se inicia ainda na antiguidade, quando, suas práticas de cuidar possuíam características relacionadas ao trabalho de mães no cuidado e na nutrição do seu filho e de outras pessoas dependentes, no caso, idosos, feridos e doentes, sendo caracterizadas por manifestações do ser humano no cuidado de seu semelhante, em que as ações de saúde estavam diretamente relacionadas à sobrevivência humana ¹⁴.

Na antiguidade, o conhecimento místico ou religioso era evidenciado em pajés, feiticeiros, xamãs e sacerdotes que utilizavam de magias, beberagens para afugentar os demônios que, de acordo com crenças da época, provocavam as doenças. Assim, por anos, esses sacerdotes que realizavam tratamento e recuperação de enfermos mostraram-se cada dia mais crescente, representando a figura do médico, do farmacêutico e do enfermeiro ¹⁴.

Nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofreram a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal, possibilitando

progressos e retrocessos. As epidemias de sífilis, lepra e a forma como essas doenças eram tratadas fizeram com que a ordem religiosa logo construísse hospitais, ligando a prática de saúde aos mosteiros. Nesse prisma, as práticas de cuidado da enfermagem emergiram, a partir da ordem religiosa e em razão da forte motivação cristã que movia as mulheres para a caridade, a proteção e a assistência aos enfermos, sendo caracterizada inicialmente como uma prática leiga e desvinculada de conhecimento científico ¹³. Todavia, Peres, Almeida Filho e Paim ^{64:86} indagam que essas podem ter sido consideradas “as primeiras tentativas para dar ao grupo uma posição apropriada na instituição hospitalar com visibilidade social”.

Villela e Scatena, ^{65:739} referem que:

No século XVIII, a assistência de enfermagem se dava dentro da perspectiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria descritiva de Kraepelin. O papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas, na época, era o de assistir o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas. Todavia, o conhecimento de que se dispunha sobre os alienados era o do senso comum, ou seja, entendia-os como ameaçadores e, por isso, sujeitos à reclusão.

Quanto aos caminhos trilhados na reconstituição da enfermagem psiquiátrica no Brasil, Oguisso ¹⁴ faz uma análise aprofundada dessa questão, contextualizando o processo histórico e social que antecedeu o surgimento dessa prática, atualmente considerada uma especialidade da enfermagem e não se pode deixar de evidenciar que o início do movimento da profissionalização da enfermagem no país também se deu na área da psiquiatria.

A primeira escola de enfermagem denominada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente denominada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto foi criada em 1890, dentro do Hospício Nacional de Alienados e, conseqüentemente, nasceu subordinada a essa instituição. Na época, os alienistas, tomando por base a escola psiquiátrica francesa, influenciaram tanto o saber da enfermagem quanto a conduta mantida pela profissão perante o doente mental. De todo modo, cabe relevar que as ações de enfermagem realizadas no interior dessas instituições tinham um enfoque voltado para o cuidado caritativo e assistencial religioso e, a partir de então, tais atos passariam a ser parte do exercício de uma profissão dando início à profissionalização dessa atividade, por meio do ensino oficial. ^{13; 66; 67}

Contudo, cabe reforçar que os cuidados de enfermagem, por vezes, eram prestados por indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais, por irmãs de caridade e por guardas. Existia um sentido de punição, maus-tratos e repressão ⁶⁸. Para Olschowsky e Duarte ^{69:02}, “cabia-lhe, também, tarefas de cuidado direto: medidas de higiene e de conforto, administração da medicação, contenção, vestuário e alimentação do paciente”.

Os registros revelam a existência do poder disciplinador, de repressão e de controle atribuído naqueles espaços nosocomiais, além de posturas vigilantes com os internos. As tarefas das enfermeiras se relacionavam à manutenção da ordem, da vigilância e de manter o modelo de dominação, cujo objetivo era se tornar uma prática científica. Cabe destacar que a violência presente nesses espaços não era apenas física, nem praticada só por enfermeiros-vigilantes, sendo também realizadas pelos demais profissionais ⁷⁰.

No entanto, Pussin, considerado o primeiro enfermeiro psiquiátrico e colaborador de Pinel, voltava suas práticas para um cuidado diferenciado, buscando, desde então, desenvolver ações que valorizassem a necessidade de organização da vida dos internos, para as recomendações sobre sua recuperação e, sobretudo, a valorização da bondade e da humanidade. Para ele, maltratar os loucos os deixava violentos e agressivos. Com isso, esse passou a mostrar o quão importante era estimular os pacientes a desenvolverem atividades de distração, atividades que os proporcionassem trabalho, possibilitando confiança, liberdades possíveis e perspectiva para um futuro mais promissor. Tais ações fez dele um enfermeiro avançado para aquela época ⁷¹.

Ainda no século XIX, merece revelar as contribuições de Florence Nightingale na estruturação da profissão de enfermagem, e o direcionamento que foi dado para “as necessidades sociais, a produção de conhecimentos para fundamentação da prática, a estruturação de um modelo de formação e a conquista de algumas regras para a regulação do exercício profissional”. No entanto, nesse período histórico, o poder já instituído socialmente pela profissão médica, e as questões de gênero influenciaram por maneira, na profissionalização da enfermagem, no seu desenvolvimento, na sua autonomia e nas suas credenciais qualificacionais ^{72: 370}.

Florence Nightingale, buscando reconhecimento e valorização para a profissão, propõe a retomada e a coletivização dos espaços hospitalares. Seu esforço em avançar com a profissão a fez uma enfermeira cuja representação se volta para confiança, honestidade, religiosidade e devoção, com habilidade de observação minuciosa, fidelidade e delicadeza, servindo de exemplo a ser seguido na categoria e para a criação dos primeiros cursos de enfermagem nos países. No entanto, para ser chamada de enfermeira padrão, era preciso possuir as citadas habilidades e atribuições ⁷³.

Diante das práticas realizadas pelas enfermeiras nas demais instituições hospitalares, pensava-se como eles haviam conseguido agregar suas atividades domésticas e incipientes, a uma atividade técnica, científica, moderna e sistematizada, seja dentro ou fora das citadas instituições, discussão muito bem citada por Miranda ⁷⁰ e Oguisso ¹⁴. Além disso, as

atividades tipicamente femininas que se voltavam para alimentar, dar banho, limpar, confortar e orientar durante a assistência, passou a representar a fonte de força para sua profissionalização, pois, percebeu-se que era necessário se estabelecer uma boa relação interpessoal, de apoio e oferecer tratamentos técnicos e humanizados.

O século XX foi marcado por duas guerras mundiais, pelo surgimento de armas nucleares, a Revolução Russa, a queda do comunismo e do muro de Berlim, inúmeros avanços tecnológicos, a corrida espacial, a chegada do telefone para grande parte da população, o surgimento de novas mídias (televisão, computador e internet) e o aumento na expectativa de vida. Tal fato instalou no país crises paradigmáticas, repercutindo de forma considerável na forma de atuação profissional e na sua construção identitária ^{74; 75}. Por sua vez, também foi nesse século que a enfermagem foi institucionalizada no país por meio de uma prática acadêmica e profissional. Nesse percurso, passou-se a utilizar ações de educação voltadas ao conhecimento em seu campo específico e para o contexto histórico-social em transformação ⁶⁴.

Assim, o marco da segunda metade do século XX, além dos significativos avanços para a humanidade, trouxe consigo, uma assistência permeada pelo saber e pela prática, criando a camisa-de-força, a lobotomia, a insulinoaterapia, dentre outros. Com isso, muitos cometeram atos violentos com as pessoas em situação de sofrimento psíquico. Esse período foi marcado também pela fundação das comunidades terapêuticas ^{67; 76; 77}.

Nessa direção, gradativamente, a prática da enfermagem, vai se distanciando dos valores morais e religiosos herdados no século passado e aproximando-se do modelo biomédico. O que se evidenciou, até esse período, foram práticas totalmente influenciadas pelos legados dos hospícios e pelo desempenho de funções e tarefas por parte da enfermagem de vigilância, isolamento, manutenção dos doentes, supervisão e execução de prescrições de tratamentos médicos. No entanto, ao valorizar a técnica, ela passa a reproduzir o modelo citado, sem o devido domínio e sem ter acesso ao processo analítico que gerou a multiplicação das tecnologias médicas ^{76; 77; 78}.

Sobretudo, o tipo supervisor da assistência e administrador das prescrições, além de supervisionar a equipe de enfermagem e administrar as enfermarias ou unidade, observava e registrava o comportamento dos pacientes e, por vezes assistia o psiquiatra no cuidado ou tratamento físico do paciente ⁷⁷. Segundo Paixão et al ⁷⁹, Florence Nightingale foi pioneira em tipificar a ação de cuidar para a profissão, por estabelecer bases importantes para a enfermagem profissional no mundo. No entanto, deve-se ter a concepção que tais características não devem ser cristalizadas, tomadas como um conhecimento acabado e fixo,

pois ele segue uma linha contínua e pode ser reestruturado a partir de situações diversas e podendo servir de guia para motivar os profissionais a desenvolverem novas ações do cuidar.

Além disso, não se pode esquecer que o modelo nightingaleano, também influenciado por esse modelo organicista, fez com que as enfermeiras brasileiras, ao terem o apoio das ações governamentais, se empoderem, sustentando-se por meio de duas vertentes: “o ensino no modelo anglo-americano de enfermagem e a prática de enfermagem em Saúde Pública, ambos tomados em seus respectivos empoderamentos”. Esse fato impulsionou a transposição cultural advinda da inserção do modelo norte-americano para o incremento da enfermagem no Brasil, embora existam registros de inúmeras dificuldades para se incorporar suas ideias originais, haja vista as diferenças culturais existentes. Todavia, gradativamente, a identidade cultural da enfermagem brasileira foi sendo moldada ^{64:88}.

Retomando sobre a história da enfermagem na saúde pública, Paixão ⁷⁹ retrata que suas práticas foram instituídas em 1887, a partir do interesse de senhoras inglesas em se engajar nos serviços de enfermeiras visitadoras, ações que, por conseguinte, foram financiadas por meio de uma coleta de fundos realizada no jubileu da Rainha Vitória. Tal fato impulsionou a criação, em 1882, da enfermagem escolar. No Brasil, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas foram os grandes influenciadores na formação das enfermeiras visitadoras, cujo objetivo era prevenir as doenças mais epidêmicas da época, dentre elas, malária, febre amarela, doenças venéreas e lepra, doenças prevalentes dos pobres da época.

Em busca de reconhecimento das enfermeiras visitadoras e da educação sanitária, em 1920, por meio do decreto 3.987, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Assim, paulatinamente, as profilaxias tornaram-se alvo desses profissionais, iniciando com o combate à tuberculose, doenças transmissíveis no geral e estendendo, posteriormente para as doenças venéreas em particular. Ethel Parsons, enfermeira norte-americana, funcionária da fundação Rockefeller, iniciou um curso intensivo em 1921 e sua missão, além de organizar e chefiar um serviço de enfermagem era avaliar a situação de enfermagem no país e apresentá-la ao governo brasileiro ⁷⁹. Assim, em 1923, foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, e esta passa a representar uma “preciosa contribuição à Enfermagem pelo sentido social que lhe é tributado face à implantação do Sistema Nightingale, trazido na interpretação de enfermeiras norte-americanas em atendimento à solicitação procedente de nosso país” ^{80:07}.

De acordo com Paixão ⁷⁹, em 1931 foi o ano de encerramento dos contratos das norte-americanas no Brasil, e D. Edith de Magalhães Franckel, até 1940, dirigiu os serviços de enfermagem. Nesse período expandiram-se vários centros de saúde pelos bairros do país e a

prefeitura do Rio de Janeiro assumiu a jurisdição dos serviços de saúde pública. Posteriormente, os serviços foram disseminados para São Paulo e Minas Gerais, tendo as visitadoras contribuído muito para os avanços nas condições sanitárias do Brasil.

O governo de Juscelino Kubitschek induziu inúmeras transformações no panorama econômico brasileiro na década de 1950 com a sua integração ao sistema capitalista ocidental, gerando conturbações sociais e na área da saúde do país. A repercussão do governo de Kubitschek desencadeou na década de 1960 o golpe militar e a expansão da medicina previdenciária e a psiquiatria em massa. A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em um único instituto, no caso, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e por privilegiar práticas curativistas, especializadas e incorporar tecnologias sofisticadas, desencadeando financiamentos para inúmeras internações em hospitais psiquiátricos privados, posteriormente, emergiu a necessidade de responder as demanda sociais por menores custos e se ampliou a rede de ambulatórios de assistência psiquiátrica ^{13;}

74.

Tais mudanças repercutiram de forma direta nas profissões da área de saúde, levando o Conselho Federal de Educação a determinar e estabelecer, sob o parecer 271/62, um currículo mínimo para o ensino das carreiras universitárias no Brasil, fazendo com que o curso de graduação em enfermagem fosse ministrado em três anos, delegando também, as enfermeiras, o direito de atuar nas clínicas especializadas, cujo enfoque, era a cura de doenças para atender às exigências do perfil que se caracterizava pela assistência hospitalar ^{77; 81}. Tudo isso, prorrogou o avanço na saúde pública no país, ficando os ambulatórios que atuavam com ações pontuais de prevenção de doenças, para segundo plano, tornando-se insuficientes para atender às demandas da população.

O surgimento de novas técnicas terapêuticas fez com que a enfermagem incorporasse um discurso humanitário baseado nas relações interpessoais. Influenciados pelos estudos de Peplau, as enfermeiras introduziram a dimensão psicológica na assistência através do respeito mútuo, evoluindo do papel custodial para o terapêutico, ou seja, dos cuidados físicos para o da competência no relacionamento interpessoal ⁸². Essa nova ênfase de domínio na prática, levou as enfermeiras à busca de conhecimentos mais específicos em outras áreas. Desse modo, constatou-se que a grande evolução do campo teórico da enfermagem ocorre a partir dessa década, tendo seu auge nos anos 1970 e 1980 do século XX.

Dentre as principais teorias de enfermagem dessa época que influenciaram consideravelmente na formação das enfermeiras norte-americanas, destacam-se: a teoria das relações interpessoais de Peplau, a teoria de sistemas de Neuman e a teoria de Leninger. No

Brasil, as influências advinham da teoria das necessidades humanas básicas de Horta e da teoria das relações interpessoais. Embora se observem alguns avanços nos citados serviços, a predominância do paradigma organicista da doença mental, da hierarquização do conhecimento pautado na obediência às normas do modelo médico vigente fez com que o tipo de enfermeira que continuasse atuando nesses espaços fosse aquele com características voltadas para a supervisora da assistência ⁶⁷.

Em 1970, instalou-se no país uma verdadeira crise no setor saúde, e um clima de mudança no estado e na sociedade disseminou-se por meio de um processo democrático e social. Os profissionais da saúde mental passaram a denunciar a indústria da loucura, bem como emergiram várias críticas estruturais ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, elaborando, assim, as propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico. Assim, é possível inferir que esse período foi caracterizado pela transição da ditadura para a democracia e foi marcado pelo início de inúmeros movimentos sociais no país 15;74; 83.

Todavia, não se pode deixar de focar as mudanças radicais que esse século provocou no contexto histórico-social da história da psiquiatria, haja vista as influências sofridas pelas experiências americanas e europeias, o que desencadeou no país a criação de modalidades de atendimento substitutivo ao modelo asilar, implantando novas tecnologias de cuidado, oficinas terapêuticas e de trabalho e as residências terapêuticas, visando cuidar melhor das pessoas em situação de sofrimento psíquico ^{77; 82; 84}.

Diante dessa transformação na prática da enfermagem, começou a surgir aquele que valoriza o relacionamento terapêutico, pois suas práticas passavam a se direcionar para a humanização do atendimento, em que se valorizavam os vínculos construídos entre o profissional e o paciente e, entre este e sua família, rompendo-se com o modelo psiquiátrico tradicional, na medida em que era possível se estabelecer laços afetivos, entender as singularidades do ser cuidado, suas relações sociais, perspectivas e dessa forma, o resgate de sua autonomia e cidadania ⁸⁴.

No final da década de 1980 e início dos anos 1990 do século XX, os movimentos sociais e a Reforma Sanitária Brasileira possibilitaram uma redefinição do conceito de saúde e da prática profissional. Assim, em um ambiente de lutas, negociações e arranjos políticos se elaborou a Constituição Federal do Brasil de 1988, consolidando, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Tais avanços suscitaram a criação de novos serviços que, por sua vez, respondessem aos princípios emanados pelo SUS e, com isso, fez emergir no país o Programa de Saúde da Família (PSF) e os CAPS. Naquele momento, esses dois espaços de atuação

pareciam o local ideal para se evocar uma reelaboração de identidades profissionais. Assim, a enfermeira, a partir do processo de trabalho proposto pelo MS, se tornou a líder da equipe interdisciplinar na ESF e passou a realizar, no âmbito dos dois serviços, planejamentos das ações ou na assistência direcionada aos usuários inseridos na área de abrangência, o que torna sua prática diferente e distante daquelas presentes no modelo tradicional^{83; 85; 86}.

Concomitante a isso, ainda no mesmo período, no bojo das discussões sobre a reforma psiquiátrica, começa a emergir de modo mais nítido, o desejo das enfermeiras de participarem mais ativamente do processo de transformação da prática, sendo que a criação dos NAPS e CAPS, por terem base comunitária e serem pautados no modelo de atuação interdisciplinar, incorporam em si novos princípios que ainda eram pouco conhecidos e, paulatinamente, ocorre uma adequação a uma ação aberta, que valoriza as características dos sujeitos envolvidos, superando a perspectiva disciplinar das ações^{86; 87}.

A crise então gerada na profissão foi favorável para o conhecimento e análise do seu processo de trabalho, tornando-se um obstáculo e ao mesmo tempo um desafio. Nesse contexto, a enfermeira buscou adaptar-se ao cuidar terapêutico, usando a comunicação e o relacionamento interpessoal para evoluir em suas produções e ações científicas^{86; 87}. Atrelado a isso, vieram os cuidados emanados nas crises psiquiátricas e para os dependentes de álcool e outras drogas, o trabalho em rede e intersetorial, e a reformulação em si de seus preconceitos, já que agora seu olhar deveria voltar-se para a inclusão social daqueles sujeitos.

Na tentativa de deixar as atribuições da enfermeira contemporânea mais explícitas, consultou-se a Política Nacional de Atenção Básica, a qual revela que a enfermeira atuante na ABS tem como atribuição: realizar atenção à saúde a todos os indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, seja na UBSF, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBSF; efetivar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, requerer exames complementares, prescrever medicações e realizar encaminhamentos⁸⁸.

Quanto à atuação da enfermeira no CAPS, embora com uma função pouco definida e preestabelecida pelo MS, o que se tem observado na literatura, são práticas voltadas para reabilitação psicossocial, inclusão social e para promoção da saúde, sendo também sua responsabilidade coordenar, planejar e avaliar a atuação da equipe de enfermagem, além de

atuar como técnico de referência e construir junto à equipe interdisciplinar o Projeto Terapêutico Singular do usuário na efetivação da clínica ampliada. Agrega ainda, outras tecnologias de cuidado a suas práticas como a participação em oficinas, grupos terapêuticos, sala de espera para diminuir ansiedade dos pacientes, atendimento as famílias, entre outros ⁸⁹.

Além disso, Oliveira, Silva e Silva ⁷ mostraram que, as enfermeiras atuais estabelecem uma relação de vínculo, de troca e interação afetiva e dialógica com os usuários. Isto tem possibilitado que o usuário ressignifique-se enquanto sujeito, no convívio e interação com os outros, nos grupos terapêuticos, nas assembleias, nas oficinas, que, por sua vez, buscam privilegiar, como recorte, o sofrimento psicossocial, a fragilidade e a pessoa humana.

Destarte, para as atividades educativas na comunidade, haverá por parte da enfermeira participação em grupos terapêuticos, visita domiciliar de usuários, buscando conhecer a realidade vivida pelo usuário e familiar, reuniões com as equipes da ESF enfocando a intersetorialidade, visitas hospitalares e passeios com usuários dos CAPS visando consolidar a inclusão social, palestras na comunidade, reuniões com as famílias, administração e orientações sobre medicações, convivência e formação de vínculos terapêuticos com os usuários ^{3;7;19}.

Rocha ²⁰ elenca, contudo, que as práticas dos profissionais que atuam dos serviços de saúde mental contemporâneo priorizam a discussão do projeto terapêutico dos pacientes em reuniões, lugar onde as relações da equipe se constroem e se fortificam. Assim, ocorre uma responsabilização conjunta, com respeito, intimidade e cumplicidade, pela cogestão do cotidiano. Nas reuniões diárias, a equipe se conhece e aprende a fazer junto, além de trabalhar as questões que surgem da situação nova, não hierarquizada, própria desse trabalho interdisciplinar.

Azevedo et al. ⁴ corroboram ao indagar que quando os profissionais que atuam nos serviços comunitários de saúde mental optam por um trabalho interdisciplinar, além de se favorecer uma prática complexa e plena, permite-se a realização de possíveis interações e trocas permanentes de saberes no decorrer da construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários, sendo esse um fator importante para a criação de cooperações, reciprocidades e responsabilidades compartilhadas, sejam elas individuais ou coletivas.

Percebeu-se, ainda, que esses profissionais precisam valorizar, também, práticas voltadas para a integralidade e a intersetorialidade, tendo em vista as propostas do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Para isso, podem-se utilizar recursos existentes na cidade onde residem, como parques, museus e shoppings, para que, de forma descontraída, os usuários e a família quebrem as barreiras dos preconceitos impostos a si mesmos e passem a encarar com

naturalidade os momentos de lazer propostos pelos profissionais. Necessário ainda são as parcerias que se podem estabelecer entre os serviços de saúde e Centros Culturais, Centro da Jovem Cidadã, Centro de Referência em Assistência social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), e o próprio centro de convivências presente em algumas redes de atenção à saúde visando a inclusão social dos usuários em acompanhamento pelos profissionais ^{1; 3; 4; 5}.

Contudo, outros autores chamam atenção para uma atuação que se volta para uma atenção humanizada focando na qualidade do acolhimento e na inserção da família no cuidado. Diante de tais avanços, é notório que as responsabilidades da enfermeira na atenção à saúde mental comunitária aumentaram, ganhando amplitude e autonomia, tendo em vista a necessidade de se efetivar uma prática de cuidado que permita uma convivência afetiva com o usuário que, na contemporaneidade, precisa não só de uma prática direcionada para técnicas mecânicas, como também de técnicas de cuidados inovadores ^{19; 90}.

Diante dessas transformações que ocorreram, o cuidado da enfermeira com a pessoa em situação de sofrimento psíquico passa a receber, gradativamente, uma reformulação, deixando de ser excludente e segregadora, passando a focalizar na qualidade de vida e no direito ao exercício da cidadania; sobretudo, é preciso que a equipe de saúde trabalhe em conjunto, sensibilizando a família e a comunidade acadêmica para serem corresponsáveis pelo cuidado e planejamento de ações que possam transformar a realidade do indivíduo e tenham impacto na sociedade, fazendo com que a diferença seja aceita e o preconceito em relação à “loucura” seja dissipado ⁹¹.

Logo, entende-se que a mudança política e assistencial em relação à saúde mental comunitária, além de ampliar a autonomia da enfermeira na prática, fez com que ela deixasse de ser uma tarefeira, tornando-se responsável por atividades terapêuticas efetivas que contribuam com a reinserção social do usuário. Segundo Waidman e Elsen ⁹¹, para a efetivação do cuidado é necessário ter profissionais comprometidos com a ética, com uma prática coerente ao discurso e com uma formação acadêmica que dê suporte ao profissional a fim de que atue junto às pessoas em sofrimento psíquico.

No entanto, outros autores revelam que o fato de se estar diante de uma transição entre os dois modelos assistenciais e a flutuação própria da implantação de um paradigma, ainda é possível evidenciar que algumas enfermeiras não estão encontrando seu lugar nesses serviços, e isso os tem feito, por vezes, realizar atribuições de outras profissões, deixando para segundo plano o verdadeiro cuidado de enfermagem, as diretrizes do SUS, a efetivação da política de saúde e legislação e os pressupostos do modelo psicossocial. Necessita-se, portanto, de

reflexões da identidade desse profissional no território da saúde mental no sentido de orientar um cuidado que englobe a filosofia e a política dos serviços substitutivos, além de entender que o ato de cuidar da pessoa em sofrimento mental aumenta sua responsabilidade, para isso, ele precisa se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário, a fim de promover uma atenção inovadora e humanizada ^{19; 89; 92}.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, com enfermeiras dos serviços de saúde do município, revelou que sua identidade profissional é formada por meio de reflexos da autoimagem positiva ao se perceberem como cuidadores resolutivos e necessários, e a partir da percepção ambígua quanto a sua heteroimagem quando se reconhecem como uma referência nos serviços em que atuam, e por se sentirem, ao mesmo tempo, pouco reconhecidos por alguns profissionais, e usuários. Isso ocorre porque, embora o seu contexto laboral seja dinâmico e complexo, eles ainda se deparam com falta de condições de trabalho, que o expõe a insatisfação em determinados momentos e repercute de forma negativa em sua identidade. Tudo isso, os remete a inúmeros desafios, pois, é preciso delimitar ações em seu campo de atuação, desempenhar atividades de sua competência e reivindicar por revisão e reconstrução do seu processo de trabalho ⁹³.

Diante disso, percebe-se que a construção de sua identidade envolve inúmeros fatores que influenciarão de forma direta na sua eficácia ou não. É mister que ela ocorra a partir da formação profissional dessa enfermeira, cujo foco seria torná-los aptos a desenvolver competências, atitudes e habilidades baseadas em uma fundamentação teórica que valorize a ética e bioética, a fim de se construir uma consciência moral refletida e frente à pluralidade social e cultural dos homens em sociedade ⁹⁴.

Assim, a enfermagem é desafiada a pensar no seu modo de agir, identificando as influências políticas, econômicas, culturais e ideológicas enraizadas na sua prática, avaliando também o contexto cultural na qual se encontram as representações e comportamentos adquiridos socialmente e as influências de fenômenos da chamada globalização, a revolução da tecnologia da informação e a reestruturação do capitalismo que introduz nova forma de interação, e a ideia de sociedade em rede ⁶³. Indo mais além, essa construção “é um processo dinâmico que, no final do século, desloca seu eixo principal para a autoidentificação, a intersubjetividade da ação humana, em função da saúde e do bem-estar social, da liberdade de expressão e da preservação do equilíbrio ecológico” ^{63: 66}.

Toda essa discussão nos leva a compreender que uma nova identidade profissional tem sido estabelecida, a partir da implantação e dos avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária estabelecidos no país. Logo, percebe-se que o novo

paradigma de cuidado da enfermeira, pautado no cuidado em saúde mental, tem como eixo central a inclusão e a reabilitação e o cuidado voltado para a interdisciplinaridade e a integralidade. Assim, as enfermeiras desempenham atividades de assistência individual e coletiva, com intervenções diretas e indiretas, e ressignificam seu processo de trabalho com o intuito de responder à complexidade do adoecimento psíquico tão discutido nos tempos atuais⁸⁴.

Finaliza-se esse capítulo, inferindo que os três estudos realizados pelo GEPSMEC, os quais contemplaram, em suas amostras, enfermeiras terapeutas comunitárias que atuavam na ABS, evidenciaram inúmeros avanços e mudanças nas suas práticas, no comportamento, nas posturas e em suas vidas, pois, segundo as entrevistadas, após a formação em TCI, aprenderam a conhecer melhor o *ser cuidado* e a si mesmo, tornando-se mais humildes, passando ainda a identificar suas limitações e potencialidades, a valorizar o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, dando, então, um novo sentido à sua profissão, buscando, com isso, transformar suas relações sociais e no trabalho^{35;37;95}.

Segundo as autoras em epígrafe, o espaço de escuta e fala vivenciado nas rodas de TCI proporcionam a enfermeira romper com sentimentos de poder e com relações verticalizadas ainda presentes nos serviços de saúde, além de fortalecer vínculos de confiança, afetos e solidariedade entre o profissional e o participante do encontro, suscitando a consciência crítica, o empoderamento e a transformação da realidade vivida, como também, a formação as ajudou a reconhecer suas competências, superações e dificuldades.

Complementam referindo que essas constatações fizeram-nas acreditar que a TCI tem se consolidado como uma nova ferramenta de cuidado da rede SUS e da ABS, por incorporar e priorizar a promoção e a prevenção do sofrimento psíquico leve, sendo ainda, um instrumento que potencializa a construção de redes sociais.

2.4 A TCI como objeto da competência profissional da enfermeira na Atenção Básica à Saúde

A palavra competência reflete um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes intrínseco ao ser humano, justificados a partir de um desempenho de qualidade e êxitos. Relaciona-se ainda, àquelas pessoas dotadas de recursos, inteligência e personalidade. Quando associada a algum verbo, competência remete a um saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica⁹⁶.

A competência quando relacionada à organização, no geral, agrega valor econômico e quando voltada para o indivíduo remete ao valor social. Contudo, cabe evidenciar que, na medida em que as pessoas desenvolvem competências eficazes para avançar na organização, elas também investem em si mesmas, atingindo, uma plenitude enquanto cidadãs organizacionais, do país e do mundo ⁹⁶. Bomfim ^{97: 47} corrobora ao dizer que “o “saber fazer” dos profissionais por mais simples e previsíveis que sejam, exige também o “saber” e o “saber ser” capazes de pensar e atuar com qualidade e produtividade”.

Assim, o trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde do país exige, a cada dia, que desenvolvam novas competências profissionais, haja vista as mudanças tecnológicas e exigências advindas da população inseridas nos citados serviços, fato que tem proporcionado diversas transformações no seu processo de trabalho ⁹⁸. Essas exigências afloram ainda mais, diante dos progressos no modelo vigente de atenção à saúde do país, quando, após o processo de iniciação da reforma sanitária, novos serviços e atribuições foram demandados aos profissionais, mudando toda uma lógica de atuação que antes era unilateral e individual para uma atuação junto a uma equipe interdisciplinar e voltada para o sujeito social e coletivo.

Cabe, ainda, fortalecer essa discussão, citando as três tecnologias existentes na área de saúde que, segundo Merhy ⁹⁹, subdividem-se em tecnologias: as duras, as leves-duras e as leves. Para ele, as tecnologias duras são aquelas referentes aos materiais de consumo, aos permanentes, aos equipamentos e mobiliários. As leves-duras são representadas pelas disciplinas que regem a saúde, a epidemiologia, a clínica médica, dentre outras e, as leves que representam a produção da comunicação, das relações e vínculos que estão envolvidas no processo saúde doenças.

Todavia, é preciso focar que, para formar profissionais competentes, ele precisa se apoiar no cotidiano de abordagens pedagógicas que valorizem não só a racionalidade, como também a subjetividade presente nos serviços de saúde. Pois é na subjetividade que encontram situações reais vivenciadas pelas enfermeiras e que os discentes precisam sentir antes de inserir-se como profissionais no mercado de trabalho para, assim, adquirir uma maior segurança ¹⁰⁰.

Entre as competências que o mercado de trabalho exige das enfermeiras, está à necessidade de prepará-las para avaliar “os recursos tecnológicos, organizacionais e humanos exigidos para a criação e a gestão do conhecimento”, sendo fundamental que desenvolvam “habilidades, atitudes e valores – para planejar, organizar, dirigir e controlar a gestão do conhecimento nas organizações de seu capital humano” ^{101: 904}.

Precisam, ainda, ser subsidiados pelo *saber aprender* permanentemente, levando em consideração os avanços tecnológicos e as exigências atuais. O *saber fazer*, por meio de uma atuação com ferramentas tecnológicas que facilitem o trabalho e a otimização de tempo e recursos e o *saber ser*, incorporando diferentes modalidades de interatividade por meio do uso de tecnologias¹⁰². Além disso, é exigida liderança no gerenciamento do serviço e da equipe, atuação interdisciplinar, e um olhar voltado tanto para o indivíduo quanto para o coletivo¹⁰³.

Sobretudo, é preciso que esse profissional esteja capacitado e sensibilizado para realizar práticas que realmente transformem sua maneira de cuidar no cotidiano, e é nessa perspectiva que a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) contribui com esse “Saber Ser” e o “Saber Fazer” da enfermeira que atua na ABS.

A TCI é uma metodologia que propicia a construção de redes sociais solidárias de promoção da vida, apreciam as competências inerentes a cada indivíduo, família e comunidade e faz emergir a dimensão terapêutica do grupo, respeitando sua cultura e o saber produzido pela sua própria experiência de vida. A partilha ocorre de forma horizontal e circular e na roda todos ficam em níveis de igualdade, pois, a prática pauta-se na ética das relações, na igualdade, justiça e cidadania²³.

Reportando-se a história do desenvolvimento da TCI, enquanto prática social viu-se que é permeada por dificuldades e conquistas que, ao longo de sua trajetória, foi ganhando espaços, institucionalizando-se no âmbito das práticas de saúde de base comunitária. O método da TCI foi sistematizado pelo médico psiquiatra, antropólogo, doutor e professor do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Adalberto de Paula Barreto. A experiência teve início em 1987, em Pirambu, bairro pobre da periferia de Fortaleza/CE, um dos maiores aglomerados subnormal da cidade. A iniciativa foi implantada, visando responder a crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam apoio jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos do território⁴⁷.

As discussões sobre a necessidade da realização de uma prática social na favela ocorreram quando Airton Barreto, advogado e coordenador do Projeto de Apoio aos Direitos Humanos da comunidade, percebeu que a grande demanda da comunidade relacionava-se às questões sociais, problemas psicológicos, relacionamentos familiares e sofrimentos psíquicos. Baseado nessas observações, Airton convidou o seu irmão Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, para realizar o projeto idealizado²³.

Assim, a partir de um projeto de extensão da UFC, Prof. Adalberto reuniu seus discentes de medicina, os levou à comunidade, criando o movimento integrado de saúde

mental comunitária e, conseqüentemente, a TCI. A priori, o objetivo era desencadear uma ação transformadora e significativa naqueles espaços comunitários ⁴⁷. Os resultados alcançados com aqueles participantes, quanto às melhorias na autoestima, qualidade de vida e saúde, possibilitaram que a prática se disseminasse gradativamente por todo país e pelo mundo.

Ademais, o referido professor iniciou um trabalho que valorizava a inclusão, a diversidade, o acolhimento e que favorecia o empoderamento e a superação do sofrimento advindo da miséria afetiva que existia naquela comunidade, como também, favoreceu o acesso da academia a uma prática de cuidado inovadora para aqueles acadêmicos de medicina, cujo ensino da época os deixava alienados pela cura de doenças e para valorização da especialidade médica ²³.

No entanto, é importante elucidar que para o profissional desenvolver a TCI é necessário fazer uma formação de 360 horas, assim distribuídas: 80 h/a teórico presencial; 80 h/a vivências terapêuticas presenciais; 80 h/a intervenção presencial e 120 h/a de prática que corresponde a 48 rodas de TCI. Com isso, ele se torna apto a ser um terapeuta comunitário ⁴⁷.

A formação dos terapeutas, no início, era guiada por uma missão, uma mística, tendo atraído vários religiosos da época para fazer a capacitação. O crescente número de terapeutas formados gerou a necessidade de se fundar em 01 de maio de 2004 a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Além disso, mediante a expansão da TCI no país, foram sendo criados polos formadores de TCI que se configuram instituições gerenciadas por terapeutas formados com competência reconhecida pela ABRATECOM. Quem fazia a formação, geralmente, eram pessoas de diferentes níveis educacionais, não tendo necessariamente uma formação universitária, sendo muitos originários dos movimentos populares, lideranças comunitárias, profissionais de nível médio ou elementar que já atuavam em comunidades ou buscavam esse espaço como lugar de realização de uma prática voluntária.

Para sua realização é preciso respeitar as regras e etapas que, para Adalberto de Paula Barreto, são fundamentais para o seu bom desempenho e eficácia. Suas regras estabelecem que o participante tem que fazer silêncio quando o outro estiver falando, falar da própria experiência e de si, usando preferencialmente o verbo na primeira pessoa do singular, não pode dar conselho, fazer discurso ou sermão durante todo o desenvolvimento da roda; as pessoas podem cantar, contar piada, recitar um verso, poema ou um provérbio. O terapeuta deverá ainda respeitar as seis etapas para seu desenvolvimento: Acolhimento, escolha do

tema, contextualização, problematização, rituais de agregação, conotação positiva e avaliação final do encontro ²³.

Dando prosseguimento à sua história e evolução, em 2004, com o convênio assinado entre o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará (MISMEC/CE), considerado o primeiro polo formador em TCI – Coordenado pelo seu criador, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), visualizou-se a necessidade de um realinhamento na formação dos terapeutas em termos de conteúdos teóricos, pois a TCI necessitava atender as demandas da SENAD, cujo objetivo voltava-se para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e familiares, haja vista, a demanda de usuários de álcool e outras drogas que se encontrava cada vez mais crescente nos espaços comunitários do país ¹⁰⁴.

Em 2006, a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC/SUS) introduziu novas práticas alternativas como: Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo, Crenoterapia e a Medicina Antropológica na rede pública de saúde. Em 2008, a TCI foi inserida como um projeto específico na referida política buscando atender a necessidade de investimentos em tecnologias leves na rede de cuidado à saúde do SUS, criando-se um novo convênio, desta vez, entre o MISMEC/CE e o Ministério da Saúde (MS) a qual permaneceu até 2010 ¹⁰⁵.

De acordo com o MS a implantação da TCI na ABS pretendeu desenvolver nos profissionais da área da saúde as competências necessárias para promover as redes de apoio sociais necessárias em cada espaço comunitário. Era preciso capacitar os profissionais e prepará-los para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, de forma a ampliar a resolutividade desse nível de atenção ¹⁰⁶. Mais uma vez, sentiu-se a necessidade de reformular o curso, adequando-o aos novos terapeutas que iriam atuar na rede de ABS. Tais mudanças justificam-se porque os primeiros terapeutas formados recebiam uma formação mais dura e tradicional. Contudo, cabe reforçar que aquelas pessoas realizaram a formação porque se identificavam e acreditavam na proposta.

Desse modo, achou-se oportuno, naquela ocasião, realizar uma revisão nos conteúdos, conceitos e até o perfil do terapeuta que estava sendo formado, sem perder de vista o aspecto originário da proposta. Para tornar-se terapeuta é importante ancorar-se em cinco pilares teóricos, a saber: pensamento sistêmico, antropologia cultural, pragmática da comunicação de Watzlawick, pedagogia de Paulo Freire e resiliência. Esses fundamentos evidenciam que a base de sustentação da TCI está apoiada na visão complexa dos fatos, no respeito à

diversidade cultural, no resgate e valorização dos saberes adquirido e na capacidade de superação das pessoas⁴⁷.

A abordagem sistêmica estaria relacionada à maneira do terapeuta abordar a comunidade, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto. Permite a visualização de uma situação problema de modo diferenciado. Tal situação evidencia-se de forma sistêmica por meio da visão e compreensão do contexto. Ou seja, em todos os ângulos e pontos de vista⁴⁷.

A pragmática da comunicação na TCI é trabalhada segundo algumas regras estabelecidas por Watzlawick, ao inferir que todo comportamento é comunicação e toda comunicação tem dois componentes: a mensagem e a relação entre os interlocutores. Toda comunicação depende da pontuação e tem duas maneiras de expressão: a comunicação verbal e não verbal. A comunicação pode ser simétrica, baseada na semelhança e complementar, baseada no que é diferente. Para ele, a consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro⁴⁷.

A antropologia cultural visa estudar o homem e seus trabalhos e a TCI reflete sobre sua importância como um referencial, no qual cada participante busca suas raízes, histórias e culturas, para se pensar e atribuir valores às escolhas do dia a dia, resgatando, assim, as estratégias de enfrentamento a partir desse despertar, criando-se, então, um sentimento de pertença⁴⁷.

Outro pilar essencial para o desenvolvimento da TCI é a pedagogia de Paulo Freire, cujo intuito é a criação e a recriação coletiva. Desse modo, é através da ação e reflexão que o terapeuta busca fazer e refazer, mostrando os caminhos e as formas de intervir na realidade. Com isso, seus participantes tornam-se sujeitos de sua história e não, meros objetos⁴⁷.

O autor indaga, ainda, que a própria história do participante e a sua história familiar, constituirão uma importante fonte de informação para o terapeuta, sendo fundamental para o desenvolvimento de sua resiliência, que se estabelece em um processo no qual o indivíduo, mesmo passando por obstáculos e dificuldades, pode vencer e superar o sofrimento e isso ocorre devido à capacidade que a TCI tem de melhorar a autoestima, a autonomia e o fortalecimento de laços sociais.

Essa repercussão da TCI na vida de seus participantes disseminou a prática, mostrando-se efetiva e necessária na rede de cuidado em saúde. Assim, em 2009, através da contribuição de 36 polos formadores instituídos, 15.600 terapeutas comunitários foram capacitados. A TCI estava implantada em 19 dos 27 estados brasileiros da Federação devido ao apoio técnico e a orientação da UFC e da ABRATECOM¹⁰⁷. Nesse mesmo ano, na

Paraíba já haviam sido formadas cinco turmas com um quantitativo de 277 terapeutas e deste, 93 eram enfermeiras ²⁶.

Tal expansão teve como finalidade prosseguir com a prática, oferecendo aos profissionais uma tecnologia que permitisse a comunidade expressar seus sentimentos e situações causadoras do adoecimento mental, reduzindo, consideravelmente, a incidência e prevalência de transtornos psíquicos leves e moderados, além de possíveis perturbações psicossomáticas presentes nos usuários dos territórios da ABS. Assim, o terapeuta comunitário, ao atuar nas comunidades inseridas em contexto de exclusão, minimiza as vulnerabilidades do adoecimento e promove processos de crescimento pessoal e coletivo criando ou fortalecendo vínculos entre as pessoas em contextos de desagregação, fazendo emergir redes de solidariedade.

Nessa direção, a TCI, gradativamente, foi se consolidando como uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de doenças e os profissionais passaram a utilizar seus recursos como ferramentas nas ações preventivas. Trata-se, portanto, de uma tecnologia de cuidado de superação do sofrimento, que possibilita o fortalecimento de vínculos e a formação de redes sociais. O desenvolvimento das rodas acontece nas comunidades, em diferentes grupos e em variados contextos populacionais. Fundamenta-se na troca de experiência e vivências da própria comunidade em busca de promover a autonomia dos participantes através da partilha de vida e de experiências de formas horizontais ^{33; 47}.

Nos últimos anos, notou-se que existe uma variedade de profissionais que realizam a TCI em diferentes contextos culturais e sociais, ocasionando, com isso, uma maior diversificação na formação profissional. Tal processo pode decorrer da formação dos profissionais da rede do SUS, criando, com isso, perfis diferenciados de terapeutas tendo em vista a diversidade e o caráter multiprofissional da rede. Entre aqueles presentes no estudo de Araruna et al ²⁶, estavam enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, ACS, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, educadores, dentre outros. Esse avanço permitiu que em 2011, segundo Barreto et al ²³, já existisse um quantitativo de 25.000 terapeutas comunitários formados e em formação e 47 polos formadores no território nacional.

Refletindo, ainda, sobre os progressos ocorridos com a implantação das rodas de TCI nos serviços de base comunitária, percebeu-se que as pessoas em situação de sofrimentos psíquicos passaram a ser beneficiadas com seu desenvolvimento, conforme estudo de Ferreira Filha e Carvalho ¹⁰⁸; Cordeiro et al ³⁰, quando revelaram que a TCI tornou-se um instrumento eficaz no processo de reabilitação, inclusão social e como promotor da resiliência dos usuários dos serviços de saúde mental, sendo também eficaz quando ampliado para os

familiares que frequentavam os grupos, e por suscitar nos profissionais maior motivação para participar de forma efetiva do projeto terapêutico dos usuários, resgatando, com isso, suas dificuldades e inquietações no lidar cotidiano. Assim, os usuários tornaram-se mais autônomos, criando estratégias de enfrentamentos para lidar com o seu sofrimento, e mais fortes, para enfrentar as adversidades da vida cotidiana.

Ampliando essa discussão, a pesquisa de Oliveira; Ferreira Filha ¹⁰⁹ identificou que existe uma distinção entre a TCI e outras práticas terapêuticas individuais, uma vez que ela ajuda o indivíduo a superar o sofrimento psíquico, a suportar as adversidades do dia a dia e favorece a reinserção dos participantes na vida social. Os estudos de Moraes; Dias; Ferreira Filha ¹¹⁰ e, Holanda; Dias; Ferreira Filha ^{111;112} revelaram que as rodas de TCI proporcionaram mudanças no cotidiano da equipe da ESF, por fortalecerem a construção de vínculos harmoniosos entre os profissionais e os usuários refletindo na qualidade e efetividade do trabalho, tornando-o mais acolhedor e humano.

Diante dessas prerrogativas, percebeu-se que a TCI tem se revelado como um importante instrumento de atenção à saúde, ao demonstrar que as pessoas ao participar dos encontros, melhoram seu empoderamento, autonomia e autoestima. Mostrando-se um dispositivo de grande efetividade na rede SUS, sobretudo, na ABS, merecendo destaque o levantamento realizado em 2010 sobre o impacto da TCI que, de acordo com dados do MS, 89% dos frequentadores das rodas tiveram suas demandas satisfeitas, não sendo necessário o encaminhamento para os demais níveis de atendimento e serviços de saúde, reforçando a lógica dessa ferramenta, enquanto estratégia de cuidado ¹⁰⁶.

A semelhança da proposta da TCI com aquela prevista na APS/ABS está na prerrogativa que ambas buscam a autonomia do sujeito (seja de maneira isolada ou na comunidade), promovem a libertação do saber técnico e valorizam o saber popular, rompem com as restrições impostas pelas especializações, práticas tradicionais e o foco de cuidado é a comunidade e a família. Valorizam o contexto social e cultural das pessoas e ainda apreciam a criação de vínculos, acolhimento, problematização, integração biopsicossocial, construção de redes, prevenção e promoção da saúde ¹¹³.

Sua aproximação com os princípios do SUS está ao abordar a equidade em suas rotinas, quando identifica as reais necessidades das pessoas e da comunidade, sejam elas objetivas ou subjetivas, valorizando as diferenças. Promove a solidariedade no trabalho conjunto, focando no bem comum e no respeito à participação e responsabilidade com os diversos níveis sociais, respeita a pessoa independente de seu nível socioeconômico, cultural,

raça/etnia ou gênero, além de dar ênfase ao controle social, à intersetorialidade e à integralidade do cuidado ¹¹³.

Para Barreto ²⁵, existem três características fundamentais da TCI, dentre elas, encontra-se: 1) a necessidade de discussão e a realização de um trabalho de promoção da saúde mental, no qual se valorizam elementos culturais e sociais da comunidade. 2) Deve-se dar ênfase para o trabalho grupal, seja de mulher, jovens, terceira idade, dentre outros, por se buscar a solução para problemas cotidianos. E, 3) mostrar-se um excelente instrumento de agregação social e a criação gradual da consciência social, buscando-se um olhar do participante para suas origens, para as implicações sociais em si, para que assim, se descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

No entanto, para o seu desenvolvimento, o profissional precisará possuir o perfil do terapeuta comunitário, que segundo Barreto ^{25;47}, deve ser uma pessoa aberta para a comunidade, deve saber acolher as diferenças, como valores que devem ser levados em consideração, estar a serviço do crescimento humano e comunitário e, além disso, ser uma pessoa verdadeira e comprometida. É aquele que enxerga em cada falha um apelo, um sinal de carência e de ajuda e tem a sensibilidade bastante aguçada, para poder compreender o outro. Respeita a diversidade, respeitando cada cultura sem hierarquia, e a forma das pessoas conhecerem, fazerem e celebrarem.

Deverá ainda, injetar pensamentos positivos em si e ao grupo, tentando revigorar sua capacidade de reação e mobilização das energias vitais, rumo a uma transformação integral, física, mental, emocional e social. Para isso, é preciso estar aberto, acreditar no poder da comunidade sobre si, seguindo uma ética de respeito e escuta atenta, pautando-se também, nos valores da vida, igualdade, justiça e cidadania. Assim, juntos, eles buscam a solução para seus problemas, fortalecem os vínculos pessoais e a capacidade do grupo em se tratar ²⁵.

Lazarte ¹¹⁴ e Barreto ²⁵ corroboram referindo que o terapeuta comunitário é aquele que, ao lembrar suas raízes e suas origens, reconstitui a sua história, suas memórias, seus afetos. É aquele que tem consciência de que é dando que se recebe e que o convívio com a comunidade proporcionará o rompimento de barreiras que as socializações posteriores à primária estabeleceram no seu ser, retomando o contato com a fonte viva da vida. A gratuidade e a generosidade das pessoas que se encontram no meio popular, através de sua fé, solidariedade, e esperança ativa, irão renovar no terapeuta a sua própria resiliência. Além do mais, ao tomar consciência de si e de seu lugar naquela comunidade, ele começa a entender seus limites e

passa a valorizar a interdisciplinaridade, como uma ação primordial em momentos necessários.

Para facilitar a aplicação da terapia, o terapeuta deve possuir características que são essenciais, tais como: “cordialidade, acurada empatia e autenticidade, repertório de habilidades que afetam as atitudes e o comportamento do terapeuta durante o tratamento”. O ideal é que todo terapeuta se apoie em um modelo teórico que lhe sirva para determinar o limite de sua prática, como também, a competência para desempenhar sua missão, estará fortemente dependente de sua capacidade para estabelecer uma boa aliança terapêutica que favoreça a criação de um contexto adequado para a concretização de intervenções efetivas e em um movimento de idas e vindas de conhecimentos ¹¹⁵. Além disso, ele precisará ser um facilitador e um acolhedor do trabalho terapêutico do grupo, que busque suscitar questionamentos, provocar discussões, e trazer elementos clarificadores, para que o próprio grupo se desenvolva. Ele será aquele que leva a pessoa ao empoderamento ²⁵.

Cabe enfocar, que essa capacidade de empoderar os participantes das rodas de TCI, configura-se uma prática revolucionária do terapeuta, isso porque, o empoderamento trata-se de um processo que capacita às pessoas para que assumam um maior controle sobre fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais que, direta ou indiretamente, influenciam na sua saúde. Para tanto, necessário se faz, que os sujeitos, possuam estratégias que busquem a promoção da independência e autoconfiança através do fortalecimento da autoestima, capacidade de adaptação ao contexto no qual a pessoa se insere e pelo desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade, que se refletem na manifestação de comportamentos saudáveis, produtivos, no aumento da percepção de bem-estar e auto realização ^{116; 117; 118}.

Como a TCI ancora-se na pedagogia de Paulo Freire, esta requer que o terapeuta, seja um educador que respeita os saberes dos educandos, a criticidade, a estética e a ética. É aquele que aceita o novo, rejeita a discriminação, respeita a autonomia do educando e entende que a educação é uma forma de intervenção no mundo. É nessa perspectiva que, tal perfil, aproxima a função do educador da função do terapeuta comunitário e convida ambos a um contínuo fazer e refazer, agir e refletir. Ou seja, é preciso que o terapeuta entenda que as rodas de TCI representam um espaço de aprendizagem coletiva, e que é durante a escuta ativa que ele também aprenderá com o outro, que ao falar de si, ele ensina. Assim, os coterapeutas – os terapeutas e os participantes serão terapeutizados e, ao mesmo tempo, poderão ser, profissionais e/ou discentes e docentes ⁴⁷.

Nessa direção, conclui-se esse capítulo compreendendo que a TCI emergiu como mais um instrumento de cuidado que delega competência a profissional enfermeira que atua na ABS, por facilitar sua atuação junto aos grupos populacionais residentes no território de abrangência, possibilitando, ainda, uma maior dinâmica no seu processo de trabalho, haja vista sua capacidade terapêutica que, por vezes, a tem levado a mudar seu modo de cuidar e ver o mundo, deixando de lado todas as adversidades que surgem no cotidiano. Isso porque as enfermeiras, ao desenvolverem a TCI, além de valorizarem e investirem no seu autocuidado, nas suas ações, voltam-se para a promoção da saúde, para o cuidado coletivo e, consequentemente, para a melhoria da autoestima, o autoconhecimento e autonomia do usuário, atitudes essas que têm favorecido o empoderamento pessoal desses sujeitos inseridos nos mais diversos espaços comunitários.

Espera-se, contudo, que essas enfermeiras desenvolvam práticas mais voltadas para a integralidade do cuidado dos usuários, que saibam atuar de forma interdisciplinar, que rompam com paradigmas institucionais, históricos, ideológicos e pessoais, na medida em que se libertem de estereótipos e preconceitos emanados pelo período psiquiátrico e tradicionalista e, com isso, busquem inserir e devolver o direito de cidadania aos usuários da área de saúde mental.

3.0 Metodologia

3.1 O paradigma teórico metodológico

Delineando o caminho percorrido por essa investigação empírica, embasada no paradigma da sociologia compreensiva weberiana, planejou-se inicialmente os passos, que foram idealizadas como sendo, *a priori*, o mapa através do qual o cientista utiliza para chegar ao seu objetivo. Como reforça Minayo ^{119:17} “ciência se faz com teoria e método” e para a autora [...] “a teoria é uma construção científica, por meio da qual o pesquisador se aproxima de um objeto, mesmo que depois a refute e construa outra que considere mais adequada para compreender ou explicar o assunto que investiga”.

Assim, cabe explicitar a partir de que teoria pretendeu-se compreender o fenômeno identificado nessa pesquisa: a identidade de enfermeiras terapeutas comunitárias, tomando como base a sociologia compreensiva de base weberiana.

A sociologia compreensiva de Max Weber ³⁸, que parte das ciências da cultura do homem, buscando-se entender qual o significado dessa cultura para os acontecimentos de sua vida, ajudou a questionar a realidade a partir de um ponto de vista específico, fundamentado sobre valores, tradições, interesses, emotividade, dentre outros.

O método compreensivo defendido por Weber permitiu nesse estudo, entender o sentido que as ações de um indivíduo contêm e não apenas o aspecto exterior das mesmas. Para ele, ao invés de buscar as causas e os efeitos dos fenômenos sociais, a tarefa do sociólogo deve ser diferente: consiste em captar o sentido das condutas humanas. Acrescenta ainda, que o sociólogo deve interpretar a conduta humana compreensível na intenção de alcançar evidências que, por sua vez, podem apresentar-se de modo racionais ou intuitivamente compreensíveis, ou seja, de caráter emocional, receptivo-artístico ^{38; 120}. Foi nessa perspectiva, enquanto enfermeira que busquei a aproximação com a sociologia compreensiva. Enfim, tratava-se de conhecer um fenômeno social.

Portanto, para a compreensão do sentido da conduta humana, Weber construiu um instrumento de análise que chamou de “**tipo ideal ou tipo puro**” que consiste em um método teórico abstrato, cujas funções classificam e comparam os fatos sociais produzidos em uma dada sociedade e, posteriormente, apresentam essa dimensão de uma maneira pura, sem suas sutilezas concretas. O tipo ideal revela como se desenvolveria uma forma particular de ação social se o fizesse racionalmente orientado de modo a atingir um único fim ³⁸.

Assim, o tipo ideal não descreveria um curso concreto de ação, mas um desenvolvimento normativamente ideal, isto é, um curso de ação “objetivamente possível”, ou seja, ele não reflete o real, mas facilita a análise dos seus componentes. Desse modo, Weber

acreditava que utilizando tipos ideais de ação, forneceria validade racional e objetiva à compreensão das condutas³⁸.

Complementa dizendo que o conceito de tipo ideal corresponde a um processo de avaliação que abstrai de fenômenos concretos o que existe de particular, constituindo assim, um conceito individualizante ou, melhor dizendo, histórico concreto. Trata-se de uma ferramenta metodológica fundamental, pois é a partir desse sistema que possibilitará comparações com os fatos concretos e validar cientificamente uma teoria^{38:49;56}.

Cabe enfatizar, portanto, que, dentro da sociedade, diversos tipos de ação foram estabelecidos ao longo dos anos, mas Weber acredita que existem algumas mais efetivas do que outras. Dentre elas, destacam-se: 1) a ação tradicional, 2) afetiva, 3) racional com relação a fins e 4) racional com relação a valores.

Para o autor³⁸, uma vez constituídas, essas ações direcionam a conduta do sujeito em suas práticas. O tipo orientado por uma **ação tradicional** é motivado pelos costumes, tradições, hábitos, crenças, ou seja, age movido pela obediência a hábitos fortemente enraizados em sua história de vida. Tal ação é desencadeada por estímulos que são desenvolvidos através de uma imitação reativa, tendo em vista que não dá para medir até que ponto a ação desempenhada pelo sujeito remete a uma consciência de seu sentido. Aquele orientado pela **ação afetiva** caracteriza-se por um comportamento reativo quando o sujeito é submetido a determinadas circunstâncias. A reação é imediata, sem levar em consideração os meios usados para a finalidade que se quer atingir. Ou seja, são ações provocadas pelo orgulho, medo, entusiasmo, admiração, dentre outros.

Na conduta movida por uma **ação racional com relação a fins**, seus objetivos são aqueles que permeiam a racionalidade, ou seja, é medido pelos conhecimentos técnicos do indivíduo visando alcançar uma meta, um objetivo previamente definido. Por outro lado, a conduta movida pela **ação racional com relação a valores** caracteriza-se quando o sujeito orienta-se por princípios; ele age de acordo com suas convicções, buscando, assim, ser honesto, ser casto, buscando cumprir um dever, um imperativo ou exigências ditadas por seu bom senso^{38:56}.

Para fins desta pesquisa, foi necessário construir uma tipologia de terapeutas comunitários, tomando-se como base a tipologia weberiana descrita anteriormente. Assim, o tipo tradicional seria aquele terapeuta cuja conduta ainda é movida pela obediência a hábitos e costumes fortemente enraizados em sua história de vida. Mesmo tendo descoberto suas feridas existenciais, ele ainda está fortemente vinculado ao seu passado, sem transformá-lo. A sua criança interior é obediente às normas, regras e valores da tradição. Denominamos este tipo de

terapeuta domesticado. Aquele orientado pela ação afetiva, que atua movido somente pela emoção, pode ser uma pessoa que apenas reage e não conhece as implicações do seu passado no comportamento atual. Sua criança interior ainda sofre com os traumas vividos no passado. Denominamos este de **terapeuta reativo/emotivo.**

Contudo, aquele cuja ação é racional com relação a fins, pode ser encontrado naquele terapeuta que domina a técnica da TCI, mas não se envolve emocionalmente com o grupo. Ele conduz a TCI seguindo racionalmente o protocolo. Ainda não permitiu que sua criança interior torne-se o seu grande mestre. Esse foi denominado de **terapeuta técnico.** E finalmente aquele cuja conduta é orientada por uma **ação racional com relação a valores** é o terapeuta que domina a arte de fazer a terapia e ser terapeuta. É aquele que aprende a ser terapeuta fazendo terapia para sentir a ressonância das histórias dos outros em sua própria vida. Ele se constrói cotidianamente buscando a sua integralidade, como sujeito que transforma e que é transformado. Seria quem sabe ser terapeuta. É o **terapeuta ressignificado e inacabado**, em constante processo de construção e reconstrução de si mesmo.

Tomando-se como base essa construção tipológica, a pesquisadora procurou captar através do sentido que cada enfermeira dá a sua prática, enquanto terapeuta comunitária, as características tipológicas acima descritas. Como já foi dito anteriormente, essa construção tipológica é apenas uma abstração construída para fins metodológicos.

Como assegurou Weber, nenhum dos tipos por ele traçados, poderia ser encontrado em sua pureza ideal, mas apenas aproximações. Todavia, poder-se-ia encontrar mesclas de características de tipos diferentes em uma única pessoa. Assim, não existe a pretensão de enquadrar nenhum tipo de conduta em uma única tipologia, mas encontrar aproximações e/ou distanciamentos do tipo ideal construído por Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto.

3.2 O cenário do estudo

O estudo foi realizado em quatro municípios paraibanos: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Luzia. Tais municípios foram escolhidos, a priori, por terem nas suas equipes da ABS enfermeiras terapeutas comunitárias em atuação e, também, devido a uma melhor acessibilidade da pesquisadora a essas profissionais. Os três primeiros são grandes polos populacionais do Estado e, historicamente, possuem uma rede de serviços que atende uma ampla clientela com sofrimento emocional. O município de Santa Luzia é considerado de médio porte e difere dos demais quanto às características populacionais. Contudo, sua localização geográfica permitiu à pesquisadora maior acessibilidade aos sujeitos da pesquisa.

FIGURA 01: Mapa da Paraíba e a localização do cenário de estudo (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Luzia).



Fonte: <http://www.emepa.org.br>

A cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, encontra-se com uma população estimada para 2013 de 769.607 habitantes, distribuídos em uma área geográfica de 211,475 km². Possui 208 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, distribuídos entre: hospitais públicos, estabelecimentos privados, Serviços de Urgências e Emergências; Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Policlínicas, dentre outros. Destacando-se: Cento e oitenta equipes da ESF; Cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS); Vinte Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sua rede de Saúde mental compõe quatro CAPS, sendo: dois CAPS II; um CAPS I e um CAPS ad, além de três equipes de consultório de rua. Quanto à atenção de alta complexidade, destacam-se: três hospitais gerais, três hospitais psiquiátricos, sendo um público e dois privados; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e três pontos de atendimento aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgências (SAMU) ^{121;122}.

Campina Grande é considerada o segundo maior município do Estado, com uma área geográfica de 648,31 km² e população estimada para 2013 de 400.002 habitantes. O município fica a 121 km da capital, portanto, se localiza no interior do estado da Paraíba, no agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema, na Serra do Boturité/Bacamarte, que se estende do Piauí até a Bahia, estando a uma altitude média de 555 metros acima do nível do mar ¹²¹.

A Rede Municipal de Saúde conta com 182 estabelecimentos/serviços de saúde (públicos, privados e filantrópicos, de média e alta complexidade), prestando atendimentos regularmente ao SUS. A rede básica de saúde dispõe de 96 ESF, a qual abrange cerca de 84%

da área territorial do município, contando também com sete Centros de Saúde e sete NASF¹²².

A rede extra hospitalar de serviços de saúde mental, conta com oito CAPS (um CAPS ad, um CAPS ad III, um CAPS II, um CAPS III, dois CAPS I e dois CAPS i), um Centro de Convivência e seis Residências Terapêuticas¹²².

A cidade de Patos é considerada a terceira maior do estado. Possui uma população de 100.674 habitantes e encontra-se inserida em uma área geográfica de 512,8 km². Sua rede de atenção à saúde é formada por quarenta equipes da ESF na ABS, quatro Policlínicas. A atenção terciária conta com três hospitais e seis equipes do SAMU. Na saúde mental, a rede composta por três CAPS, assim, distribuída: um CAPS I, um CAPS infantil e um CAPS ad^{121;122}.

Já o município de Santa Luzia, possui 15.145 habitantes estimados para 2013 e uma área geográfica de 455,702 Km². Encontra-se com onze estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sendo um hospital público com cinquenta e um leitos e dez que prestam atendimentos ambulatoriais. Conta ainda com o apoio de um NASF e com uma equipe avançada e outra básica do SAMU. A rede de atenção básica do município encontra-se com seis equipes da ESF implantadas, dois postos de saúde e uma policlínica. Para atendimento em saúde mental além das equipes da ESF, estes dispõe de um CAPS I^{121;122}.

3.3 Sujeitos do estudo

Na Paraíba foram capacitados entre 2008 a 2010, 277 (100%) profissionais para atuarem como terapeutas comunitários em 13 municípios paraibanos. Dentre estes, 93 (33,6%) são enfermeiras e atuam na ESF dos seus municípios, sendo: 50 (53,7%) em João Pessoa, 10 (10,8%) em Pedra de Fogo, 16 (17,2%) em Santa Luzia, Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Pombal, Sousa e Uiraúna, 16 (17,2%) em Patos, Catingueira, Itaporanga, Mãe D'água, Patos, Piancó e Princesa Isabel e 1 (1,1%) de Campina Grande^{26;123}. Elas atuam na ABS, bem como em outros espaços comunitários, realizando rodas de terapia com grupos específicos (crianças, adolescentes, mulheres, idosos) e/ou grupos mistos.

Após a definição dos municípios no qual a pesquisa seria realizada, delineou-se uma amostra intencional e como critérios de inclusão foram definidos: 1) Enfermeira (o) e terapeuta comunitária (o); 2) Estar realizando rodas de TCI no seu território de atuação da ABS (João Pessoa, Campina Grande, Santa Luzia e Patos), 3) Frequência de rodas = no

mínimo mensal, 4) Duração = no mínimo um ano antes do período da pesquisa de campo. Como critério de exclusão definiu-se: 1) Enfermeira (o) e terapeuta comunitária (o) que não realizou rodas de TCI no último ano, antes da pesquisa de campo.

Foram contactadas, por e-mail e telefone, 48 enfermeiras para se obterem informações sobre sua atuação, como terapeuta, no seu território de trabalho e verificou-se que somente 20, encontravam-se realizando as rodas de TCI e enquadravam-se nos critérios de inclusão. Seis não puderam participar do momento da pesquisa de campo, ficando a amostra composta por 14 enfermeiras.

Visando respeitar o anonimato e o sigilo das participantes e facilitar a identificação dos sujeitos, foi solicitado que elas revelassem uma palavra que a representasse depois da formação em TCI. Assim, as entrevistadas receberam o nome de Enfermeira, seguido dos seguintes nomes: Sensibilizada, Mudada, Alegre, Transformada, Humanizada, Flexível, Reconhecida, Inacabada, Empática, Redirecionada, Equilibrada; Compromissada, Feliz e Fortalecida. Vislumbrando aprofundar a análise de discurso, acrescentou-se ainda, o tempo de atuação na atenção básica à saúde. O quadro adiante revela o perfil das entrevistadas:

Quadro 1: Perfil das Enfermeiras Terapeutas Comunitárias

NOME DA ENFERMEIRA	TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ABS	TEMPO DE FORMAÇÃO EM TCI
Redirecionada	27 anos	20 anos	5 anos
Reconhecida	18 anos	18 anos	4 anos
Alegre	10 anos	08 anos	7 anos
Humanizada	19 anos	16 anos	4 anos
Sensibilizada	18 anos	18 anos	6 anos
Fortalecida	14 anos	10 anos	4 anos
Inacabada	24 anos	10 anos	6 anos
Mudada	34 anos	13 anos	7 anos
Empática	26 anos	20 anos	7 anos
Compromissada	3 anos	3 anos	2 anos
Flexível	4 anos	4 anos	2 anos
Feliz	5 anos	2 anos	2 anos
Transformada	20 anos	11 anos	7 anos
Equilibrada	5 anos	2 anos	2 anos

Fonte: Enfermeiras terapeutas comunitários da atenção básica à saúde dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Luzia, 2014.

3.4 Plano para inserção no cenário da investigação

Antes de iniciar a pesquisa de campo propriamente dita, a pesquisadora, realizou os seguintes passos: 1) Busca de informações nos bancos de dados do polo formador MISC/PB sobre o quantitativo de profissionais que receberam formação em TCI. 2) Seleção dos enfermeiras por município e locais de atuação, identificando o número telefônico ou endereço eletrônico, residencial e/ou profissional, para que, posteriormente, fosse estabelecido o primeiro contato com os mesmos. 3) Agendamento de encontro com esses profissionais nas suas respectivas cidades.

Nessa etapa foi importante a ajuda do polo formador que agendou um encontro com os terapeutas do sertão a fim de avaliar o processo de implantação da TCI na região. Tal encontro ocorreu no mês de agosto de 2013 na cidade de Santa Luzia, onde se teve a oportunidade de conhecer algumas enfermeiras que estavam realizando as rodas de TCI.

Naquele momento, explicitou-se sobre a pesquisa e as mesmas foram indagadas sobre a possibilidade de que elas contribuíssem com este estudo. Todas se manifestaram favoráveis à participação na mesma. A partir de então, foram agendados os grupos focais, em dias e horários estabelecidos pelas participantes. O vínculo construído junto às profissionais permitiu permanecer dialogando com as mesmas até o período de finalização da produção do material empírico.

O grupo focal foi escolhido como técnica de produção do material empírico, devido à homogeneidade de características presentes no grupo e a necessidade de se estabelecer um diálogo intergrupar. Sugere-se que, na organização e seleção do grupo focal, os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa devem ser claros, pois tal técnica possibilita a coleta de informações intencionais, ou seja, é necessário que exista pelo menos um ponto de semelhança entre os participantes, fato que, de certo modo, favorece a troca de experiências, identificação de necessidades, valores e crenças, as quais interagem na temática investigada

124;125

O grupo investigado possuía as seguintes características comuns: enfermeiras, terapeutas comunitárias e realizavam rodas de terapia comunitária na rede de ABS.

Cabe evidenciar, portanto, que antes do grupo focal, as enfermeiras foram esclarecidas sobre o objeto e o objetivo da pesquisa. Nesse momento, também foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a assinatura do mesmo, autorizando a futura divulgação e publicação do material empírico.

Assim, foram feitos dois grupos focais: um em Santa Luzia e outro em João Pessoa. Antes do início dos grupos focais foram entregues convites com datas e horários fixos com local e horários definidos. No grupo realizado em João Pessoa compareceram seis profissionais, sendo cinco de João Pessoa e uma de Campina Grande – PB e no grupo de Santa Luzia também participaram seis profissionais, sendo dois de Patos e três de Santa Luzia e uma de Campina Grande. Porém, duas enfermeiras foram entrevistadas individualmente, tendo em vista que não puderam se fazer presente no dia do grupo focal.

Guiada por um roteiro de perguntas que respondiam aos objetivos propostos, realizou-se o primeiro grupo focal em uma sala da Policlínica Municipal de Santa Luzia, local disponibilizado pela diretora do serviço no município de Santa Luzia/PB/Brasil, no turno da tarde do dia 21 de maio de 2014. O segundo grupo focal foi realizado no dia 23 de maio de 2014, no laboratório do Grupo de Estudos em Saúde Mental Comunitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/João Pessoa/PB/Brasil e ambos tiveram uma duração média de uma hora e quarenta minutos.

Gatti ¹²⁵ indica que para seu desenvolvimento, o grupo deve ser composto por no mínimo seis participantes, não podendo ultrapassar doze e de preferência que o tempo de sua realização seja em média de noventa minutos e não ultrapasse três horas, para que não se torne cansativo e exaustivo. Segundo a autora, grupos maiores limitam as trocas de ideias e elaborações, o aprofundamento no tema, a participação de todos os integrantes e podem também, prejudicar os registros das informações coletadas. Desse modo, tomando por base tais considerações, a pesquisadora teve o cuidado de delimitar o número de participantes.

A escolha dessa técnica permitiu obter informações detalhadas e contemporâneas sobre as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras, suscitando no pesquisador, posteriormente, uma análise mais aprofundada. Os grupos focais foram gravados por dois gravadores portáteis, colocados em pontos estratégicos da sala para que o áudio fosse bem captado.

Para isso, foi necessário tomar alguns cuidados descritos por Gatti ¹²⁵: estabeleceu-se uma interação entre os participantes e o pesquisador, tendo em vista que nossa intenção era colher informações a partir da discussão focada em temas específicos e diretivos para o grupo. Respeitou-se o princípio da não-diretividade, ficando a pesquisadora alerta para os limites da técnica. Na hora do encontro, as participantes mantiveram uma comunicação positiva, promovendo relações cognitivas, afetivas e muito ricas no decorrer das trocas de informações.

Foi utilizado, também, como instrumento, um caderno de campo para anotações sobre as impressões da doutoranda/pesquisadora, e registros no decorrer das visitas aos serviços, nos primeiros encontros com o profissional e durante a realização dos grupos focais.

Após a realização do grupo focal, realizou-se a transcrição do material empírico para que não se perdesse momentos de expressão através de gestos, expressões faciais e o contexto do local da entrevista, anotados no diário de campo que foram utilizados como material importante para a interpretação e riquezas do material produzido.

3.5 Análise do material empírico

Para análise do corpus documental, a pesquisadora utilizou como referencial teórico metodológico a Análise de Discurso (AD) de linha francesa de Eni Orlandi. Assim, levou-se em consideração que o discurso estava na exterioridade, inserido na vida social do sujeito. No entanto, coube ao analista, nessa fase, superar as estruturas linguísticas para chegar aos resultados almejados. Desse modo, foi preciso sair especificamente do linguístico, direcionar-se a outros espaços, para procurar descobrir, descortinar, o que estava entre a língua e a fala ¹²⁶.

Na AD o analista deve ir além das evidências, sendo necessário que ele compreenda e acolha a opacidade da linguagem, a determinação dos sentidos pela história, a constituição do sujeito pela ideologia e pelo inconsciente, visualizando o que é possível, o que é singular, quais as rupturas e as resistências ¹²⁶.

Fernandes ¹²⁷ e Orlandi ^{126: 64} dizem que para se analisar um objeto específico, tem-se que ter uma teoria, pois esta fará com que o analista recorra aos seus conceitos e, assim, busque esclarecimentos teóricos para sua compreensão e análise. É necessário, portanto, que “a teoria intervenha a todo o momento para reger a relação com o objeto, com os sentidos, com ele mesmo e com a interpretação”. Indo mais além, Scherer e Taschetto ¹²⁸ e Orlandi ¹²⁶ revelam que sua utilização, requer uma interlocução com a teoria das ideologias, com a história, com o materialismo histórico, com a linguística e com a psicanálise.

A proposta é a construção de um dispositivo da interpretação. Esse dispositivo tem como característica colocar o dito em relação ao não dito, o que o sujeito diz em um lugar com o que é dito em outro lugar, o que é dito de um modo como o que é dito em outro, procurando ouvir, naquilo que o sujeito diz, aquilo que ele não diz, mas que constitui igualmente os sentidos de suas palavras ^{126:59}.

Para Orlandi ¹²⁶, a base da análise na AD requer em um primeiro momento que o analista desenvolva a constituição do corpus, que por sua vez não seguirá critérios empíricos, mas teóricos. Deve haver um corpus experimental e o de arquivo, sendo também necessário, interessar-se por práticas discursivas de diferentes naturezas, as quais se destacam: imagem,

som, grafia, dentre outros. Quanto à natureza das linguagens pode ser: oral, escrita, científica, literária, narrativa, descritiva e outros.

A pesquisadora, inicialmente, realizou leituras exaustivas verticais sobre o material empírico coletado, com o intuito de aprofundamentos conceituais, metodológicos e em relação aos objetivos da análise e à temática proposta. Essa exaustividade possibilitou evidenciar os fatos da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva ¹²⁶.

Orlandi ^{126: 66-67} evidencia ainda que:

Inicia-se o trabalho de análise pela configuração do corpus, delineando-se seus limites, fazendo recortes, na medida mesma em que se vai incidindo um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a análise de discurso tem um procedimento que demanda um ir e vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise. Esse procedimento dá-se ao longo de todo o trabalho.

Cabe entender que, para Orlandi ¹²⁶, a construção do corpus e a análise encontram-se intimamente ligadas e, na medida em que o investigador define o que faz parte do corpus, conseqüentemente, ele delinea as propriedades discursivas; assim, as montagens discursivas foram construídas obedecendo aos princípios da análise de discurso e, desse modo, se chegou a uma compreensão. Para isso, foram realizadas leituras da superfície linguística com a finalidade de identificar sinais, vestígios e pistas que se aprofundem ao fio do discurso, processo denominado de superficialização. Concluída esta fase, foi constituído o corpus discursivo considerando o objeto de estudo e seus objetivos.

A partir do *corpus* discursivo, foi observada, no enunciado, a discursividade e, incidindo em primeiro lance, a análise de natureza linguístico-enunciativa, construindo-se o objeto discursivo. Em seguida, foi realizada uma análise cujo intuito foi relacionar as *formações discursivas (FD)* distintas, mediante a constatação e identificação de processos parafrásicos, polissêmicos e metafóricos ¹²⁶.

Após esse processo, identificaram-se as FD que, segundo Pêcheux ^{129;130}, é nessa fase que o pesquisador deverá ter mais cuidado, pois a identificação da FD envolve o sujeito, a memória e os sentidos, isso porque, é sobre a base linguística que se desenvolvem os processos discursivos, mas ao mesmo tempo, todo processo discursivo remete para outros discursos que estão no domínio da memória, ou seja, daquilo que já foi dito, que por sua vez, é a base de sustentação dos dizeres.

Courtine ¹³¹ revela que o papel central para o desenvolvimento da noção de FD, é pensá-la como “Fronteiras que se deslocam” cujo movimento é impulsionado pela memória

discursiva. Essa ideia de deslocamento insere na noção de FD, o papel fundamental da memória, seja na dispersão ou na regularidade.

Nessa direção, formaram-se os Blocos Discursivos assim, descritos: Visões paradigmáticas das enfermeiras terapeutas comunitárias e Visões paradigmáticas das enfermeiras após a formação: Tipologia da Enfermeira Terapeuta Comunitária. Conforme apresentados nas figuras adiante:

Figura 2- Visões paradigmáticas das enfermeiras terapeutas comunitárias antes e após a formação em TCI.



Fonte: Enfermeiras terapeutas comunitárias da atenção básica à saúde dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Luzia, 2014.

Assim, a partir desta etapa, os enunciados que caracterizaram os discursos dos sujeitos foram analisados quanto à posição ideológica do sujeito, sua relação com outros discursos e as relações ideológicas com as formações discursivas, redes de filiações históricas, interdiscurso e memória discursiva. De outro modo, passou-se da superfície linguística ao processo discursivo ¹²⁶.

Visando realizar uma discussão bem fundamentada na AD, o referencial teórico utilizado para se alcançar tal objetivo baseou-se: 1) na história da enfermagem e as tipologias desse profissional apresentado ao longo dos anos; 2) Nos avanços emanados na profissão a

partir da reforma psiquiátrica e sanitária do país e cujo foco, é a promoção da saúde, prevenção de doenças e a reabilitação dos sujeitos; 3) No tipo ideal do terapeuta comunitário criado por Adalberto Barreto e nas tipologias construídas por Weber.

Logo, infere-se que a análise do discurso foi pertinente na medida em que possibilitou que a pesquisadora atingisse os objetivos propostos nesse estudo, ao revelar a tipologia das enfermeiras com formação em terapia comunitária que estão atuando na rede de cuidado da ABS dos municípios pesquisados.

3.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba, para posterior aplicação da mesma, conforme resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹³².

Assim, tendo por base a citada resolução a qual revela que todas as pesquisas que envolvem seres humanos abrangem riscos, sejam eles imediatos ou tardios, a pesquisa em tela teve como risco a exposição do sujeito, constrangimento ou a quebra do sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. Perante isso, a pesquisadora garantiu e assegurou a assistência imediata em caso de ocorrer algum dano ao pesquisado, bem como ficou sob sua responsabilidade a assistência integral aos participantes no que se refere a alguma complicação e dano decorrente da pesquisa. Logo, estes, se necessário, teriam direito à indenização, por parte do pesquisador.

No entanto, a pesquisadora teve todos os cuidados necessários, para evitar tais situações. Ou seja, procurou-se preservar a privacidade das entrevistadas cujos dados foram coletados, garantindo-lhes o anonimato e atribuindo-lhes pseudônimos; as informações foram utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade do participante respeitando-se os locais de escolha das enfermeiras e respeitadas todas as normas da resolução 466/12¹³² e suas complementares na execução dessa investigação, tendo sido aprovado em 24 de abril de 2014, sob CAAE 19482313.7.0000.5188.

Quanto aos possíveis benefícios: ao término da pesquisa tivemos a possibilidade de traçar uma nova tipologia de enfermeiras que vem atuando na ABS a partir da formação em TCI, sendo esse um novo fato que muito irá contribuir para comunidade científica, para a ciência e para enfermagem. Assim, as participantes desse estudo, de certo modo, contribuíram

com avanços para a profissão e nas práticas comunitárias e em grupos, haja vista esta ser uma prioridade na ABS.

Ao final da etapa de análise do material empírico, as entrevistas foram transcritas e guardadas em lugar seguro e confidencial, em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Aqueles que se tornam Terapeutas não o fazem por costume, nem por exortação, ou solicitação de outrem, mas impulsionados pelo amor divino. Como as bacantes e coribantes, são tomados de “entusiasmo” até encontrar o objeto de seu desejo.

Jean-Yves Leloup

4.0 Resultados e Discussão

Analisar e refletir sobre as práticas e os tipos existentes de enfermeiras terapeutas comunitárias, inicialmente, configurou-se um grande desafio, isto porque, tal análise, além de exigir um olhar objetivo, não permite que seja deixado de lado os aspectos subjetivos que se entrelaçam com os fatores culturais, históricos e pessoais de cada profissional entrevistada.

Tendo como base filosófica para essa investigação a sociologia compreensiva, partiu das ciências da cultura do homem, buscando entender o significado dessa cultura para os acontecimentos do cotidiano. Assim, a ciência ajudou a questionar a realidade a partir de um ponto de vista específico, fundamentado sobre valores, tradições, interesses, emotividades, dentre outros.

A captação de sentidos individuais ajudou a pesquisadora a estabelecer relações em uma perspectiva sociológica e histórica, tendo em vista que, o método compreensivo defendido por Max Weber visa entender o sentido que as ações de um indivíduo contêm e não apenas o aspecto exterior dessas mesmas ações. Nessa perspectiva, utilizar a Análise de Discurso como teoria metodológica e a sociologia compreensiva como aporte teórico para a análise desse estudo, foi fundamental, pois, ambas se complementaram e representaram um bom alicerce para a sua elaboração.

Logo, pensar, refletir e analisar criticamente sobre a prática concreta de uma categoria profissional, tornou-se para a pesquisadora um exercício complexo, que exigiu olhar não somente para a realidade exterior objetiva, mas também para a interioridade e a subjetividade daquele que fala. Assim, entendeu-se o objeto e o sujeito da pesquisa como uma continuidade dissociável apenas para fins analíticos.

Nessa direção, para realizar a AD propriamente dita, definiram-se os sujeitos desse estudo e o lugar social que ocupam, as quais foram representadas por enfermeiras terapeutas comunitárias que estão atuando no serviço de ABS da rede SUS.

Dando início a essa discussão, procurou-se entender como as enfermeiras se definiam como profissional da ABS, e mais especificamente, como era sua prática profissional antes de fazer a formação em TCI. Os resultados convergiram para profissionais com posturas hegemônicas e biomédicas, abstraídas predominantemente de modelos ideológicos do século passado, sobretudo, apontam para algumas tentativas de mudanças e atualizações de práticas voltadas para os pressupostos do SUS. Nessa direção, criou-se o primeiro Bloco Discursivo, que foi intitulado: **4.1 Visões paradigmáticas das enfermeiras terapeutas comunitárias antes da formação.** Seguido das formações discursivas: **4.1.1 Paradigma Cartesiano, assim dividido: 4.1.1.1 Modelo tecnicista e burocrática; 4.1.1.2 Modelo Biologicista e curativista e 4.1.2 Paradigma holístico.**

Visando subsidiar essa discussão achou-se oportuno se retomar a noção de paradigma de Thomas Khun ³⁹ para isso, partiu-se do entendimento de que para uma ciência evoluir é preciso que se siga um paradigma sendo necessário que se construa um modelo e uma representação a ser seguida. É imperativo ainda, que se tenha uma compreensão de mundo universal, em que se ofereçam soluções exemplares a uma comunidade científica.

Pensando nos paradigmas que as enfermeiras seguiram ao longo dos anos e entendendo que sua história tem sido permeada pelo ato de cuidar, é perceptível que na modernidade a categoria tenha ganhado ainda mais visibilidades em suas práticas, e, conseqüentemente, novas competências, responsabilidades e visões paradigmáticas, haja vista as discussões advindas dos movimentos sociais que ocorreram na década de 1970 e 1980, e dos preceitos do SUS que envolvem a integralidade, interdisciplinaridade, equidade, intersetorialidade, formação de redes de cuidados, dentre outros. Além disso, nos atuais serviços de ABS, suas práticas passaram a direcionar-se para grupos etários com problemáticas específicas, contudo, exige-se desse profissional, posturas generalistas, fato que os levam a desenvolver habilidades de cuidado para todas as faixas etárias da comunidade.

No entanto, é imprescindível observar se suas práticas na ABS permanecem presas a velhos paradigmas ou se as enfermeiras já realizaram rupturas epistemológicas no decorrer do seu cotidiano, além da necessidade de se observar se a categoria tem vencido os obstáculos epistemológicos que permeiam suas ações. Dimenstein; Lima e Macedo ¹³³ alertam que na contemporaneidade o processo de trabalho dos profissionais que atuam na APS permanece preso ao paradigma hegemônico do século passado, por valorizar ainda a lógica ambulatorial clássica em suas rotinas, consumo de procedimentos e encaminhamentos para especialidades médicas, além de limitar suas ações no território ao trabalho do ACS, mostrando-se, muitas vezes, sufocados com as demandas nos consultórios, que limitam o tempo para se discutir sobre os determinantes sociais e as reais problemáticas de saúde da sua área de abrangência. A formação discursiva adiante se reportou para essa discussão:

4.1.1 – Paradigma Cartesiano

4.1.1.1 Modelo tecnicista e burocrático

O Modelo burocrático está relacionado à teoria da burocracia que surgiu em 1940 e foi capaz de criar um modelo organizacional que identificou todas as variáveis e membros necessários para o seu desenvolvimento. A palavra burocracia “é sinônimo de ineficiência, de espera, de papelada desnecessária que retarda o andamento do processo de trabalho,

impedindo soluções rápidas”. A enfermagem, quando inserida em um sistema burocrático ou quando se envolve em cuidados indiretos que possibilitam meios para execução de atividades afins, não consegue ficar mais isenta desse processo. No entanto, uma das grandes preocupações da enfermagem moderna são as disfunções que a burocracia induz, seja no envolvimento excessivo com essas atividades administrativas, ou a partir de uma acomodação e inabilidade no atendimento às necessidades do ser cuidado ¹³⁴.

Dimenstein; Lima e Macedo ¹³³ corroboram ao inferir que as cobranças excessivas dos gestores e do MS por informações de indicadores de saúde aos profissionais que atuam na ABS, os fazem preencher inúmeros formulários e relatórios e isso tem fragilizado seu processo de trabalho, gerando desmotivação e desgastes imensuráveis nos profissionais.

Por outro lado, as atividades da enfermagem brasileira voltadas para o paradigma tecnicista, foram fortemente influenciadas pelos Estados Unidos no século XX, passando posteriormente, a compor manuais que descreviam suas técnicas, sendo chamada naquela época, como a arte da enfermagem. Tais técnicas representaram as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber na enfermagem. Nela, estava descrito o que deveria ser executado, o passo a passo e o material necessário ao seu desenvolvimento, seja na realização de procedimentos, nas rotinas administrativas ou nos procedimentos de manuseio do material hospitalar ¹³⁵.

As mesmas passaram a disseminar-se a partir de registros nos livros dos hospitais, como forma de promover a organização e o controle, tanto dos pacientes como do pessoal de enfermagem. Além disso, sua utilização passou a ser útil para instruir pessoas sem treinamentos, muitos deles, acompanhantes dos internos e também, alunos de enfermagem, voltando-se mais para ações direcionadas ao ambiente, a ventilação e a limpeza, entre outros ¹³⁵. Todavia, as discursões atuais, indicam que quando a enfermeira reduz suas práticas para a utilização de cuidados técnicos, desenvolvendo procedimentos de enfermagem, estão diretamente distanciando-se do cuidado humano em sua totalidade ¹³⁶.

Ao avaliar os discursos das enfermeiras entrevistadas, percebeu-se que, muitos, embora estivessem atuando de oito a dez anos na ABS, permaneciam presos a velhos paradigmas, desenvolvendo práticas burocratizadas e tecnicistas. Os recortes discursivos adiante reforçam essa discussão:

Recorte 1 - Era uma prática muito acadêmica, muito corrida, muito papel.
(Enfermeira Humanizada- 16)

Recorte 2 - **Minha prática era voltada para burocracia, eu tinha medo, era uma tensão para o preenchimento, era muito papel e às vezes eu esquecia de olhar para a pessoa.** (Enfermeira Equilibrada-2).

Recorte 3 - **Eu me defino uma enfermeira técnica, pois eu tinha como meta desempenhar a técnica que aprendi na minha formação.** Por exemplo: trabalhando com o aleitamento materno, **eu orientava as mães para que elas amamentassem, porque entendia que era importante para o filho dela e naquele momento eu não procurava saber se aquela mãe poderia ter um trauma de amamentação na sua história de vida, ou qual era a importância que ela dava à amamentação,** desconhecendo que muitas mulheres deixam de amamentar achando que as mamas “podem cair”. Para mim **valia somente o que estava escrito nos manuais** (Enfermeira Inacabada-10).

Os discursos das três enfermeiras refletem sentidos que levam a uma mesma formação discursiva. Tal postura pode ter sido ancorada pela formação acadêmica das enfermeiras na primeira metade do século XX que contribuiu significativamente para que as profissionais buscassem aplicar uma assistência sistematizada e técnicas, tendo em vista os avanços tecnológicos e institucionais que tinham como foco principal o tratamento de doenças, como também, durante aulas práticas, em que se vê uma preocupação maior, por parte do professor em ensinar habilidades técnicas, influenciando na prática da maioria dos profissionais. Com isso, os futuros profissionais se eximiam de levantar os problemas de enfermagem e de planejar os cuidados necessários àqueles usuários, limitando assim, a assistência oferecida ¹³⁷.

A visão tradicional do cuidado, parte do pressuposto de que o ser humano é passivo, espectador e que o cuidado é estabelecido de modo linear, sequencial sem considerar a capacidade que ele possui de relacionar-se, interagir. Visto desta maneira, ele fica à espera do cuidado planejado, preciso, verificável, lógico e metódico pelo cuidador, consequente da mecanização da sua forma de pensar como único caminho para desenvolver o cuidado ^{138: 167}.

Pinto e Pepe ¹³⁹ apoiam ao dizer que a formação da enfermeira esteve, por muitos anos, voltada para as atividades de natureza técnica. Existia uma relação de práticas prestadas de forma mecânica, guiadas por tarefas, realizadas por meio de normas rígidas e prescrições médicas. Além disso, eram evidentes as fragilidades nas relações pessoais entre a categoria e os demais profissionais.

Como se pode destacar, os discursos das enfermeiras revelam que antes da formação em TCI elas não haviam rompido com práticas ideológicas construídas pela história da profissão, as quais valorizavam atividades técnicas e burocráticas e não era dada a importância merecida ao cuidado integral e humanizado, mesmo que essas profissionais, ao longo de sua história, carreguem consigo, uma imagem de cuidador. Contudo, Costa e Silva

^{140: 278} fazem alusão à posição ideológica atribuída a enfermeira brasileira, quando o define como aquele que possui “uma atuação tecnicamente centrada em tarefas, distribuídas de formas mais ou menos acríticas, executadas em grande parte por pessoal não qualificado”.

Merece ser evidenciado, que dentre as Enfermeiras que fizeram parte deste estudo, duas já atuam na ABS há uma média de oito a dez anos, mesmo assim, revelam que não haviam transformado e atualizado suas práticas para o novo modelo de atenção à saúde, preconizado pelo o SUS. As atividades burocráticas descaracterizam a prática do cuidado humanizado da enfermeira, de modo a impedir o olhar atento e cuidadoso para o usuário, atitude imprescindível da profissão. Observa-se, porém, certa tensão/pressão durante o preenchimento das papeladas exigidas pelos programas ministeriais, ficando evidente, nas entrelinhas, o quanto tais práticas geram sofrimento psíquico na profissional, percepção evidenciada nos discursos das Enfermeiras Equilibrada e Humanizada.

O estudo de Silva et al ¹⁴¹ também revelam essa percepção ao discorrer que as enfermeiras são muitas vezes inseridos no mundo de cuidado, porém são induzidos a obedecer normas e rotinas que foram herdadas do modelo tradicional. No mais, as objetividades das ações demandadas pelo cotidiano fazem esse profissional deixar as demandas subjetivas dos usuários, muitas vezes, para segundo plano. Além do fato de ele ter sido formado em um sistema que não tem valorizado a afetividade.

Silva; Motta; Zeitoune ¹⁴² mencionam ainda, que existe uma lacuna na prática da enfermeira na ESF entre o que seria ideal e real, para eles. Suas práticas voltam-se para atividades tecnicista, mostrando-se tímidos e pouco ativos frente à realidade encontrada na ABS. Sua maior limitação não estaria relacionada às demandas e atividades que lhe são atribuídas, mas sim, como e quais eles têm conseguido realizar.

Desse modo, identifica-se nos discursos das enfermeiras Humanizada; Equilibrada e Inacabada que, antes da formação, elas apresentavam características voltadas para a **ação racional com relação afim**, estando historicamente enraizada nas práticas paradigmáticas exercidas na ABS. Isto é, as enfermeiras imprimem em seus discursos, vestígios, evidências e características típicas de uma profissional que volta sua atenção para a racionalidade, ou seja, sua prática é medida pelos conhecimentos técnicos do indivíduo visando alcançar uma meta, um objetivo previamente definido. Este tipo pode ser encontrado naquela enfermeira que domina a técnica, ou seja, o passo a passo de suas funções, mas nela não predomina a essência da sua prática: a de ser enfermeira cuidadora. Essa foi considerada uma **Enfermeira com características Técnicas**.

A formação discursiva adiante reforça que a prática da enfermeira que atua na ABS ainda encontra-se distante dos paradigmas sugeridos nas diretrizes organizativas do SUS.

4.1.1.2 Modelo Biologicista e Curativista

O modelo paradigmático biologicista e curativista é fruto do modelo previdenciário criado no país em 1923, a partir da aprovação da lei Elói Chaves, Decreto-lei nº 4.682/23, que por sua vez, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que em 1933 migrou para os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de modo que, em 1967 aprovou-se o Instituto Nacional de Previdência Social. Com isso, todas as IAPs se transformaram em único instituto. Contudo, em 1978, haja vista a complexidade do sistema, tanto do ponto de vista administrativo, quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, foi necessário se criar uma estrutura própria administrativa. Assim, foi instituído o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)^{143; 144; 145}.

Tal modelo de atenção à saúde, por ter sido importado da Alemanha, França e Inglaterra, era calcado na previsão dos benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria por tempo de serviço, pensão por morte e assistência médica, exclusivamente para os empregados vinculados às empresas de construção e manutenção das estradas de ferro existentes à época e seus familiares, que passaram a ter direito a assistência médica, a medicamentos por preços especiais, aposentadorias e pensões. O modelo de atenção à saúde vigente, na época, se voltava para práticas curativistas e assistencialistas e entre as suas características está a construção de grandes hospitais, investimentos desordenados em especialidades médicas e desvios do dinheiro da previdência para construção de hospitais e obras faraônicas no país^{143;145}.

Por outro lado, a saúde pública foi sendo institucionalizada, por meio do apoio de Oswaldo Cruz, na realização de ações sanitárias pontuais, que se caracterizavam por visitas domiciliares e vacinações em massa da população, no combate às epidemias da varíola e febre amarela. Posteriormente, Carlos Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery^{143;145}.

As ações da enfermagem brasileira, nesse período, passaram gradativamente, a se adequar ao processo de expansão hospitalar, voltando-se para práticas curativas, individuais e

especializadas. Por conseguinte, na busca de maior valorização do seu processo de trabalho, o planejamento da assistência de enfermagem passa a ganhar embasamento científico. Assim, em 25 de junho de 1986 foi aprovada a Lei 7.498 que regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como atribuições privativas da enfermeira, estabelecendo um limite entre as atividades exercidas pelos profissionais ¹⁴⁶. Os discursos abaixo indicam o quanto esse paradigma permanece ideologicamente impregnado nas práticas das enfermeiras que atuam na ABS/SUS:

Recorte 1 - [...] **Eu me identificava apenas com os problemas a nível ambulatorial.** (Enfermeira Redirecionada- 20).

Recorte 2 - **Minha prática era mais displicente com relação as questões subjetivas dos pacientes e em relação ao trabalho em equipe com os demais profissionais** (Enfermeira Flexível- 4).

Recorte 3 - [...] A gente **não identificava realmente o que faltava e nem ia a fundo para detectar aquele problema.** [...]. Antes a gente só via a questão patológica propriamente dita! (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 4 - [...] **Minha prática era mais curativa, voltada para as necessidades físicas do paciente.** (Enfermeira Fortalecida-10).

Recorte 5 - Eu tinha **difficuldade de identificar o que o paciente trazia para mim na consulta**, muitas vezes **eu deixava passar**, e a assistência prestada era muito voltada para doença. Antes da formação, durante a consulta com o portador de hipertensão e diabetes, eu **me voltava muito para alimentação e para dieta e o tratamento era muito voltado para fazer a prescrição medicamentosa.** (Enfermeira Reconhecida-18).

Recorte 6 - [...]. A gente **não vê o ser como um todo.** Eu não observava o que vinha atrás dessa doença que ele está trazendo aqui para mim! Essa dor de cabeça, o que será que tem por trás dessa dor de cabeça? É uma doença? Ou **tem alguma coisa dela em si, do seu eu que ela está botando para fora?** (Enfermeira Humanizada- 16).

As formações discursivas das enfermeiras entrevistadas remetem ao sentido de uma prática totalmente influenciada pelo paradigma do modelo biomédico do século XX, no qual a maior preocupação dos profissionais que atuavam naquele período era a cura de doenças, na qual não se levava em consideração as individualidades, subjetividades e particularidades dos usuários.

Para Collière ⁷⁸, a enfermeira, quando volta suas ações para o modelo biomédico, deixa para segundo plano o verdadeiro sentido de cuidado, que tem como objetivo assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir, e isso tem provocado nele um distanciamento da origem de suas práticas e de sua profissão.

Essa alusão ao citado paradigma também foi discutido por Terra et al ¹³⁸ ao revelarem que a enfermagem, ao longo de sua história, recebeu uma grande influência de modelos

educacionais formais, da modernidade desenfreada, dos avanços científicos e tecnológicos e do crescente poder da ideologia médica, que tinha origens enraizadas pela busca do poder dominante e do status. Tais influências, de maneira geral, desencadearam na enfermeira perdas em sua arte, do foco no ser humano e conhecimento específico, tendo isso facultado uma falsa ideia de autonomia profissional.

Visualizando o discurso da Enfermeira Redirecionada, percebeu-se que o modelo construído na implantação da saúde pública, que por sua vez, fez expandir vários ambulatorios pelo país, ainda encontra-se presentes nos discursos dos profissionais que atuam nos serviços da ABS. Nos demais fragmentos discursivos, percebeu-se que as enfermeiras atuavam com práticas voltadas para a doença, necessidades físicas do paciente, não valorizando a interdisciplinaridade e, conseqüentemente, o cuidado humanizado, tão discutido nas atuais políticas públicas de saúde do governo brasileiro.

A enfermeira, ao voltar suas ações diretamente para curar e tratar as doenças, fez com que essa se tornasse uma ação simplista, além de permitir a criação de obstáculos na delimitação da competência profissional, comprometendo também o valor social do seu trabalho. A pouca clareza para esse profissional sobre o cuidar e o tratar e o verdadeiro significado do cuidar em enfermagem o levou a confundir sua prática por todo momento com o trabalho médico, mascarando, assim, sua representação, sua prática, impedindo a identificação de suas competências ¹⁴⁷.

Um estudo realizado com enfermeiras que atuam na ESF revelou que elas reconhecem a importância da realização da prevenção e promoção da saúde nos espaços que atuam, no entanto, suas ações permanecem presas a velhos paradigmas, totalmente contraditos aos preceitos do SUS, pois se voltam para a doença, a intervenção, a transmissão verticalizada de informações, seja no decorrer do atendimento ou durante o diagnóstico da doença. Inere ainda que para que haja uma ruptura desse paradigma assistencial biologicista e curativista, é preciso estimular e aprimorar a prática desse profissional para a educação em saúde, para reorientação do modelo de cuidado à saúde dos indivíduos por meio de um trabalho conjunto de universalidade com os serviços da saúde e a comunidade, e da criação de espaços de parceria que fortaleçam o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer na saúde ¹⁴⁸.

Essa postura encontra-se presente, ainda, nos fragmentos discursivos das enfermeiras Flexível, Fortalecida e Reconhecida, quando enraízam em seu discurso o modo de se referir ao usuário da ABS como “paciente”, denominação própria do modelo hegemônico assistencialista/hospitalocêntrico.

Cabe evidenciar, portanto, que, segundo a literatura, o *paciente é* aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete passivamente, calmo, conformado, sem criticar o tratamento recomendado. Melhor dizendo, ele seria aquele assujeitado. No entanto, essa visão paradigmática diverge daquela idealizada no compromisso ético-estético-político da humanização do SUS, o qual se apoia nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão de cuidado ¹⁴⁹.

Pensando ainda nas recomendações dos últimos anos, se viu que é imprescindível que os profissionais utilizem da ABS discursos atualizados, voltados para utilização do termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos das pessoas, pois, remete para aquele que usa, para um significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o seu acompanhante e/ou familiar, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema ¹⁵⁰.

Essas terminologias provocam aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, e nessa medida, se entende que, enquanto seres humanos, eles possuem intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, e, quando em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, a posição do usuário será aquela que busca assistência, seja por fragilidades em seu estado físico ou emocional. Por outro lado, encontra-se um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. De igual modo, será possível se criar um vínculo, isto é, uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos ¹⁵⁰.

Segundo a literatura vigente, outros obstáculos têm se configurado como um desafio para as enfermeiras que atuam na ABS. Refere-se

aos problemas relacionados à gestão do sistema, à medicalização da saúde, da incipiência da educação permanente, da hegemonia do paradigma biomédico na sociedade e à falta de compreensão, por parte dos profissionais de saúde, quanto à amplitude da sua prática ^{151: 998}.

Vislumbra-se, então, que embora os esforços em formação permanente por parte do MS para os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, necessário se faz, por parte dos governos federal, estadual e municipal, investimentos em capacitações que realmente os sensibilizem, que rompam gradativamente com velhos paradigmas de ABS ainda presente nas práticas dos profissionais.

Ao refletir sobre as características das enfermeiras Redirecionada, Flexível, Mudada, Fortalecida, Reconhecida e Humanizada e, entendendo que as ações direcionam o sujeito em

suas práticas, identificou-se nessa formação discursiva, uma postura totalmente voltada para o paradigma tradicional, biomédico e para a cura de doenças, tendo em vista os vestígios de práticas realizadas por imitações reativas, ou seja, por costumes, tradições historicamente constituídas, crenças, um agir movido pela obediência a hábitos fortemente enraizados em sua história de vida. Essa profissional não apresenta consciência do seu agir, pois mostra-se fortemente vinculado ao seu passado, sem transformá-lo. Essa seria, então, a **enfermeira com características de uma profissional domesticada**.

Todavia, em alguns discursos, podem-se identificar mudanças na prática profissional da enfermeira, mesmo antes da formação em TCI, que embora ainda frágeis e tímidas, tentam voltar-se para os paradigmas recomendados pelo SUS. É o que revela a formação discursiva adiante.

4.1.2 Paradigma holístico

Os avanços que ocorreram no setor saúde, após os movimentos sociais e a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1980, fez com que alguns profissionais de saúde revissem suas práticas e tentassem romper com visões paradigmáticas passadas, visando se adequar às ideologias previstas nos princípios doutrinários e organizativos do SUS e na rede de atenção à saúde vigente. A partir de então, a enfermagem, gradativamente, passou a voltar seu discurso para um cuidado holístico ao usuário. Para falar de cuidado holístico, é preciso entender sua origem, seu significado segundo a literatura. Assim, Weil ^{152:7} descreve que ‘Holística vem do grego *holos*, que significa ‘todo’, ‘inteiro’. Holística é, portanto, um adjetivo que se refere ao conjunto, ao ‘todo’, em suas relações com suas ‘partes’, à inteireza do mundo e dos seres’.

Por conseguinte a concepção abstraída para essa discussão foi aquela voltada para a atuação profissional que abrange as dimensões biológicas, psicológicas, espirituais e sociais dos sujeitos cuidados presentes nas ideologias ministeriais ¹⁵³. Nessa direção, os três recortes adiante remetem que algumas enfermeiras mesmo antes da formação, buscavam, gradativamente, aderir ao paradigma proposto pelo novo sistema de saúde, tendo em vista sua importância no redirecionamento da prática:

Recorte 1 - Eu sempre tive **cuidado de ver o usuário não só como uma dor, sempre tentei vê-lo com uma visão mais holística, vê-lo como um todo**, tentando **compreender as coisas que estão nas entrelinhas**. (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 2 - Desde estudante, durante os estágios, sendo voluntária e depois como profissional, eu sempre **senti a necessidade de conhecer mais por fora**, pois quando uma pessoa vinha com uma queixa **eu ficava avaliando o que é que está por trás disso?**

Antes da formação **eu tinha esse incômodo, mas não conseguia resposta.** (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 3 - Sempre que chegavam aqueles pacientes poliqueixosos, e **eu ficava analisando assim, “alguma coisa tem por trás aí, a história de vida dessa pessoa deve ter algum fator complicador, porque não é normal”.** [...] **Eu sempre tive esse olhar! Não me aprofundava, pois não tinha a capacitação em terapia.** (Enfermeira Transformada- 11).

O fato das mesmas referirem que já possuíam um olhar diferenciado para o usuário, enxergando além do quadro patológico que ele trazia, leva-nos a acreditar que essa profissional já possuía um perfil acadêmico/profissional diferenciado dos demais e não se deixará influenciar, em sua plenitude, pelas ideologias e paradigmas de práticas realizadas no século XX. Assim, aos poucos, as enfermeiras se propõem a romperem com o modelo hegemônico/biomédico de atenção à saúde.

Com isso, observa-se que suas práticas antes da formação estavam voltadas para o cuidado holístico e, por estarem inseridas na ABS, para o cuidado integral, vislumbrando as necessidades que aquele usuário demandava na consulta de enfermagem. Esse olhar está direcionado para o humano, e para o cuidado humanizado que valoriza também os sentimentos, desejos e as aflições dos sujeitos. Merece reforçar que postura mais humanizada dos profissionais compreende um discurso atualizado e se dá pelo período histórico em que vivem, acreditando que a ESF tem como foco a efetivação do SUS, os quais destacam: universalidade, equidade e integralidade do cuidado.

Na busca de subsidiar ainda mais essa discussão, buscou-se apoio em uma pesquisa realizada por Lemos et al ¹⁵⁴ cujo objetivo foi conhecer a percepção das enfermeiras sobre o cuidado holístico, verificando ainda como essas profissionais a empregam em seu cotidiano, no qual foram constatadas percepções voltadas tanto para a necessidade de cuidado multiprofissional até a visão global e integral do indivíduo, revelando discursos atualizados com relação às propostas da Política Nacional de Humanização e do SUS.

Reforça-se, ainda, que a integralidade visa garantir ao cidadão o direito a uma abordagem integral por parte do profissional que cuida, entendendo-o como um “ser humano”. Não obstante, é necessário que esse profissional supere a fragmentação do olhar e amplie as intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais ¹⁵³.

Entretanto, ainda se observa a necessidade de maiores investimentos, divulgação e efetivação na Política Nacional de Humanização para que os profissionais que atuam nos serviços de saúde avancem em suas práticas cotidianas. É, portanto, fundamental sensibilizá-

los, capacitando-os para que suas ações tenham uma abordagem mais humana e menos protocolar, considerando que posturas inadequadas interferem na qualidade do cuidado, nas concepções dos sujeitos e dos profissionais de enfermagem ¹⁵⁵.

É possível evidenciar a fragilidade nos discursos das enfermeiras Empática e Transformada, quando as mesmas apontam que não se aprofundavam durante o cuidado prestado, pois sentiam-se incomodadas e não encontravam as respostas para os problemas identificados, revelando nas entrelinhas o quanto a enfermagem apresenta insegurança para resolver essas demandas advindas do sofrimento psíquico dos usuários na ABS.

A Enfermeira Transformada permanece fazendo alusão ao usuário como aquele que é paciente, denominação muito utilizada no paradigma hegemônico de atenção à saúde. Tal interpretação é possível, porque segundo Orlandi ¹²⁶, os discursos são permeados por várias vozes impregnadas inconscientemente por ideologias passadas, e esses dizeres são atravessados pelo inconsciente. Para esse caso, será de responsabilidade do analista identificar a relação entre o que está na memória e a atualidade, atentando para todo movimento que busca a desopacidade e desambiguidade. Porquanto, é preciso entender que o sentido atribuído pelo sujeito-leitor depende da sua memória discursiva, da sua historicidade, subjetividade, do contexto histórico-social, das ideologias, e os efeitos de sentidos múltiplos e diversos.

Porém, apreendeu-se de forma bem expressiva, o quanto a enfermeira em questão pareceu segura ao dizer que não se aprofundava durante a realização do cuidado que prestava ao usuário, mas, que após a formação em TCI, ela ficou mais fortalecida. Diante dessas prerrogativas, é inegável, que ela encontrou na ESF um importante espaço de atuação profissional e tem sido um dos atores que mais tem trabalhado para fortalecer e consolidar o SUS e, por conseguinte, a ABS. Dentre as suas funções, destacam-se:

a centralidade desse profissional na formação e na organização da força de trabalho da enfermagem nos serviços de saúde; a potência para o trabalho em equipe e de organização dos serviços na Unidade Básica de Saúde, característico do seu fazer; a diversidade de ações que desenvolve na saúde coletiva, advindo da sua formação e da sua prática; e os espaços estratégicos que ocupa na política de saúde, seja na gerência, na educação, na assistência, seja na pesquisa ^{156: 1714}.

Todavia, ela ainda precisa avançar e se empoderar em relação à fragilidade política dos seus discursos, ao pouco conhecimento que tem sobre a historicidade da profissão, ao afeto às idealizações do imaginário histórico da enfermagem, que não correspondem à realidade da prática social, à precarização das relações estabelecidas entre os profissionais de

enfermagem, bem como à equipe de trabalho e à aceitação das péssimas condições trabalhistas a que se submetem esses profissionais na ESF ¹⁵⁶.

Cabe, portanto, um olhar diferenciado para essa problemática, presente nos serviços de ABS do país. É preciso repensar a prática profissional das enfermeiras que não possuem formação em TCI, pois são representadas pela grande maioria que estão atuando na contemporaneidade na ABS e carecem transformar suas práticas, adquirindo perfis mais sólidos e consistentes, que se volte para o cuidado humanizado e para a integralidade do cuidado, conforme os pressupostos do sistema de saúde vigente.

As características apresentadas pelas enfermeiras Sensibilizada, Empática, Transformada, Alegre, Compromissada e Feliz, aproximam-se daquelas orientadas pela **ação racional com relação a valores** propostas por Weber, pois estas referiram uma valorização aos seus princípios e valores, começando ainda de forma tímida, a entender o seu lugar social naquele serviço de saúde. Contudo, distanciam-se quando não dominam, por medo ou insegurança, a arte de ser enfermeira, quando não apresentam uma consciência concreta de seu papel enquanto cuidador na ABS. Elas estão em processo de transformação paradigmática, vivendo o momento de crise, tão bem defendido por Thomas Khun, em busca de adaptação ao novo paradigma de atenção à saúde. Assim, foram caracterizadas como **enfermeiras em processo de rupturas paradigmáticas**.

Além disso, a postura identitária apresentada por essas enfermeiras aproximam-se também do sujeito sociológico descrito por Hall, pois diante dos discursos vislumbrados, apreendeu-se que existe certa preocupação com os avanços advindos pela complexidade do mundo moderno, no qual seu núcleo interior é alimentado por relações ideológicas que mediam os valores, sentidos, símbolos e a cultura vivenciada no seu local de origem.

Diante desse prisma, procurou-se conhecer as transformações ocorridas na prática das enfermeiras que atuam nos serviços da ABS, entendendo também que existe a possibilidade de se estarem construindo, nesse percurso, uma nova identidade profissional que consolida o papel da enfermeira como terapeuta no campo da saúde mental comunitária. Houve, portanto, a tentativa de identificar as características típicas desse profissional após a formação em TCI e, para isso, construiu-se o segundo Bloco Discursivo, intitulado: **4.2 Visões paradigmáticas após a formação: Tipologia da Enfermeira Terapeuta Comunitária**.

Para subsidiar essa discussão, o apoio veio do método compreensivo de Weber tão bem utilizado no arcabouço teórico desse estudo. É óbvio que em tese, o citado método, não permitiu que o pesquisador abstraísse uma pureza ideal, tendo em vista que segundo as considerações do autor, o tipo ideal é uma abstração da realidade e não pode ser confundida

com ela. O que se pretendeu de fato, nessa investigação, foi criar um instrumento teórico analítico que se aproximasse, por meio de algumas características reveladas pelas enfermeiras entrevistadas, qual irá ao encontro do perfil do terapeuta comunitário descrito por Professor Adalberto Barreto. Assim, partiu-se do pressuposto de que essa interpretação não se esgota aqui, pois existem outras leituras da realidade empírica possíveis de serem realizadas.

Na tentativa de compreender os passos, etapas e a evolução do profissional para se chegar à citada tipologia, ficou notório que, primeiramente, as profissionais precisaram entender e enxergar o verdadeiro sentido da prática da TCI, de ‘Ser Cuidadora’ da ABS em saúde e ‘Ser Enfermeira’, para, a partir daí, transformar-se, e transformar sua prática profissional, vislumbrando, inicialmente, romper com os obstáculos epistemológicos que existiam em si e em suas ações. Tal discussão encontra-se explicitada na Formação Discursiva, denominada: **4.2.1 Paradigma da compreensão e do sentido de ser cuidadora.**

O cuidado representa uma atitude natural do ser humano e é exposto como uma realidade social. Assim, o indivíduo, ao cuidar de si, da família, dos amigos, dentre outros, estaria realizando uma conduta natural por este ser um ato inerente a sua vivência enquanto humano e por representar a mais originária das relações intersubjetivas. Quando relacionada ao cuidado em enfermagem, a dimensão dessa ação pode variar de uma pessoa a outra, pois as intersubjetividades que permeiam essa relação agrupam características que permitem ao homem um reconhecimento ou um estranhamento, pois dependerá de vivências preliminares que o ajudarão a significar ou ressignificar o processo de cuidar a partir da relação estabelecida com o outro ¹⁵⁷.

Conforme visto, o cuidado, além de configurar uma característica intrínseca na essência da profissão da enfermeira, por se encontrar presente tanto no desenvolvimento de técnicas e procedimentos, quanto naquelas práticas relacionadas às subjetividades dos sujeitos, ou seja, na sensibilidade, criatividade e intuição, ainda possuem como objetivo oferecer um suporte para que o usuário possa viver bem a partir de um estilo de vida saudável. Por sua vez, o cuidado, quando direcionado à prática social, requer da enfermeira novas funções e desafios, de modo a assumir papéis mais dinâmicos, sujeito às constantes transformações sociais, incorporando temas, problemas e novas ações, pois seu intuito será seguir um princípio ético, a fim de manter a dignidade do corpo em todos os aspectos da vida do ser cuidado ¹⁵⁸.

De igual modo, ao se apropriar do perfil voltado para a prática social, a enfermagem passou a desenvolver uma capacidade de compreender o indivíduo não como um ser doente,

mas como um ser complexo e com potencial auto-organizador, copartícipe e autor da sua própria história, e isso a tem colocado num *ranking* da profissão do futuro, conforme suscitam Backes; Backes; Erdmann ¹⁵⁹. Ademais, segundo Bauman ⁶¹, as novas demandas advindas da modernidade líquida que tornam as coisas fluidas e móveis e os avanços tecnológicos, trazem consigo, novas necessidades de cuidados por parte dos usuários e exigem do profissional uma postura inovadora que rompa com os obstáculos epistemológicos e com os velhos paradigmas.

Para isso, cabia à enfermeira algo mais: era preciso primeiro conhecer os efeitos dessa prática no sujeito e em si, entendendo a fundo as funções que iria desempenhar e, além disso, perceber qual o reflexo dessas ações em sua vida. É nessa medida que a TCI, por ser uma prática social, desperta naqueles que realizaram a formação, novos sentidos para suas práticas e na sua capacidade de saber conhecer, tão bem expostos por Delors ¹⁶⁰, ao revelar que para desenvolver esse postulado, o profissional precisará, primeiramente, conhecer a missão e filosofia institucional, gerenciar custos e zelar por aqueles disponíveis, sendo fundamental também possuir conhecimento técnico-científico e se promover estímulos nas demais pessoas envolvidas, valorizando a atualização profissional. A TCI os fez entender o seu lugar de cuidador na ABS, conforme visualizado adiante:

Recorte 1- Isso tá imbricada na minha consciência de cuidar porque você, ao cuidar das pessoas, você ganha algo também muito grande, você ganha o prazer da solidariedade, o prazer de ter possibilitado um ouvido atento e atencioso com o outro. E aí você dá, mas, o que você recebe é infinitamente maior. É um prazer de saber que você cuidou de alguém, que você ajudou alguém, e essa é uma recompensa que sempre me motivou, me levou para frente, me nutriu, seja como profissional, como pessoa e como ser humano [...]. (Enfermeira Redirecionada - 20).

Recorte 2- O sentido é também estar me tratando! A gente também se trata e aprende muito. Na terapia, se você falar é bom, mas, se você só escutar o que as pessoas falam, você também aprende. Você se cura, se trata e aprende ao mesmo tempo. É ouvir o problema do outro e ver que seu problema é tão minúsculo em relação aos outros. É uma troca. (Enfermeira Reconhecida- 18).

Recorte 3 - [...] Participar da roda é uma experiência e um aprendizado novo a cada dia, pois eu vejo que têm pessoas com problemas maiores que os meus. Que muitas vezes, meus problemas se tornam tão pequenos e, isso me dá mais força para superar as coisas que ocorrem ao meu redor, de adquirir mais experiência que pode ser utilizada tanto nas rodas quanto para outras pessoas. (Enfermeira Alegre- 8).

Recorte 4- O sentido de participar da roda é o meu crescimento como pessoa. (Enfermeira Humanizada- 16).

Recorte 5- É um cuidado que te permite estar ali com você e com o outro, é um aprendizado constante, sentimento de troca de experiência e bem-estar. (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 6- O sentido de participar da roda de TCI **é aprender, é ser ouvida entendendo que sempre temos o outro para andarmos juntos.** (Enfermeira equilibrada- 2).

Recorte 7- É um processo de **bem-estar, de autoajuda, de autoconhecimento**, que facilita o processo de **troca de experiência e, com isso, fortaleço cada vez mais o vínculo com as pessoas da minha área. É poder ajudar e ser ajudada também.** É saber que os usuários têm muita coisa para passar para nós, **ficando num nível de igualdade.** Às vezes, **a experiência de vida dele me fortalece** e essa é justamente a resposta que eu estou buscando. (Enfermeira Fortalecida-10).

Os fragmentos discursivos das enfermeiras entrevistadas revelam que participar das rodas de TCI inferem sentidos dos mais variados, seja em sua vida e/ou em sua prática profissional, suscitando sentimentos de motivação, bem-estar e satisfação. Percebeu-se, contudo, que na medida em que os diálogos são estimulados nas rodas de TCI e a troca de experiências e saberes ocorre, esses profissionais se fortalecem e aprendem com o grupo permanentemente. Nessa medida, eles ressignificam seus problemas pessoais e profissionais e, conseqüentemente, curam seus traumas e problemas junto aos demais participantes.

Ao estudar e se apropriar de novos conhecimentos produzidos e seus efeitos na sociedade, a enfermagem se torna cada vez mais capaz de produzi-lo, colocando-se à disposição do *ser cuidado* e da comunidade que atua, ganhando com isso, reconhecimento, valorização e importância frente aos mesmos, além de definir sua identidade profissional. Contudo, é imprescindível posturas que visem identificar, estudar e discutir novas formas de saber conhecer e fazer na profissão ¹⁶¹.

Entretanto, as enfermeiras Redirecionada, Reconhecida e Sensibilizada ainda permanecem com discursos presos e enraizados, quando apresentam dificuldade de falar da própria experiência e de colocar em voz ativa a primeira pessoa, ao fazerem inferências regulares nos seus fragmentos discursivos do pronome “você”. Divergindo das regras estabelecidas por Barreto ⁴⁷, quando indaga que a primeira regra para o bom funcionamento do encontro da TCI é falar sempre na primeira pessoa do singular “eu” e sobre a própria experiência e sentimentos.

Já os fragmentos discursivos das entrevistadas Alegre, Humanizada e Fortalecida se apresentam totalmente atualizados aos pressupostos da TCI quando, conscientemente, falam de si. Tais vestígios encontram-se presentes nos pronomes “eu, meu, me e meus”. Os fragmentos discursivos das enfermeiras Inacabada, Transformada e Mudada, fazem alusão a novos sentidos para desenvolver suas práticas:

Recorte 1- Estar dentro da roda é **ser pessoa como as pessoas. É me compreender a partir das pessoas. É estar me vendo naquelas pessoas.** (Enfermeira Inacabada- 10).

Recorte 2- O sentido é **de partilhar, de estar no meio de pessoas que partilham suas vivências e experiências, que tentam resgatar sua pérola**, ou seja, [...] você com a partilha vê **que outras pessoas têm alternativas, saídas e podem construir outra visão para aquilo que você está vivenciando** (Enfermeira Transformada- 11).

Recorte 3- Além da **partilha e da vivência**, tem a questão da gente ver que **uma rede solidária está sendo construída** naquele momento. (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 4- **A rede de solidariedade que os participantes da TCI constroem tira um pouco minha responsabilidade** durante a realização da roda. **É muito bom** isso! (Enfermeira Feliz- 2).

As enfermeiras deixam transparecer que sentem o apoio do grupo como benéfico, pois, no momento da roda de TCI os próprios participantes encontram as estratégias para enfrentar seus problemas e contribuem também para que o outro elabore as suas, deixando claro que a partilha do grupo favorece a construção de redes horizontais, solidárias e estabelece o sentimento de pertença social.

Braga et al ²⁷ constataram que as redes de apoio são essenciais para o ser humano, por proporcionar relações horizontais, fortalecimento de vínculos e por ser um espaço para se contar histórias, movendo nos participantes um autorreconhecimento com a história do outro, despertando, assim, seu poder resiliente. Também, existem evidências de alívio, nos discursos dessas profissionais, pois durante a condução das rodas de TCI, a sua sobrecarga é reduzida, haja vista a capacidade de a TCI estabelecer vínculos entre um participante e outro, além da promoção da autonomia dos sujeitos. Tal discussão encontra-se bem mais explicitada nos recortes que se seguem:

Recorte 1- Para mim, a palavra chave seria **estabelece vínculos com os usuários, colegas de trabalho e familiares** (Enfermeira Empática- 20)

Recorte 2- Pela **troca de experiência e de valores** que a roda proporciona. Quando estamos nas rodas **nostra cultura se encontra com a cultura do usuário**. Assim, eles passam a **conhecer mais o seu vizinho**, pois lá [na roda] eles passam a narrar sua história de vida, a **conviver mais e a formar laços afetivos e vínculo**. **Um sai puxando o outro e os usuários também nos chamam para a roda**. Eu acho que a palavra que mais exprime a participação na TCI é o **vínculo e a autonomia**. Acredito que essa seja a chave da terapia! (Enfermeira Compromissada- 3).

Recorte 3- A terapia **leva os usuários ao empoderamento e autonomia**, e com o tempo elas já seguem. Assim, **eu passo a coordenar um ponto ou outro, pois, os próprios usuários já entendem, já incentivavam os outros a falar e não deixavam toda responsabilidade para mim**. (Enfermeira Flexível- 4).

Recorte 4- Eu comecei a ver que vai **ter coisa que o outro vai fazer sozinho**, e fui **direcionando tanto a família quanto a comunidade**, porque às vezes **a comunidade quer sugar muito você, quer que você sempre faça por ele, e tem coisas que eles mesmos podem fazer**. Então, eu fui **trabalhando o autocuidado do usuário, dos familiares para sobrar um pouquinho de tempo para cuidar de mim**. (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 5- Quando **as pessoas se afinam**, independentemente de estarem na roda ou não, **elas já se visualizam com um olhar diferenciado**. Eu e uma colega **fomos convidadas para realizar rodas em uma escola**, porque **as pessoas estavam com um comportamento difícil** entre elas. **Depois que elas passaram a conhecer o problema do outro, elas começaram a se abordar, se encontrar, a discutir e respeitar o problema do outro independentemente de estar na roda**. E foi muito interessante quando elas [diretoras da escola] **disseram que a gente tinha transformado a vida daqueles profissionais porque eles antes estavam sempre cobrando um do outro, se agredindo e hoje eles ofereciam ajuda para o outro dentro da escola**. Quando uma não podia dar aula por motivo de doença, **elas se ofereciam para ajudar a colega**. Além da **solidariedade**, nasceu uma **amizade**, e a **qualidade da convivência** é diferente. (Enfermeira Mudada- 13).

O fortalecimento de vínculo e a autonomia que a participação nas rodas proporcionou foram bastante evidenciados nos discursos presentes, como também é notório o quanto os elos de amizades e laços afetivos geram satisfação nas enfermeiras. Na concepção de Barreto ^{47:306}, “vínculo é tudo aquilo que liga os homens entre si e os homens à terra, às suas crenças, aos seus valores, enfim, a sua cultura que lhe confere identidade, inclusão e sentimento de pertença”.

Convém salientar que a continuação do desenvolvimento das rodas na comunidade promove gradativamente o empoderamento do usuário, deixando o profissional aliviado e mais realizado durante sua condução, pois as responsabilidades passam a ser compartilhadas pelo grupo e, nesse processo, cada um se mostra mais fortalecido para enfrentar os problemas. Diante disso, perceberam-se discursos atualizados, e uma prática efetiva, pois, Barreto; Lazarte ^{162:25} revelam que a TCI:

é um instrumento de construção de redes de apoio social, porque possibilita a criação de vínculos e a formação de uma teia de relações facilitadora das trocas de experiências, do resgate das habilidades e da superação das adversidades baseada na formação de recursos sócio emocionais.

Consequentemente, ao término das rodas de TCI, os participantes criam e fortalecem essa rede de solidariedade, que faz emergir uma dinâmica interativa de identificação e, na medida em que os usuários tecem seu sofrimento, estes se tornam mais autônomos e menos dependentes de tecnologias duras e leves-duras, muito bem classificadas, por Merhy em relação às instituições e medicações, respectivamente.

Desse modo, a prática da TCI se torna satisfatória e eficaz, pois permite que ao longo de sua realização, os participantes construam e fortaleçam vínculos solidários que, de igual modo, os despertam para “um processo de reconstrução e reconhecimento de sua identidade, imagem e memória coletiva, recuperando as raízes comuns, dando um sentido de pertencimento aos indivíduos, sem perder de vista as suas singularidades” ^{162: 26}.

A TCI, ao promover a autonomia e fortalecer a participação social, faz emergir sujeitos competentes e responsáveis, capazes de realizar transformações sociais e políticas voltadas para o interesse da população e para a melhoria do modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS. Para isso, os profissionais devem ir além do campo da informação, considerando os valores, costumes e modelos sociais que levam a condutas e práticas educativas libertadoras, em que ambos são vistos como sujeitos, com papéis definidos, capazes de promover mudanças na realidade enfrentada no modelo de saúde vigente ¹⁶³.

É cabível focar, portanto, o quanto a enfermagem, diante do desenvolvimento de tais práticas, tem se tornado uma profissão central no sistema de saúde, diferenciando-se e destacando-se a cada dia com o desenvolvimento de práticas interativas e integradoras de cuidado. Tudo isso repercute de forma positiva, seja no setor da educação, na promoção, na recuperação e proteção da saúde dos indivíduos. Contudo, alguns desafios ainda se encontram presentes nas suas práticas, pois é necessário que ele invista, em atitudes pró-ativas, capazes de promover a saúde dos indivíduos pela ampliação das oportunidades e possibilidades reais ¹⁵⁹.

As práticas sociais exigem da enfermeira o estabelecimento de novas responsabilidades e de comunicações centradas na ampliação das competências. Dito de outra forma, é preciso que ele invista na autocompetência para o cuidado, seja individual ou coletivo. Para isso, necessário será inovar suas ações, desenvolver a criatividade, ousadia e a capacidade de protagonizar e visualizar novos espaços de atuação profissional que distinga o indivíduo como um ser social, inserido em uma realidade complexa e multidimensional ¹⁵⁹.

A ABS tornou-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de cuidado por parte da profissional enfermeira, pois permite o diálogo, a interação interpessoal e o desempenho de técnicas, a organização de serviços para a oferta de um atendimento com base na identificação das necessidades e orientações em saúde. É preciso, sobretudo, que o cuidado esteja presente em todas as suas ações cotidianas e deem sentido ao seu lugar de cuidadora ¹⁶⁴.

Nessa perspectiva, parte-se da compreensão de que a TCI foi introduzida na ABS como um instrumento que, prioritariamente, geraria novas competências à prática da

enfermeira, pois, segundo Fernandes et al.,¹⁶⁵ ela representa uma metodologia dinâmica, participativa e integrativa para promoção da saúde e quando aplicada pelo profissional na ESF, estreita os laços afetivos entre ele e a comunidade, porque, além de suscitar uma prática que possibilita o autocuidado e corresponsabilidade da população, quando aplicada de forma adequada, essa comunidade se favorece e automaticamente, se reduzem os agendamentos assistenciais.

Conforme visto, a análise dos depoimentos de todas as enfermeiras terapeutas comunitárias, revelam vestígios, evidências que foi preciso dar sentido ao seu lugar de cuidadora e de terapeuta comunitária para ressignificar a sua prática profissional e com isso, transformá-la. Diante de tais transformações e entendendo seu lugar na ABS, as mesmas referiram que ocorreram algumas mudanças que transformaram suas ações durante esse tempo que vêm atuando como terapeuta comunitária. Para tanto, surgiu a seguinte Formação Discursiva: **4.2.2 Mudanças que transformam as práticas das enfermeiras.** A qual foi subdividida em: *a) Valorização do autoconhecimento e do autocuidado; b) Tornar-se sensível e ter atitude reflexiva e crítica acerca de si e dos demais; c) Fortalecimento da habilidade para conduzir grupos de forma democrática; d) Inserção de ações de saúde mental na ABS: escuta sensível, identificação de problemas emocionais e encaminhamento com resolutividade*, descritos a seguir:

a) Valorização do autoconhecimento e do autocuidado

A competência nas práticas profissionais da enfermagem encontra-se diretamente, relacionada ao saber valorizar o autoconhecimento para que, a posteriori, se possa aguçar em si a capacidade de conhecer e cuidar melhor do outro. Tais premissas geram na prática desses profissionais, um reconhecimento de suas habilidades e limitações, na medida em que se enxergam enquanto ser humano, com sentimentos, mas também, com barreiras físicas, psicológicas e sociais que o impedem de compreender e realizar certas ações¹⁵⁵.

Em tese, é necessário que as enfermeiras valorizem os postulados do educador do futuro, em particular, o *saber ser*, que segundo Delors¹⁶⁰, desperta o profissional para um comprometimento e compromisso social de si, de suas ações. Exige uma observação voltada para a realidade vivida e, o mais importante, é que, nesse processo, ele se torne humilde e flexível e se reconheça como sujeito capaz de transformar e melhorar suas atitudes pessoais e relacionais.

É nessa perspectiva que no decorrer do processo de formação em TCI, uma das prioridades estabelecidas pelo o método criado por Professor Doutor Adalberto Barreto, é o

direcionamento do profissional em formação para o autoconhecimento. Assim, os participantes são estimulados durante as oficinas de cuidado, a descobrir as falsas imagens construídas sobre si que o aprisionaram durante um longo período de tempo. Diante dessas descobertas, outros conceitos positivos do sujeito passam a ser valorizados, como as batalhas vencidas e as histórias de sofrimentos superadas. Isso desperta nele, uma capacidade para direcionar sua própria vida, ressignificando-se, e tornando-se dono de seu ser ¹⁶².

Tal prerrogativa evidenciada durante a formação vai ao encontro do preceito de Sócrates, quando discorre “conhece-te a ti mesmo”, insista no mais difícil de todos os desafios. E julga também quase impossível compreender o que Kierkegaard se referia ao proclamar: “Aventurar-se, no sentido mais elevado, é precisamente tomar consciência de si mesmo” ^{166: 53}.

A TCI também evoca no profissional durante o processo de formação o autocuidado, que segundo Bub et al ¹⁶⁷, apresenta-se como algo totalmente vinculado à saúde humana ao seu desejo de saber, de buscar a verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. A dimensão ética o vincula a aspectos do viver saudável, ao desempenhar práticas de atividades em prol do seu benefício e cujo objetivo é manter a vida, a saúde e o bem-estar. Tais ações, por serem voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões e têm a finalidade de contribuir de forma peculiar para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Os fragmentos adiante promovem essa discussão:

Recorte 1- Na minha vida a terapia comunitária **mudou muita coisa. Eu aprendi a me conhecer mais**.[...]. Eu aprendi **ser mais maleável**, [...] Ela **mudou não só minha vida no trabalho, mas em minha vida em casa, com os meus familiares**. (Enfermeira Alegre- 8).

Recorte_2- **Mudou meu foco, meu autoconhecimento**. Realmente **eu não me via, no espelho, conseguia ver só os outros**. Hoje eu tenho **a cautela de parar e pensar, antes de agir**. (Enfermeira Equilibrada- 2)

Recorte 3- **Eu aprendi a cuidar de mim! Cuidar do meu corpo e de minha mente**. Aprendi a **lidar com o estresse do trabalho**, pois ele tem que ser benéfico e não maléfico. Hoje eu **sei que sempre terei esse estresse, mas eu tenho que convertê-lo para que eu não adoça**. (Enfermeira Reconhecida- 18).

Recorte 4- [...] **O meu olhar se ampliou** e quanto à minha vida pessoal, a terapia **mudou todo meu convívio com os meus familiares, com meus filhos. Seja no olhar, na compreensão, na percepção**. Na vida profissional **houve um salto de qualidade no atendimento prestado e realizado, além da minha satisfação pessoal em fazer o que eu faço, em ser enfermeira e cuidadora**. (Enfermeira Inacabada- 10).

Recorte 5- A terapia **ajudou na minha sensibilidade, no meu comportamento, na paciência**, mas, sobretudo, **a não guardar ressentimento. Me ajudou a me descobrir**. A terapia nos diz que a gente tem **que ser o que a gente é, e não o que a sociedade e nos**

pais querem. A partir da formação eu penso e paro para refletir, para perceber melhor o outro. Ela me ajudou a me conhecer: “eu não sabia quem realmente eu era e o que realmente eu queria”. (Enfermeira Compromissada- 3).

Recorte 6- Antes da formação em terapia comunitária, eu sempre fui uma enfermeira que cuidava muito do outro. [...] A partir da formação, eu passei a olhar e cuidar mais para mim e ver que eu sou uma pessoa que precisa de cuidado, tanto quanto os outros. (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Segundo as entrevistadas, o autoconhecimento que a formação em TCI e a condução das rodas provocam no terapeuta comunitário, tem proporcionado inúmeras mudanças na sua vida pessoal, familiar e na sua atuação profissional. Dentre elas, destacam-se: melhoria na satisfação pessoal e com o outro, inversão de olhares e percepções, cuidado para se formular um pensamento antes de agir; qualificação e ressignificação da prática profissional.

Essa capacidade de se autoconhecer, de se tornar terapeuta de si, sujeito ativo, criativo, capaz, autor de sua própria vida e escolhas, consciente de suas raízes socioculturais e históricas, libertam o terapeuta da passividade, da submissão e da aquiescência. Isso ocorre porque a TCI age na base do sujeito, pois modifica a consciência do oprimido e o liberta para a prática, para uma ação não teórica ou ideológica. Ainda segundo os autores, ao tornar-se terapeuta de si, a pessoa realiza um reencontro profundo com suas raízes, sua identidade, sua origem e seu pertencimento. Para isso, ele precisa fazer uma leitura sobre quem quis ser no passado e quais são suas projeções futuras, para que assim, essa prática social o liberte plenamente ¹⁶².

May ^{166:70-71}, sabiamente, infere que essa autoconsciência desperta no sujeito uma capacidade de ver-se no exterior, tratando-se da mais alta qualidade humana, por suscitar nele a capacidade de se distinguir no mundo. Para isso, lhe é dado o talento de “suspender o tempo, sair do presente e imaginar-se na véspera do dia seguinte”. Ou melhor, “podem aprender com o passado e planejar o futuro”. Ademais, Terra et al ^{138:168} revelaram ainda que “quanto mais nos conhecemos, mais aptos estamos para cuidar do ser humano. É fundamentado na disposição de autoconhecer-se, que o ser humano descobre maneiras que transformem a si, o outro e o mundo a nossa volta”.

Entende-se, então, a necessidade iminente da enfermeira compreender que para cuidar de vidas ela tem que, no mínimo, cuidar de sua saúde, pois na medida em que conhece sua história de vida, seus valores, deveres e limites, elas automaticamente se cuidam e zelam por sua qualidade de vida e autoestima. Com isso, inúmeros benefícios poderão ser observados no ato de cuidar do outro a posteriori, pois assim, ela estará apta a prestar um cuidado

humanizado, voltado para a integralidade do cuidado tão almejado e discutido nos últimos dias no país ¹⁶⁸. Dessa maneira, ao apropriar-se do *saber ser*, a enfermeira se tornará capaz de promover uma atuação que valorizará a qualidade e a produtividade, tornando sua ação no território que atua muito mais efetiva e eficaz.

Todavia, cumpre afirmar que essa não tem sido uma realidade plena para aquelas enfermeiras que não são terapeutas, pois os estudos de Jodas; Haddad ¹⁶⁹ e França; Ferrari ¹⁷⁰ contrapõem-se, revelando que nos últimos anos as enfermeiras que atuam nos serviços de saúde atuais adoecem a cada dia, por não terem o hábito de cuidar de si. Tais adoecimentos relacionam-se à sobrecarga emocional e de trabalho, níveis altíssimos de estresse e o esgotamento profissional, haja vista sua relação direta com o bom funcionamento do serviço de assistência à saúde, pela supervisão dos demais profissionais de enfermagem, sendo constantemente cobrados pela administração e organização do serviço.

As enfermeiras, ao relacionar o ato de cuidar do outro como aquele necessário para o cuidado de si, devem tomar o cuidado para que essa não seja a única forma encontrada para se cuidar, pois no geral eles apresentam dificuldade de se olharem enquanto corpo, humanos e profissionais, e esse tem sido um dos fatores que mais dificultam a sua concepção e o entendimento que necessitam para estar bem consigo mesmo, para que assim, possa cuidar melhor do outro ¹⁴¹.

Dados os fatos, ao se visualizar os estudos, fica perceptível o quanto os profissionais que atuam na ABS ainda precisam investir em competências voltadas para o autoconhecimento e o autocuidado, sendo esse um fato preocupante, uma vez que essa é uma atitude fundamental para a transformação e ressignificação de si e de suas práticas. De todo modo, se evidenciou nessa investigação que o processo de formação em TCI despertou nas Enfermeiras, Alegre, Equilibrada, Reconhecida, Inacabada, Compromissada e Sensibilizada a competência necessária, ao tornarem-se mais sensíveis e por considerarem sua importância e o seu valor. Tudo isso repercute de forma positiva na transformação desses sujeitos e no modo de cuidar do outro. Essa discussão também se aprofunda adiante.

b) Tornar-se sensível e ter atitude reflexiva e crítica acerca de si e dos demais

O processo de transformação, além de contínuo, emerge a partir de uma intervenção consciente do sujeito. Todavia, é preciso que ele compreenda que tal mudança exige de si uma problematização da realidade comprometida com o processo histórico pelo qual está inserido, sendo necessário um olhar que atravessasse o individual e caminhe em direção ao ser social,

transformando-se em críticos, reflexivos e politizados, com práticas autênticas e condizentes com a realidade vivenciada ^{171;172}.

Parte-se da concepção, então, que toda pessoa precisa despertar em si uma visão passada, a partir do resgate das memórias e do vivido, das experiências e aprendizados que, de algum modo, influenciam na sua vida e na forma de enxergar o mundo. Como exemplo, encontram-se os papéis e identidades construídos a partir da história familiar, cultural e política, com direitos, obrigações e possibilidades de agir no mundo e nas relações com as pessoas, que propiciam ainda, o sentimento de pertença social. É preciso ter visão para o futuro, depositando nele seus sonhos, expectativas e crenças ¹⁷³.

Além disso, é imprescindível enxergar os diversos papéis por eles ocupados e as diferentes relações de poder e/ou afeto que cada uma estabelece em si. Tal processo remete ao entendimento que toda pessoa tem de um corpo vivido, que envolve história pessoal, a forma que ocupa e se relaciona com mundo que diverge daquele que permeia o biológico, o anatômico e o bioquímico. Essa dimensão transcendente que envolve seu ser dá a sensação de identidade, que embora em constante movimento e transformação, os regulam e os fazem entender as correlações existentes em cada processo apresentado ¹⁷³.

Weber ³⁸ assegura ainda, que para se dar sentido a uma realidade particular, cabe ao humano procurar entender seu passado e resgatar características importantes que guiarão as explicações no presente e para as possíveis previsões futuras. A formação em TCI despertou nas enfermeiras entrevistadas a capacidade de se enxergarem como pessoas e como profissionais tornando-os mais sensíveis consigo e com os outros:

Recorte 1- Eu vejo que **eu venho me transformando**. Na verdade, a terapia comunitária **disparou em mim um movimento de autoavaliação, de transformação interior** e eu acho que isso é muito importante. Ao longo desse tempo, **eu venho me questionando, me sondando** e, conseqüentemente, **isso traz repercussões para minha prática**. Ela **mudou muita coisa em mim, me virou do avesso**. Hoje eu tenho uma **prática diferente com os meus usuários, me sinto muito mais sensível**. (Enfermeira Fortalecida-10)

Recorte 2- Eu já não me vejo como eu era antes, eu **me vejo uma pessoa diferente, mais paciente, mas sensível**, porque a partir do momento que você consegue enxergar uma pessoa com um determinado problema e **ao ajudá-lo e beneficiá-lo, você também se beneficia, isso é muito gratificante! Então, você não só ajuda o próximo, mas também, ajuda a si mesmo**. (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 3- Eu falo para os quatro cantos e por isso acho que já tive prejuízos. Mas com a terapia **eu estou aprendendo a falar para as pessoas certas** e isso me ajudou muito. **Minha sensibilidade aumentou** muito e também minha **capacidade de me colocar no lugar do outro**. Em ser mais tolerante [...] (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 4- A terapia **mudou meu comportamento e passei a observar melhor o comportamento do outro**. Eu me tornei **mais reflexiva diante de minhas próprias atitudes, aprofundou meu pensamento autocrítico e também me tornei mais crítica em relação às atitudes das outras pessoas**. Eu não sei se a **idade tem me trazido maturidade**, mas eu sempre fui muito ingênua em relação às atitudes das pessoas, e eu não tinha despertado para esse tipo de comportamento. Durante a formação e na roda de terapia você pode observar isso, **entendendo até que ponto posso ajudar e ser ajudada** (Enfermeira Flexível- 4).

Recorte 5- Na minha prática com o usuário, **o que mudou é que hoje eu vejo tudo que está influenciando para o desenvolvimento da doença dele**, inclusive **o ambiente familiar, ir na casa dele, ver como está a sua vida, buscando colher algo mais do que aquilo que ele está apresentando**. Isso, muitas vezes, passava despercebido, mas como terapeuta não, **a gente já escuta mais os relatos** e nas rodas elas podem expressar melhor. **Você descobre que o problema dele é com o filho, é no domicílio**. (Enfermeira Reconhecida-18).

Recorte 6- **Existe um sentimento de nunca ter acabado, de se conhecer, de se buscar, que é infinito, e é uma sede que não para**. Então, **eu preciso estar nesse movimento de me conhecer, de transformar algo nas rodas**. É um sentimento que você **tem que melhorar sempre**, não tem como dizer que não tem o que melhorar. **Eu sempre vou ter que melhorar!** (Enfermeira Inacabada- 10).

Ficou explícito nos fragmentos discursivos das enfermeiras Fortalecida, Mudada, Empática, Flexível, Reconhecida e Inacabada o quanto elas foram transformadas após o processo de formação em TCI, adquirindo consciência que esse processo é permanente e não estático e finito. Essas enfermeiras em transformação se mostram empoderadas, reflexivas, autocríticas, sensíveis, mais pacientes e tolerantes. Elas são aquelas que conhecem primeiramente seu interior para, posteriormente, modificar sua prática com o *ser* cuidado, entendendo seus limites e as responsabilidades que o outro tem sobre si.

Morais; Dias e Ferreira Filha ¹¹⁰ ressaltam que entre as mudanças que a TCI proporciona na vida profissional do terapeuta estão aquelas relacionadas à nova forma de cuidar do outro, no agir positivamente dentro de uma perspectiva ética e profissional. Isso ocorre porque, ao refletirem sobre os aspectos das suas histórias de vida, eles ressignificam alguns fatores individuais, coletivos e sociais.

Doutra parte, não se pode deixar de inferir que o desenvolvimento tecnológico, a sociedade capitalista, as exigências por educação permanente, as mudanças sociais e educacionais e o próprio fortalecimento do controle social no SUS, ampliando o exercício da cidadania, não tenham também influenciado nesse novo perfil profissional da enfermeira que se encontra inserido na ABS, tomando-se por base que, das seis entrevistadas que falaram, cinco já atuavam nesse nível de atenção à saúde a mais de dez anos.

Esse processo permanente de auto sensibilização as faz enxergar aquilo que ainda precisam transformar em si, conforme indicam os depoimentos adiante:

Recorte 1- Eu ainda tenho muita **difficuldade de falar, de me abrir, de expor meus sentimentos**. Eu **sempre tive essa dificuldade**, mesmo na formação e eu acho e ainda **não consegui me soltar totalmente**. Eu **tenho facilidade de escutar, de conversar com as pessoas**. **Ainda estou tentando ver como irei resolver isso!** Estou me transformando aos poucos (Enfermeira Transformada- 11)

Recorte 2- Eu ainda **preciso me trabalhar, através da técnica de respiração ao acordar, para vir para o ambiente de trabalho com pensamento positivo** e preparada para o que eu vou encontrar. (Enfermeira Reconhecida- 18)

Recorte 3- Eu preciso **superar a minha capacidade de ter paciência [...]**. (Enfermeira Compromissada- 3)

Recorte 4- Preciso **trabalhar ainda a minha flexibilidade** em algumas situações (Enfermeira Flexível- 4).

É preciso ter clareza, porque a transformação permanente que a enfermeira terapeuta comunitária passa se configura uma das virtudes que a formação em TCI evoca, pois, a partir de então, ela aprende a demarcar seus limites e potencialidades. Quando o profissional reconhece o que é preciso melhorar em si, ele demonstra autoconhecimento e humildade, por entender que esse processo é lento, porém, inacabado. O depoimento da Enfermeira Transformada reflete essa discussão.

Essa é uma atitude que caminha para fortalecer processos de crescimento pessoal e profissional, pois, na medida em que se pensa de maneira reflexiva, com inteligência, criatividade e profundidade, entendendo seus limites, o desenvolvimento pessoal e social se torna um fato. Ademais, tal postura tende a estimular de forma direta, a autonomia do sujeito, que de maneira consciente a enxerga como um processo de crescimento, dinâmico e permanente e, nessa direção, se evoca em si uma capacidade de aprender a aprender ¹⁷⁴.

Bachelard ^{43: 22} subsidia essa afirmativa ao inferir que:

a consciência é um laboratório individual, um laboratório inato. Assim, os existencialismos abundam. Cada um tem o seu; cada qual encontra a glória na sua singularidade. [...] em um lugar na existência da raiz do ser, no repouso de uma natural perseverança do ser, a ciência propõe-nos um existencialismo pela ação energética do ser pensante. O pensamento é uma força, não é uma substância. Quanto maior é a força, tanto mais elevada é a promoção do ser.

Assim, fica evidente nos discursos das Enfermeiras Reconhecida, Transformada, Compromissada e Flexível a plena consciência daquilo que precisam melhorar em si. Cumpre ainda destacar que existem terapeutas que acumulam em si o problema do outro e revelam que nesse processo contínuo de transformação, precisam trabalhar essas questões para não entrar em sofrimento psíquico, conforme suscita os depoimentos adiante:

Recorte 1- **Eu sinto um sofrimento por não poder resolver determinados aspectos na vida daquela pessoa, por não ter pernas para aquilo, e diante do problema de saúde dele, eu não consigo resolver tudo que deveria estar ao meu alcance. Isso é muito sofredor**, porque uma coisa é você não conhecer, outra coisa é quando você conhece e **se sente responsável para tentar resolver aquilo, porque você sabe como resolver**, mas não tem meios. Como terapeuta **eu me defino uma pessoa angustiada** nesse sentido. (Enfermeira Flexível- 4).

Recorte 2- [...] Tem horas que **minha governabilidade chega a um ponto que eu não posso resolver, e aquilo me incomoda, me angustia, porque eu gostaria de fazer mais para resolver aquela situação e não consigo muitas vezes, e isso realmente mexe comigo**. (Enfermeira Feliz- 2).

As profissionais ainda não compreenderam que seu papel não é o de Salvadora da Pátria, mas o de buscar a corresponsabilidade e a coparticipação. Pôde-se refletir sobre a necessidade dessa profissional entender que existe uma rede de atenção à saúde, com territórios e funções definidas, tendo como objetivo, atuar de forma articulada e interdisciplinar. Todavia, o que se visualiza é que essas premissas não estão sendo efetuadas na prática e o profissional, muitas vezes, sofre com isso. Tais vestígios estão identificados nos fragmentos discursivos das entrevistadas, nas palavras: sofrimento, sofredor, angustiada, incômodo e angústia.

Barreto et al ²³ afirmam que é preciso o terapeuta comunitário estabelecer limite na sua intervenção para não extrapolar sua função. Essa postura o ajudará a não absorver o problema do outro para si, ao ponto de sofrer por ele. É sua função ajudar o participante a encontrar sua pérola, a partir dos saberes construídos junto ao grupo. Nessa direção, ele irá clarear suas questões e realizar suas próprias descobertas.

Essa fragilidade na governabilidade apresentada nos discursos das enfermeiras Flexível e Feliz gera angústias nesses sujeitos por não conseguirem dar resolutividade às demandas dos usuários na rede de serviços que atuam. Tais sentimentos podem ocorrer, porque para o profissional é difícil realizar uma prática que se contrapõe aos preceitos do SUS, e ao lugar ocupado por ele, ou seja, de “cuidador”. Pois, quando o profissional é comprometido com o que faz, esse se torna um processo doloroso e sofredor. Tomando-se por base o conceito de integralidade proposto pelo SUS ¹⁵³, vê-se o quanto essa fragilidade na resolutividade diverge de suas propostas, porque a integralidade visa a garantir ao cidadão o direito de acesso às diferentes esferas de atenção em saúde, contemplando ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, por meio de uma cobertura de serviços em distintos eixos, com integração de ações da rede de serviços, capaz de viabilizar uma atenção integral.

c) Fortalecimento da habilidade para conduzir grupos de forma democrática

As políticas públicas de saúde do país têm tornado a enfermeira uma agente de transformação dos cenários de saúde e entre as funções desempenhadas por ela na ABS, está à condução de grupos. Tais grupos favorecem a prática de saúde coletiva almejada pelo SUS. No entanto, para o seu desenvolvimento, a profissional deve ter domínio sabendo como coordená-lo, conhecer dinâmicas para integrar as pessoas e investir no seu autoconhecimento¹⁷⁵.

Os autores supracitados acrescentam ainda que quando a enfermeira não a conduz de forma adequada ou a faz de maneira inapropriada, os participantes podem ser prejudicados, podendo ainda causar danos ou mesmo, levar à banalização desta ferramenta tão importante para a comunidade e para as pessoas que delas participam. Isso porque, deve-se ter a concepção que cada grupo possui características específicas e merece ser conduzido de acordo com seus objetivos e demandas, exigindo assim, um maior esforço daquele que o conduz.

Uma das principais causas do seu insucesso decorre porque os grupos educativos realizados nos serviços de ABS seguem a linha hegemônica do século passado e obedece a uma perspectiva educativa bancária, unidirecional e impositiva. A relação estabelecida entre o profissional e o usuário baseia-se em noções de dominação e poder, do profissional para com o usuário, legitimando-se a partir da relação estabelecida, na qual o profissional de saúde, durante todo o processo educativo, tem a convicção que é o detentor do verdadeiro saber¹⁷³;

¹⁷⁶. O discurso da enfermeira abaixo indica essa afirmativa:

Recorte 1- Eu não sabia o que era trabalhar com grupo. Eu achava que **no grupo eu era a detentora do conhecimento e ia proferir uma palestra. Que elas eram as ouvintes que estavam ali, porque eu era a enfermeira que tinha estudado passado por uma academia e elas eram as usuárias que não sabiam de nada.** Então, **minha relação era vertical, eu lá e elas ali.** (Enfermeira Inacabada- 10).

Ante essas considerações, acredita-se que:

a educação em saúde ao ser vista como uma ação que valoriza as práticas de saúde hegemônicas pautadas na transmissão de conhecimentos tecnocientíficos para a cura de doenças, encontra forte influência das tecnologias leves-duras que preconizam o saber técnico, que pode estar voltado para o controle da população^{163: 218}.

Outro estudo realizado com enfermeiras da ESF na Paraíba identificou que as profissionais da ABS reconhecem a importância da realização da educação na saúde e as desenvolvem de modo constante. No entanto, essas ações estão prioritariamente focadas na

doença, na intervenção, na difusão de informações e, no geral, são realizadas apenas quando o usuário busca atendimento ou é identificado pela equipe no momento em que a doença está com seu curso avançado, causando prejuízos e danos à saúde ¹⁴⁸.

Acrescentam ainda, que as ações das enfermeiras que atuam na ESF ainda precisam ser estimuladas a partir de investimentos em práticas emancipadoras e problematizadoras, de modo a voltar-se para a prevenção das doenças e a promoção da saúde dos indivíduos e suas famílias no âmbito da APS. Nesse prisma, é fundamental que ele desconstrua as matrizes do modelo assistencial biologicista e curativista e, desse modo, avancem nas propostas emanadas pelo SUS ¹⁴⁸.

Ademais, é necessário que a enfermeira atribua sentido às subjetividades do indivíduo, levando em consideração seus valores, suas crenças, seus modos de viver, de cuidar de si e o conjunto de saberes e práticas presentes em suas ações de cuidado. Ao valorizar esses aspectos, automaticamente, o cuidado tende a ser visto de uma forma compartilhada, permeada pela prática dialógica e sensível pela profissional ^{177:178}.

É importante enfocar, contudo, que a TCI segue uma linha mais flexível, popular e permeada por diálogos de educação em saúde, pois baseia-se nos pressupostos de Paulo Freire ¹⁷⁹, quando revela que para atribuir sentido a uma prática educativa e para que o educador alcance sua efetividade e eficácia são fundamentais que o coordenador do grupo possibilite aos participantes assumirem uma postura livre e crítica. Esse coordenador, por sua vez, terá que ter a consciência de que nesse processo ele não exerce uma postura impositiva; ele será o facilitador do diálogo, ora estabelecido.

As enfermeiras terapeutas comunitárias ressaltaram que após ter realizado a formação em TCI, sentiram-se mais seguras e capacitadas para conduzir os grupos existentes nos serviços de ABS, adquirindo uma postura mais democrática. Tal afirmação se encontra presente adiante:

Recorte 1- Eu acho que a terapia também **me deu essa capacidade de estimular o grupo e ideias de como ir trabalhar** com eles. Você não tem que estar inventando uma técnica para trabalhar, **você aprende a usar essa técnica e ela se aplica a vários espaços, e isso facilita minha vida como enfermeira e como terapeuta. Porque onde você aplica ela flui, ela direciona e isso é muito bom.** Embora eu já conduzisse grupo e ache que conduzia bem, **eu não conseguia ter a adesão das pessoas. Ela é uma ferramenta de condução de vários grupos, seja de saúde mental ou qualquer outro. Eu me encontrei, eu me reencontrei,** ela vai criando muitas possibilidades em tua vida. (Enfermeira Redirecionada- 20).

Recorte 2- Eu estou mais **fortalecida para trabalhar com grupos, hoje eu tenho mais espontaneidade, mais ferramentas para trabalhar. Me sinto mais segura** depois da formação. (Enfermeira Fortalecida-10).

Recorte 3- Depois da terapia melhorou bastante, **porque eu aprendi técnicas, dinâmicas, estratégias para que o outro fique mais à vontade, expresse mais o que está sentindo, ou seja, sua dor, sua alegria.** Às vezes você fica sem ação para tornar o grupo mais participativo e ativo e, com a formação, **você aprende essas estratégias e facilita que o outro se expresse.** (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 4- Eu tinha **dificuldade de resgatar a criatividade do grupo**, por mais que você ache que tem boas ideias, mas na hora foge. **Na terapia, aprendi várias dinâmicas, e eu ainda fui procurar mais.** Então eu vejo que **quando você tem uma bagagem maior, você consegue levar melhor o grupo.** (Enfermeira Reconhecida- 18).

Conforme revelam as entrevistadas, a técnica da TCI é uma ferramenta que leva os profissionais a desenvolverem grupos com mais propriedade, segurança e espontaneidade. A formação não limita o profissional apenas para realização das rodas propriamente dita, pois, outros grupos estão sendo conduzidos com sucesso no território da ESF por essas enfermeiras. Ferreira Filha et al ¹⁸⁰ citam que a TCI tem ampliado e fortalecido a prática do profissional da ESF e ela tem sido muito efetiva nos diferentes contextos populacionais desses serviços, migrando suas práticas, gradativamente, para o modelo comunitário de saúde.

Por conseguinte, o modelo comunitário de saúde fundamenta-se nos pressupostos filosóficos do SUS e da Reforma Psiquiátrica, que na atualidade são representados pelos cuidados oferecidos na ABS, nos CAPS, Residências terapêuticas, se situando, prioritariamente, no interior das comunidades. Ele segue uma lógica de prevenção de doenças e promoção da saúde, e tem por finalidade reduzir os fatores de risco, lidando com o sofrimento emocional de maneira integral, universal e resolutiva, suscitando nas pessoas sua autonomia ¹⁸⁰.

A formação provocou também nas profissionais a capacidade de realizar dinâmicas e estratégias que favoreceram, de certo modo, que os participantes expressassem seus sentimentos, suas angústias e dores com mais facilidade, se tornando mais participativo, democrático, criativo e dinâmico, além de ele estabelecer laços afetivos entre o grupo e o profissional que conduz a roda.

Barreto ⁴⁷ infere que o terapeuta comunitário durante a condução das rodas de TCI precisa se mostrar disponível para crescer junto ao grupo, entendendo que para o processo educativo ocorrer de forma eficaz, o profissional que a conduz tanto irá ensinar quanto aprender. A dinâmica social que a prática proporciona o faz perceber que ele não é o detentor do saber e que mais importante que revelar seu saber científico, será instigar no grupo a construção de competências, estabelecendo, assim, uma relação horizontalizada, pois todos os

participantes ganham voz, nesse processo educativo. A enfermeira Inacabada fortalece essa discussão ao revelar adiante o quanto o processo de formação em TCI a deu competência profissional durante os momentos grupais:

Recorte 1- Hoje o que mudou é **que me vejo como alguém que vem compartilhar um conhecimento que eu já adquiri previamente**, mas que eu **posso também acolher o conhecimento que elas têm a respeito daquela temática e nisso transformar, ressignificar, chegar a um objetivo comum, juntar a prática, a vivência com a teoria, e tirar dali, o melhor**. (Enfermeira Inacabada- 10).

Isso ocorre porque a TCI incorporou da pedagogia de Paulo Freire a noção de criticidade e o caráter dialógico da construção de conhecimento da realidade. Também introjetou a noção de libertação do opressor interno presente em cada pessoa. Tais aspectos permitem que o processo educativo ocorra em duas vias, pois tanto o educador quanto o educando aprendem, porque todos são munidos de saberes e de visões de mundo divergentes umas das outras e, nessa direção, elas se complementam ^{162;181}.

Padilha e Oliveira ¹⁸² acrescentam que é fundamental para o terapeuta saber coordenar a roda e que no decorrer de seu desenvolvimento ele também faça terapia junto com o grupo, e é nesse momento que ele ajuda e é ajudado. Assim, todos contribuem e são responsáveis por encontrar soluções para os problemas; com isso, ele se coloca em posição de igualdade de conhecimento e não ocupa um lugar central; é o próprio grupo que transmite ensinamentos.

Esse terapeuta proporcionará ajuda, através da coordenação, condução, acolhimento e mediação e garante o efeito terapêutico do grupo, sendo necessários conhecimento e experiência suficiente para a mediação da prática e, com isso, se promover melhoria dos vínculos interpessoais e a prevenção do adoecimento mental. Assim, acredita-se que o terapeuta comunitário é alguém que pode incorporar à sua prática a própria subjetividade, suas experiências, sua formação, sua cultura e, através das trocas com os participantes, ampliar seu conhecimento. É aquele que se sente mais próximo do usuário, reconhecendo o saber do outro ao se despir do saber técnico, propiciando que outras vozes sejam ouvidas ¹⁸².

Dessa maneira, o terapeuta desperta “o dinamismo interno dos participantes, para que este descubra seus valores, suas potencialidades e se torne mais autônomo e menos dependente”. Ele será o catalizador que acelera, modela e orchestra o trabalho terapeuta do grupo, provocando questionamentos, discussões e clareza nas ideias, ajudando-os a desenvolver sua vocação terapeuta e preventiva ^{47:50}.

Contudo, a partir desse compartilhamento de informações, a enfermeira e os participantes refletem e analisam juntos, à pertinência ou não, da prática, e quando consideradas inadequadas, ambos se mobilizaram para a mudança. Tudo isso tem sido

imprescindível para se favoreça o processo de conscientização a fim de que as pessoas percebam que precisam se cuidar, e abrir caminhos que favorecerão sua saúde e bem-estar ¹⁷⁸.

Conforme as evidências transparentes e presentes nas entrelinhas dos discursos das enfermeiras terapeutas comunitárias Fortalecida, Redirecionada, Sensibilizada, Reconhecida e Inacabada, o processo de formação em TCI e o desenvolvimento contínuo das rodas na comunidade faz com que essas profissionais sintam-se mais seguras e preparadas para conduzir os grupos no território de abrangência. Além disso, essa capacidade que elas desenvolvem de articular o conhecimento adquirido na academia com aqueles que os participantes trazem consigo, deixam-nas, a cada dia, mais motivadas, na medida em que transformam o processo ensino aprendizagem realizados na ABS.

Nesse sentido, a TCI tornou-se para as enfermeiras que atuam na ABS um excelente instrumento de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico, e que além de gerar competências em si, subsidia a construção de uma nova identidade profissional, por possibilitar trocas de experiências, transformações subjetivas, impossíveis de serem evidenciadas nas consultas clínicas individuais. Isso ocorre devido à pluralidade dos integrantes, à diversidade e às possíveis identificações, plausíveis de serem visualizadas apenas no grupo ¹⁷³.

d) Inserção de ações de saúde mental na ABS: escuta sensível, identificação de problemas emocionais e encaminhamento com resolutividade.

As mudanças de paradigmas na atenção aos indivíduos com transtorno mental representam, na atualidade, um grande desafio para as enfermeiras, por ser uma nova estratégia no cuidado prestado por essa profissional na ESF. Tal fato relaciona-se ao processo de Reforma Psiquiátrica que investiu de forma considerável na desinstitucionalização e na inclusão das pessoas em situação de sofrimento psíquico na sociedade ^{183; 15}.

Dentre as transformações, está a responsabilidade compartilhada e em rede, na qual a ABS, além de ser a ordenadora da rede, ainda tem como função acompanhar os casos de transtornos leves de sua área de abrangência. Todavia, a existência de profissionais despreparados e carregados de estigmas e preconceitos para trabalhar com esse público tem sido uma das maiores fragilidades encontradas pelos gestores da saúde. Porquanto, vale ainda destacar que, além de dar assistência ao usuário, tiveram que cuidar também de seus familiares, pois, no processo de reinserção social do indivíduo, a família passa a ser incluída no cuidado ^{183; 15}.

Em sua maioria, as enfermeiras que atuam na ESF não se sentem preparadas nem capacitadas para atender às necessidades específicas na área de saúde mental, deixando, muitas vezes, a assistência aos indivíduos em situação de sofrimento psíquico prejudicada, não atingindo os pressupostos da integralidade que compreende à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Acrescenta-se ainda, que cabe a enfermeira desenvolver habilidades e cuidados na atenção à saúde mental que visem reforçar o cuidado, tanto para a família, quanto para pessoas em sofrimento psíquico, e quando esse profissional não se encontra habilitado, os prejuízos para o sistema como um todo, são imensuráveis ¹⁸³.

Para subsidiar essa discussão tomou-se por base também, um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem do último período do curso, tendo identificado que suas percepções referentes à prática da enfermeira na saúde mental nos atuais serviços de saúde, revelam lacunas e incipiência no processo de reabilitação e inclusão social das pessoas em situação de sofrimento psíquico, restringindo-se ao trabalho puramente técnico e burocrático e distanciando-se dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Observou-se, ainda, que embora os cursos de enfermagem estejam contemplando o cuidado em saúde mental no interior de suas salas de aulas, os estágios práticos não condizem com a teoria ministrada, constituindo um dos maiores entraves identificados para o processo ensino aprendizagem eficiente ¹⁸⁴.

A análise dos fragmentos discursivos indica o quanto as profissionais se mostravam inseguras antes da formação em TCI para cuidar de pessoas em situação de sofrimento psíquico. No entanto, após a citada formação percebeu-se claramente as transformações que ocorreram em suas posturas, mostrando-se mais seguras e capacitadas para atender essa demanda, conforme visualizado adiante:

Recorte 1- Antes da TCI, geralmente qualquer problema, a gente encaminhava logo para o médico para ele encaminhar para o CAPS ou ação social, mas agora antes de qualquer situação, eu tento entender o que está gerando aquele problema. Eu tento sentar, conversar e ver até onde, enquanto terapeuta, eu posso ajudá-lo. Durante a roda, a partir do momento que a pessoa abre o coração, se torna bem mais fácil ajudar. (Enfermeira Alegre- 8)

Recorte 2- Antes da formação em terapia comunitária, identificar problemas de saúde mental era muito complicado, nós não trabalhávamos em roda, a gente não olhava o paciente como um todo, eles também não tinham coragem de dizer e comentar o que estavam passando. Hoje é mais fácil, porque na roda de TCI quando a gente vê aquela pessoa falando, a gente diz: “eu não sabia que aquela criatura estava com aquele problema”. Depois da formação se tornou melhor trabalhar com saúde mental. (Enfermeira Humanizada- 16)

Recorte 3- Antes da formação eu não conseguia! Mas hoje eu já consigo fazer o usuário pensar, compreender que ele precisa olhar para todo o contexto que ele vive,

porque muitas vezes a pessoa vem para uma consulta buscar a cura para aquela dor física e aí eu já consigo ver que aquela dor física tem a ver com a dor emocional. Aí eu tento direcionar e ofertar a ele outras possibilidades que não seja só o remédio daquela dor. Mostro a ele quantas vezes ele já veio ao serviço com a mesma dor e como ele pode ressignificar essa dor. (Enfermeira Inacabada- 10).

Recorte 4- Antes da terapia a gente **encaminhava muito para os médicos**. Depois da formação em terapia, muitas vezes **a gente vê aquela pessoa que toma remédio controlado que às vezes nem necessita, que foi passada porque o usuário não estava dormindo**. Mas nunca se procurou saber a real causa daquela mulher não estar dormindo? Coisa que, às vezes, poderia ser tratada antes do médico prescrever aquela medicação! **Porque muitas vezes nem é patológico! É alguma coisa no ambiente familiar que está provocando a perda de sono**. Então, depois da terapia, **ficamos mais alerta para esses casos. É como tirar uma neve, ou seja, limpar a janela para coisas que antes a gente não via**. Agora, **a gente pode conversar mais, identificar e resolver o problema do domicílio**, para que ele saia daquela medicação, pois, muitas vezes, essa medicação é uma fuga. (Enfermeira Reconhecida- 18).

A partir dos depoimentos, ficou explícito o quanto as práticas de saúde mental da enfermeira, antes da formação, eram permeadas por inseguranças e atitudes historicamente constituídas, pois estavam voltadas para o modelo biomédico, para medicalização da doença e para a prática do encaminhamento à especialidade médica, sem ao menos se tentar resolver os casos de sofrimentos psíquicos leves dos usuários cadastrados e acompanhados no serviço de origem.

Essa resistência impregnada nas práticas dessas profissionais, fazem alusão às ideologias históricas da doença mental no Brasil, na qual se viu que sua organização antes da década de 1970 era totalmente voltada para o hospital psiquiátrico e para exclusão social de pessoas com transtorno mental ¹³³. Conforme visto, esse modelo permaneceu e permanece ideologicamente presente nas posturas e práticas dos profissionais até os dias atuais, causando inúmeros prejuízos e dificuldades para se avançar com as propostas presentes na Reforma Psiquiátrica.

A citada postura mostra-se totalmente contraditória ao lugar social ocupado por essa enfermeira, pois, o que se espera são práticas voltadas para o deslocamento do olhar da doença para o cuidado, para o alívio e a ressignificação do sofrimento e para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo. Doutro modo, que estimule a grupalidade ao ponto de melhorar a autonomia, criatividade, interação social, promoção do lazer e o desenvolvimento de uma consciência social que valorize as dimensões individuais, grupais e sociais na produção do sofrimento ¹⁷³.

A semelhança da proposta da TCI com a Reforma Psiquiátrica e Sanitária é indiscutível, pois, todos valorizam o acolhimento, a ressocialização e a compreensão de que a

solução para o sofrimento das populações vulneráveis se relaciona de forma direta com a construção da cidadania, além do estímulo ao empoderamento do indivíduo, da família e da comunidade ¹⁸⁵.

Cumpre evidenciar, portanto, o quanto a formação em TCI fortaleceu as enfermeiras, dando-lhe habilidade e competências, tornando-as bem mais seguras para cuidar dos usuários da sua área de abrangência e para atuar junto aos grupos de saúde mental. As enfermeiras perceberam ainda a importância da escuta atenta para a identificação das verdadeiras demandas dos usuários, entendendo a necessidade de se romper com a supervalorização da medicalização, na medida em que identificam as reais causas que têm influenciado aquele sofrimento psíquico.

Trata-se, contudo, de discursos atualizados e totalmente harmônicos das políticas de saúde do MS, e das propostas da TCI, mostrando o quanto o processo de formação, aproxima a prática do profissional da ABS ao seu papel de origem. As enfermeiras revelam que quando não conseguem resolver as demandas dos usuários, buscam ajuda especializada, seja na própria equipe ou com outros profissionais da rede de cuidado:

Recorte 1- Antes da formação, eu conseguia identificar as coisas mais agudas, as coisas que chegavam para mim, na minha cara. Depois da formação em TCI o olhar da enfermeira é um olhar mais sensível, e a gente consegue dar resolutividade a algumas coisas, tanto para encaminhá-lo para terapia quanto para uma articulação com a psicóloga, ou para conversar com o médico sobre o tratamento, caso ele esteja fazendo uso de alguma droga. Também procuro falar com alguém da família para ver o outro lado. Então, hoje eu vou além, porque eu consigo perceber isso, coisa que antes eu não conseguia, talvez eu não estivesse tão sensibilizada, mas agora eu estou e eu quero mais!(Enfermeira Fortalecida -10)

Recorte 2- Identificar problemas vinculados à saúde mental, talvez sim, mas dar direcionamento eu tinha pouca clareza! Eu encaminhava os casos para o psicólogo, psiquiatra, e embora esse tipo de encaminhamento não tenha deixado de ser feito, pois dependendo do caso, tem que haver um acompanhamento desse profissional, agora a gente já percebe que algumas pessoas que você atende no dia a dia, e que tem problema de saúde mental ou a problemática do cotidiano que ela está enfrentando, já são convidadas para as rodas, para o grupo de convivência. É tentar ver uma forma daquelas pessoas se trabalharem e elas mesmas resolvem seus problemas, entendendo o que está acontecendo com ela mesma, e resolver seus próprios problemas. Nós já conseguimos tirar muita gente da depressão, de problemas familiares um pouco complicados, e isso graças à participação nas rodas de terapia e no grupo de convivência (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 3- Antes eu identificava de uma maneira mais grosseira e menos trabalhada. Hoje a gente já identifica com mais facilidade. Hoje eu converso com minha apoiadora, psicóloga. Por exemplo: chegou uma pessoa, que vinha sempre com o mesmo problema, e eu tentando orientar e a partir do momento que a gente descobre qual é o problema que precisa ser trabalhado, e que ela precisa de um apoio e de um acompanhamento, já é bem mais fácil de se identificar o problema e

dar um direcionamento. E hoje ela disse que cada vez que chegava na unidade e que eu tinha um tempinho para ouvi-la ela já saia mais aliviada (Enfermeira Mudada-13).

Recorte 4- Depois da terapia, você consegue identificar alguns transtornos e até saber que aquele transtorno pode ser aliviado em uma roda de terapia, ou que a roda de terapia não vai resolver e você vai precisar encaminhá-lo para um CAPS, isso, hoje eu já consigo identificar, conversar com um médico profissional, discutir com ele e fazer o encaminhamento, coisa que antes eu não fazia. (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 5- Antes da formação eu achava que tudo era transtorno, tudo eu tinha que encaminhar para o ambulatório de saúde mental. Quando eu via algum sofrimento, eu dizia: Não, minha gente, vamos encaminhar! Para mim, tinha que fazer a consulta, avaliar as prescrições para ver se estava em dia. E depois da terapia comunitária eu vi que não era só isso, existe a parte de saúde mental, do sofrimento e do adoecimento mental e que tem determinados casos que não precisa de medicamento. Então, eu montei um grupo de pacientes que usavam psicotrópico/psicofármacos e vi que tinha muita gente em uso contínuo, e que existem aqueles que precisam da medicação e existem aqueles que estão em sofrimento mental e que não precisam daquela medicação. Eles precisavam apenas melhorar seu convívio social, familiar e mudar o estilo de vida. A partir da terapia percebi que existem outras formas de tentar resgatá-lo. Paciente que tomava a medicação há 10 anos, parou de tomar depois de muitas rodas e de muito tempo de convívio e isso foi à terapia que me mostrou (Enfermeira Compromissada- 3).

Torna-se claro, então, que o momento da consulta de enfermagem, realizada no serviço de saúde também se tornou oportuno para direcionar algumas usuárias para as rodas de TCI. Barreto et al ²³ identificaram a partir da aplicação de 12.000 questionários preenchidos pelos profissionais durante o processo de formação em TCI, que 88,5% dos casos atendidos nas rodas de TCI encontram acolhimento na própria TCI, e apenas 11,5% necessitaram ser encaminhados para outros serviços.

É importante enfocar que a formação lhe dá consciência e entendimento de seus limites enquanto terapeuta comunitária e enfermeira, sabendo o momento exato de encaminhar os usuários para os demais dispositivos presentes na rede de cuidado em saúde mental do município. Cabendo-lhe, portanto, contar com o apoio matricial dos profissionais que atuam no NASF e no CAPS. O intradiscorso das entrevistadas vai ao encontro da fala de Barreto e Lazarte ¹⁶², ao referirem que o terapeuta comunitário deverá valorizar os mais diversos saberes e a interdisciplinaridade, pois dentre os pilares da TCI está o pensamento sistêmico que revela que as crises e os problemas podem ser entendidos e resolvidos dentro de uma rede complexa, ramificada e integrada.

Outros discursos atualizados foram das enfermeiras Compromissada, Fortalecida e Reconhecida, quando revelam que o processo de reabilitação e cuidado do usuário, passa pela

valorização do convívio social, do ambiente domiciliar e da escuta atenta da família, entendendo que seu adoecimento vai muito além das queixas apresentadas naquele momento.

As enfermeiras que atuam na contemporaneidade nos serviços de base comunitárias carregam consigo novas habilidades e competências e entre elas, se destacam aquelas voltadas para o cuidado oferecido a nível domiciliar do usuário. Assim, além deles cumprirem com as diretrizes organizativas do SUS, fortalecem vínculos a partir da observação da realidade do sujeito, de sua relação familiar e, dessa forma, constroem o melhor projeto terapêutico individual do mesmo, de modo a aproximar-se da integralidade do cuidado em saúde ^{183; 186}.

O fato de a TCI ter se tornado um instrumento de grande valia na saúde pública/ saúde mental/ nível primário/ secundário, deu-se devido ao período histórico de sua inserção na rede SUS e na ESF, ou seja, em pleno período de transformações paradigmáticas e rupturas epistemológicas, o que justifica sua afinidade com a mudança da prática assistencialista para o modelo participativo da Saúde Mental e no desenvolvimento comunitário e social da população. Sendo também eficaz em espaços de acolhimento, de escuta, de partilha e vínculo ¹⁸⁷.

O MS refere que os vínculos estabelecidos entre os profissionais da ESF, a família e a comunidade são fundamentais para que o impacto na saúde da população seja positivo. Esse fortalecimento de vínculos se deve ao fato da escuta atenta, do acolhimento e da participação da família no projeto terapêutico individual, tornando-a ativa nesse processo, além de estimular para que ela contribua na construção, implementação e no acompanhamento de políticas públicas de atenção à saúde mental ¹⁷³.

Há que se estar atento para a influência da aprovação, em 2001, da Lei 10.216 pelo governo brasileiro, cujo enfoque foi promover avanços no cuidado em saúde mental e ampliar o acesso à atenção psicossocial pela população em geral, estruturando novos serviços de saúde como os CAPS, que tem como objetivo a inclusão social dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico na sociedade e se articular e integrar com os pontos de atenção existentes na rede de saúde ¹³³. Para isso, foi necessário que os profissionais da ABS incorporassem também as propostas da Reforma Psiquiátrica, pois, além de fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ela assumiria um papel fundamental nessa rede de cuidado.

Nessa direção, as funções da ABS deixam de ser apenas mera porta de entrada do sistema, para ser a grande articuladora da RAPS, redefinindo a atenção especializada e investindo em estratégias de reabilitação e apoio comunitário. O MS acrescenta que entre suas funções estão: assumir o papel de ser base, atuando no elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutive,

identificando riscos, necessidades e demandas de saúde a partir de intervenções sanitárias efetivas ¹⁷³.

O apoio dos profissionais que atuam no NASF revelado pelas Enfermeiras Fortalecida e Mudada ocorre devido à aprovação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 em que o governo federal requer a presença de pelo menos um profissional que tenha capacitação em saúde mental nessa equipe. Tal acesso, por ser no próprio serviço, tem levado mais confiança as enfermeiras, tendo em vista a facilidade de se promover uma atuação integrada, com discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais, seja na própria UBSF ou nas visitas domiciliares, na construção conjunta de projetos terapêuticos, ampliando e qualificando as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais por meio de ações intersetoriais que priorizem a prevenção e promoção da saúde ¹⁸⁸.

Isso evoca, sobretudo, a necessidade de se ampliar as discussões nesses serviços sobre a efetivação da clínica ampliada, que visa construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada, transformando-os em planos da saúde coletivos, cuja abordagem aprecia o trabalho voltado para diferentes enfoques, trabalho em equipe, clínica ampliada, equipes de referência e o projeto terapêutico singular ¹⁸⁹.

O projeto terapêutico individual do usuário, por sua vez, tem desafiado a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, por exigir articulação interprofissional, reuniões sistemáticas em equipe, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações, horizontalizando os poderes e os conhecimentos. Esses diversos olhares interdisciplinares que a rede proporciona se tornou um campo fértil de compartilhamentos das demandas e necessidades dos sujeitos. Seu fortalecimento, além de efetivar a rede de suporte social, melhora a resolutividade dos casos, dando qualidade no cuidado e promovendo a atenção integral ¹⁷³. No entanto, apreendeu-se que esse é um processo a ser construído e estimulado junto aos profissionais e gestores dos serviços pesquisados.

Ademais, vale destacar que para que esses avanços ocorram, a enfermeira e os demais profissionais da equipe da ABS, precisam ser inseridos em um processo de educação permanente de capacitação em saúde mental, por meio de cursos de atualização/especialização, pois, no geral, essas capacitações suscitam nos profissionais, satisfação, capacidade de valorização do trabalho, além de transformá-lo em um cuidador, que se preocupa tanto com a pessoa em situação de sofrimento psíquico quanto sua família e, o mais importante, com o êxito almejado pelo lugar social que ocupa ¹⁸³.

Nessa medida, a formação em TCI, além de empoderar as profissionais para o cuidado em saúde mental de base comunitária, possibilita, mesmo que lentamente, a articulação em rede, a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado oferecida aos sujeitos inseridos no território da ABS. Com isso, ela aproxima ainda mais as enfermeiras do SUS, e as despertam para romper com o paradigma presente no modelo de saúde reducionista, com a lógica do isolamento e da exclusão, buscando fortalecer a cidadania, protagonismo e corresponsabilidade, fazendo-se entender os diferentes olhares que o cuidado em saúde mental exige.

É fato notório que as enfermeiras Fortalecida, Inacabada, Alegre, Humanizada, Reconhecida, Sensibilizada, Empática e Compromissada encontraram no processo de formação em TCI uma forma de inserir-se com mais segurança nas ações de saúde mental na ABS, se mostrando mais sensíveis para escutar o ser cuidado, tentando aprofundar seu relacionamento com os usuários na busca de identificar seus problemas emocionais e entendendo o momento exato de se articular com a rede de cuidado em saúde, visando a integralidade do cuidado e uma atitude voltada para a competência profissional.

Mesmo com os progressos descritos, uma das enfermeiras entrevistadas revelou que não se sente segura em encaminhar os usuários para os serviços de referência da RAPS, conforme suscita o discurso:

Recorte 1- Antes da formação eu conseguia identificar problemas de saúde mental, mas dar um direcionamento, não. **Hoje eu já consigo dar um direcionamento, mas mesmo que eu dê, eu ainda sinto dificuldade**, eu vejo isso como um obstáculo, **eu acho que as referências para onde você manda a pessoa, elas são recentes e ainda estão frágeis**. Por exemplo, o CAPS, o CAPS ad, **não estão totalmente estruturadas e não estão preparadas para receber a demanda da terapia comunitária**. Então, **mandar a pessoa para referência é uma dificuldade, porque eu não tenho a certeza que essa pessoa vai encontrar acolhimento, se ela vai ser atendida, se vai se sentir recebida naquele espaço, se a necessidade que eu identifiquei na terapia vai ser acatada**, então assim, não vejo a referência como boa. (Enfermeira Redirecionada - 20).

Ainda se encontra fragilidade na rede de atenção psicossocial e contradições de práticas e atitudes ao se tomar por base o lugar social ocupado pela profissional, ficando evidente, nas entrelinhas, o quanto precisam estabelecer laços e vínculos uns com os outros, para que se definam funções e responsabilidades de cada um, nesse processo de cuidado. Por outro lado, o gestor municipal da saúde necessita assumir seu papel como o grande articulador dessa rede, precisando também conhecer a dinâmica da TCI para que os profissionais mostrem-se abertos para receber as demandas advindas das práticas.

Tal problemática, no entanto, ainda é um desafio a ser vencido pelos profissionais da ABS, pois as evidências de fragilidades no processo de trabalho, muitas vezes desgastantes, fazem com que a articulação interdisciplinar e em rede, bem como a realização de ações intersetoriais entre as políticas públicas para atender a complexidade dos problemas e necessidades de saúde da população de forma integral, sejam penalizadas, contradizendo toda a proposta do atual sistema de saúde do país ¹³³.

O discurso da enfermeira Redirecionada deixa claro que existe déficit, ou melhor, que inexistente apoio da equipe matricial cujo objetivo visa ampliar o campo de atuação, qualificando e direcionando as ações de saúde mental na APS. Além do mais, cabe à citada equipe ¹⁹⁰ matriciar e proporcionar retaguarda especializada, dar suporte técnico-pedagógico, promover vínculo impessoal e oferecer apoio institucional, no decorrer da construção do projeto terapêutico individual do usuário, a fim de transformar o processo saúde doença, melhorar a segurança e resolutividade da equipe junto à comunidade e a horizontalidade de saberes, nos diferentes níveis da rede. Nessa medida, rompe com a lógica do encaminhamento, tendo em vista que as burocracias mostram-se pouco dinâmicas e encontram-se presas aos paradigmas tradicionais de assistência.

Importante inferir, então, que para ocorrer mudanças de concepções e práticas de saúde no profissional, fundamental será que ele e os gestores públicos realizem rupturas com a alienação do trabalho, resgatando em si a possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão e dos processos de trabalho, de modo a garantir uma política de valorização profissional, a partir do estímulo à motivação, e a resolução de situações problemas, da qual, a priori, o sujeito tem que se distanciar para analisá-la criticamente ¹⁹¹.

Além do mais, cabe ao gestor articular a rede, coordenar os serviços e garantir a continuidade de cuidado, buscando unir-se também com redes sociais formais e informais, educativos, ocupacionais, grupo de autoajuda, envolvendo nesse processo o usuário, a família, e a comunidade. Desse modo, as internações, encaminhamentos e a fragmentação do cuidado, frutos de modelos hegemônicos, iatrogênicos, excludentes e asilares serão gradativamente eximidos ¹³³. Existe uma emergência para se solucionar as fragilidades apresentadas, pois as enfermeiras terapeutas comunitárias precisam dar resolutividade aos casos de maior complexidade presentes no território, e esse apoio matricial mostra-se resolutivo e estimulador para se dar continuidade ao cuidado em sua integralidade.

No mais, tomando por base todas as mudanças que as enfermeiras realizaram em suas práticas durante a formação em TCI e no decorrer de seu desenvolvimento na comunidade,

apreendeu-se que elas moldam sua identidade e clareiam seu modo de ser e estar no mundo, assumindo para si, riscos, cargas e erros de uma sociedade inteira, sendo levados, a todo instante, à autocriação. Essas características típicas encontram-se fortemente enraizadas nas discussões sobre a modernidade líquida descrita por Bauman que, por sua vez, indaga que a identidade do indivíduo está constantemente sendo construída, caminhando para uma direção ainda indeterminada.

Igualmente, pode ser comprovado na teoria de Paulo Freire ¹⁷⁹, ao citar que o *Ser* é inacabado e sua identidade encontra-se em permanente construção. Entretanto, é importante, evidenciar também que as transformações identitárias no profissional, segundo Dubar, vão sendo moldadas na medida em que, se criam possibilidades de ele estabelecer relações sociais durante o tempo de atuação profissional. Logo, infere-se que a enfermeira, no caminho de sua construção identitária, precisou desconstruir e romper com uma série de paradigmas e ideologias presentes em si.

Dando continuidade ao processo de se tornar terapeuta comunitária e na construção de sua identidade profissional, a enfermeira precisou realizar rupturas epistemológicas, fato que a fez encontrar novas visões paradigmáticas. Tais premissas estão evidenciadas na Formação Discursiva construída e assim definida: **4.2.3 Rupturas e obstáculos epistemológicos na prática e no profissional**, com suas respectivas derivações. *A) Rupturas acadêmicas/Ensino biologicista; b) Rupturas pessoais/modo de ser e c) Rupturas dos preconceitos.*

O termo ruptura é usado na epistemologia por Bachelard para indicar uma descontinuidade entre o conhecimento comum e o científico. Tal concepção é introduzida no interior da ciência, visando caracterizar a passagem de um ciclo evolutivo para o outro. Os obstáculos epistemológicos, por sua vez, surgem como elementos próprios do processo de conhecimento que se inter cruzam numa informação não questionada. É natural, portanto, se entender que para haver inserção de uma nova ciência, algumas resistências advindas de um paradigma anterior serão encontradas. Todavia, sua desconstrução será fundamental para que o novo ocupe o seu lugar ⁴².

Bachelard acreditava que a epistemologia emergiu como produto da ciência, por meio de críticas de si mesma, movidos por forças e poderes da ação racionalista. Para o espírito chegar à verdade, não é preciso contemplar, é necessário construir, criar, produzir e retificar. Por conseguinte, para que a razão se descubra e se faça verdade, será preciso submeterem-se às retificações contínuas, críticas e polêmicas. Ademais, para a ciência, o retificado constitui-se aquilo que foi se tornando verdadeiro por ela, seguindo procedimento de autoconstituição. É imprescindível, então, que a racionalidade científica seja regional e construída por um lento

processo de integração, pontilhado pelas revoluções científicas para que, assim, se possa constitui o império da razão ⁴⁶.

Por sua vez, os paradigmas são formas de pensamento, regras e valores partilhados por uma determinada comunidade científica, podendo ser compreendido ainda como um conjunto de explicações recorrentes e quase padronizadas de diferentes teorias nas suas aplicações conceituais, instrumentais e na observação. Doutro modo, ainda se define como: “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” ^{39:13}.

Diante dessas constatações, coube novamente à pesquisadora reportar-se e entender o sujeito e o seu lugar social no momento da coleta do material empírico, compreendendo que o sujeito que fala, é uma profissional, enfermeira, terapeuta comunitária que atua em um serviço de base comunitária, cuja prática deverá voltar-se para as propostas da reforma sanitária brasileira, ou seja, ideologicamente esperou-se que suas ações se voltassem para aquelas delegadas pelo MS, os quais se destacam: atenção integral com impacto direto na situação de saúde e na autonomia do ser cuidado, valorizando os fatores determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. ¹⁷³.

Tais enfermeiras se inserem em um novo paradigma, pois encontra-se em processo de transformação na medida em que amplia seu campo de visão e atuação profissional, qualificando sua prática, a produção de saberes e o modo de agir em saúde, ressignificando valores, e rompendo com padrões identitários instituídos por práticas inconsistentes, tecnicistas, burocratizadas, curativistas e divergentes da realidade social do país ¹⁹². Nesse sentido, os discursos adiante revelam o quanto a formação em TCI ajudou as enfermeiras a romper paradigmas impostos socialmente, culturalmente e historicamente.

a) Rupturas acadêmicas/Ensino biologicista

O modelo biomédico possuiu como características principais os avanços tecnológicos, a hipermedicalização da doença, a supervalorização pelas especializações e em práticas individuais e hospitalares, e, ainda que tenham aumentado os recursos diagnósticos e terapêuticos, suas maiores contribuições se voltaram para a criação da ilusão de que seria possível “curar doentes” sem se estabelecer o contato mais próximo com o ser doente e não entendendo todo o contexto socioeconômico e cultural que envolve o processo saúde-doença. Além do mais, os profissionais não conseguiram mudar sua visão da parte para o todo e vice-versa. As críticas direcionadas a esse modelo de assistência, ainda na década de 1960, sejam em congressos ou em reuniões ocorridas em toda América Latina, fez com que sucedesse um

redimensionamento, principalmente nos currículos das escolas formadoras, a partir da introdução de disciplinas como epidemiologia, administração, bioestatística, ciências da conduta, dentre outras, visando com isso, romper com o referido modelo^{193; 194}.

No Brasil, além da influência desse modelo em suas condutas, a formação em enfermagem ainda representa um desafio devido ao distanciamento, ora presente, entre os conteúdos ministrados em sala de aula, as posturas tradicionalistas dos professores e as exigências do campo prático que necessitam de profissionais cada vez mais, críticos e dinâmicos para atuar nos serviços de saúde do país. Segundo Almeida; Soares¹⁹⁵, a valorização nos cursos de enfermagem pela área técnica, em detrimento, as áreas político-sociais têm contribuído para o desenvolvimento de um ensino conservador e pouco transformador. Com isso, os profissionais não são direcionados para interpretar o mundo em que vivem e adoecem, e para valorizar a interdisciplinaridade.

A importância da interdisciplinaridade tem sido uma discussão constante nas reuniões que abordam o projeto político-pedagógico dos cursos, tendo em vista, sua capacidade em reduzir a hegemonia dos saberes, e de projetar-se numa mesma dimensão epistemológica, sem, necessariamente, negar os limites e a especificidade das disciplinas. No entanto, para que isso ocorra, é fundamental que se priorize a parceria entre universidade/serviços/comunidade, que vise a direcionar a formação de profissionais para o cuidado das pessoas, valorizando suas necessidades de saúde, sejam biológicas, voltadas para o meio ambiente, os serviços de saúde e o seu estilo de vida¹⁹⁶.

Não obstante, o que se percebe é que esse paradigma biomédico permanece impregnado nas práticas de alguns profissionais até a época presente, haja vista as influências perpassadas socialmente e durante a formação universitária. Todavia, embora de forma gradual, as enfermeiras Mudada, Equilibrada, Alegre, Humanizada, Flexível e Compromissada têm revelado avanços, rupturas e transformações em suas práticas. Os discursos adiante nos revelam que, ao realizar a formação em TCI, elas rompem com esses paradigmas:

Recorte 1- Eu diria que a TCI rompeu meu lado acadêmico para o prático em todos os sentidos. Eu via o paciente de acordo com aquela visão que aprendi na academia. Mas hoje a TC me permitiu ver o homem, o ser humano, como aquele que a cada dia eu tenho algo mais a aprender sobre ele, para que assim, eu possa ajudá-lo. A terapia rompeu e me fez entender que o ser humano não é igual, as pessoas são diferentes, distintas, com sentimentos, sofrimentos e necessidades diferentes. São indivíduos únicos, particulares. (Enfermeira Alegre- 8).

Recorte 2- O que a TC rompeu em mim foi **não ver mais a pessoa como uma patologia, uma doença**. Eu sempre **via o paciente ali como uma doença**, agora eu vejo o que está **dentro dele, no seu ser individual!** (Enfermeira Humanizada- 16).

Recorte 3- Eu **rompi com a visão fechada da vida acadêmica**, rompi **minha visão medicamentosa** (Enfermeira equilibrada- 2).

Recorte 4- **Rompi com minha visão mais mecânica, que eu trazia da academia, minha visão assistencialista**. Isso porque, quando você vai para prática você se sente um **sujeito atípico do modelo hegemônico**. E isso eu devo à terapia. (Enfermeira flexível- 4).

Recorte 5- A terapia **rompeu em mim o poder do científico que a academia te dá**. **Você quer chegar no serviço e aprimorar o que aprendeu, pôr em prática o conhecimento medicamentoso** (Enfermeira Compromissada- 3).

O que se chama atenção é o quanto as ideologias são difíceis de romper na sociedade e nos sujeitos que, mesmo após anos de formação acadêmica e atuação na APS (Enfermeiras Alegre e Humanizada) e do modelo político que apreciava a prática assistencialista, os profissionais permaneciam impregnados de práticas desenvolvidas no século passado. Cabe reforçar que os sujeitos que falam já passaram por várias capacitações idealizadas pelo MS, estados e municípios, porém, muitos, antes da formação em TCI, não haviam sido sensibilizados para atuar, em sua plenitude, conforme a proposta do SUS.

Os fragmentos discursivos das Enfermeiras Equilibrada, Flexível e Compromissada revelam ainda fragilidade em suas formações, pois ambas haviam sido formadas há menos de cinco anos e, dada às exigências atuais do Ministério da Educação, por mudanças nos currículos universitários, além das transformações nas políticas de saúde vigente, estas se encontram com interdiscursos totalmente contraditos, por revelarem que, antes da formação em TCI, voltavam-se para o assistencialismo, patologias, visão medicamentosa e práticas mecânicas.

É essencial, contudo, que esse profissional tenha discernimento que o ato de tratar no contexto do cuidado de enfermagem não necessariamente estará em lados opostos ao ato de cuidar, pois ambas sustentam os pilares das habilidades técnica e interpessoal fundamentais no campo de competência do cuidar profissional. Assim, seu maior desafio seria resgatar e incorporar uma prática moderna, permeada por valores que estruturaram a profissão. Para isso, essa sensibilização deve se dar no interior das instituições formadoras, lugar que legitima, valida e retroalimenta o processo de construção identitária da enfermeira ¹⁴⁷.

O intradiscursos das enfermeiras permitiu que se visualizassem atualizações, pois, ao realizarem a formação em TCI, elas rompem com as práticas acadêmicas e curativistas, passando a valorizar o paradigma que aprecia o indivíduo em toda sua complexidade,

entendendo que as pessoas são desiguais e têm necessidades diferentes umas das outras. Essas evidências remetem ao que Thomas Khun chamou de revolução científica, pois, além desse paradigma ser novo para a enfermeira, ela supera o velho, entendendo que ele não se fundamentava no cuidado integral e revolucionário.

Essa capacidade das enfermeiras reconstruírem suas práticas rompendo com práticas tradicionais, acadêmicas e biomédicas, remetem a uma reflexão presentes nas colocações de Bachelard ^{42:120}:

O espírito científico é essencialmente uma retificação do saber, um alargamento dos quadros do conhecimento. Julga o seu passado condenando-o. A sua estrutura é a consciência dos seus erros históricos. Cientificamente, pensa-se o verdadeiro como retificação histórica de um longo erro, pensa-se a experiência como retificação da ilusão comum e primeira.

Essas prerrogativas também vão ao encontro das discussões ministeriais, quando revelam que os profissionais de saúde precisam estar atentos para os problemas trazidos pelos usuários, para não perder de vista o todo, apreciando, assim, a corresponsabilização e posturas que despertem o sujeito para criação de estratégias que lidem com o sofrimento. Na medida em que o olhar do profissional se desvia do sofrimento, da doença e da queixa, seu trabalho caminha para produção de vidas de forma mais ampla e para um cuidado voltado para a integralidade ¹⁷³.

Os recortes adiante revelam ainda que as enfermeiras terapeutas comunitárias tornaram-se mais sensíveis para os saberes populares da comunidade. Com isso, se observa que a formação suscita no profissional uma valorização dos princípios emanados pelo próprio sistema de saúde, na medida em que priorizam as individualidades e realizam uma articulação entre saber popular e científico.

Recorte 1- Quando a gente conhece a terapia, **a gente passa a valorizar o saber popular que tem tantas riquezas atreladas** e isso para a gente **é enriquecedor**. Aí você **passa a perceber que não pode excluir e deixar de lado o conhecimento que a comunidade traz**. Você passa a **ver que existem outras práticas de cuidado, e não só a prática científica**. (Enfermeira Compromissada- 3)

Recorte 2- Em relação aos usuários, **você aprende a valorizar o seu saber**, pois, às vezes, eles **demonstram até mais saber do que a gente, cada um com suas peculiaridades**. Começa a **perceber o quanto aquelas pessoas são poderosas, o quanto elas sabem e têm algo a te ensinar**. (Enfermeira Mudada- 13).

A TCI é uma prática social, e têm suas raízes ligadas à educação popular em saúde, que por sua vez, representa uma estratégia de cuidado com grande potencial para se desenvolver na comunidade. Por conseguinte, a ESF aflora nos profissionais o desejo de sua

efetivação nos territórios que atuam. Dentro desse contexto, Jahn et al ¹⁹⁷ reforçam que a citada educação popular é um excelente instrumento para a enfermeira utilizar na ABS por ela favorecer o diálogo, respeito e valorização dos sujeitos em seu coletivo. Com isso, se poderá promover uma articulação entre o conhecimento científico e o popular, estimulando ainda, o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva. Além do mais:

O senso comum, apesar de seu caráter vulgar e conservador, apresenta características que precisam ser consideradas: ele é prático e pragmático, transparente e evidente; é superficial, interdisciplinar e imetódico, uma vez que aceita o que existe, tal como existe. É capaz de captar a profundidade horizontal das relações entre as pessoas, e entre elas e as coisas, apresentando um caráter emancipatório. ^{198: 107}.

Nessa direção, o processo educativo estabelecido entre o profissional e a comunidade caminha para uma prática dinâmica e reflexiva, que evitam visões reducionistas, possibilitando a esses cidadãos a consciência da realidade humana e social mediante um aspecto globalizador ¹⁹⁸. As enfermeiras revelaram ainda que o processo de formação em TCI as ajudou a realizar rompimentos pessoais, conforme indica a formação discursiva adiante:

b) Rupturas pessoais/ modo de ser

A enfermeira ao romper com a visão fragmentada de si, com os limites que cria o altruísmo, com o seu modo de ser e agir perante o ser cuidado e o mundo, passou a valorizar o pensamento sistêmico, fato que o tornou munido de posturas que valorizam o cuidado integrado e o inter-relacionamento. Barreto ⁴⁷ e Barreto e Lazarte ¹⁶² ilustram que o pensamento sistêmico direciona o sujeito a viver de acordo com a realidade posta, com suas incertezas, intersubjetividade e mutações, despertando em si uma visão fluida sobre sua existência. Além do mais, estes passam a valorizar sua relação familiar e social, sua crença, acarretando em toda uma compreensão e transformação pessoal.

Ao se ter uma consciência global, que envolve todas as partes que influenciam no seu ser, e se identificar “as circunstâncias que estão interligadas e dão sentido ao funcionamento do sistema em que se está inserido”, esse sujeito passa a compreender o sistema como um todo, ficando atento para o modo que a sociedade funciona, o comportamento das pessoas e dos grupos sociais ^{162:36}. Adiante, reforçam-se as rupturas que as enfermeiras entrevistadas revelaram ter feito em si, após a formação em TCI:

Recorte 1- **Rompeu com os meus princípios e me fez entender que o problema do outro, às vezes, bate com o meu, e se eu soube superar, eu poderei ajudá-lo.** (Enfermeira Alegre- 2).

Recorte 2- **Hoje, eu consigo perceber melhor a necessidade do usuário. Talvez eu não tivesse essa pratica tão sensível. Hoje eu preciso e me coloco no lugar dele,** e aí, com certeza, eu vou **potencializar minhas ações tentando resolver cada vez mais.** (Enfermeira Fortalecida- 10).

Recorte 3- Eu **tive que me preparar primeiro, para não me envolver tanto, pois, existem certas situações que você fica abalada, e como terapeuta eu tenho que estar facilitando, ajudando e não me envolvendo [...].** Outra coisa que eu aprendi, foi **saber dizer não, pois eu sempre fui uma pessoa muito retraída e introvertida, muito calada, e eu percebi que estava adoecendo muito, mas já melhorei muito. Eu rompi com problemas pessoais** que eu tinha com a minha mãe na adolescência, na infância, coisas que ela passou para mim durante esses anos. Hoje eu sei que não posso modificá-la mais, pois ela tem setenta anos, mas **eu posso entender tudo que aconteceu [...]** (Enfermeira Reconhecida- 18).

Recorte 4- **Precisei aguçar minha sensibilidade, romper alguns conceitos que eu tinha anteriormente. Eu era muito tímida e não conseguia falar de mim. A partir da terapia eu comecei a me permitir, me enxergar melhor e botar para fora aquilo que eu sentia e pensava.** Eu rompi com as barreiras da timidez. Hoje em dia eu consigo administrá-la e já não me atrapalha tanto. **Eu tinha dificuldade de me ver, de me conhecer e ter esse tempo para mim.** Como eu era muito voltada para o outro, **eu não parava para me enxergar e detectar meus defeitos, limites, qualidades, o que preciso melhorar, aprimorar.** (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Entre os rompimentos pessoais que as enfermeiras superaram após a formação, estão àqueles relacionados ao de se permitir falar de sentimentos, de problemas e opiniões, ficando claro o quanto precisavam melhorar sua sensibilidade, sua compreensão e a forma de estar no mundo. Além disso, elas passaram a conhecer seus limites, defeitos, qualidades e aprenderam a dizer não em momentos oportunos, tentando não se envolver com o problema do outro ao ponto de resolvê-lo para o outro. Tudo isso, a permitiu ressignificar seu lugar no processo de cuidado e, enquanto terapeuta comunitária, tornando-se, uma facilitadora, estimuladora e apoiadora do grupo.

A formação rompe ainda no terapeuta, seu modo de enfrentar as tensões e estresse gerados pelo processo de trabalho, ajuda-o na redução da exaustão emocional e na forma de lidar com sua ansiedade, angústia e conflitos inerentes ao trabalho ¹⁹⁹. Ao agregar o pensamento sistêmico à TCI, o terapeuta passou a se reconhecer a partir de uma matriz, permeada por valores, atitudes e modo de agir e, com isso, um novo sentido é dado a seus atos, e em si ¹⁶².

As enfermeiras terapeutas comunitárias referiram que apresentavam dificuldade de delegar atividades para os demais colegas da equipe, e que tinham o hábito de dar ordens e

centralizar várias funções em si, achando, muitas vezes, que as pessoas não seriam capazes de realizá-las com a competência esperada. Os discursos a seguir refletem essa discussão:

Recorte 1- A terapia rompeu o senso de salvadora da pátria. Eu achava que só eu que sabia, que só eu que tinha a responsabilidade tanto no campo profissional, quanto no familiar. Eu tinha dificuldade de escutar meu colega terapeuta, respeitar o seu ritmo.[...] Eu achava que só eu sabia fazer as coisas, principalmente em relação ao trabalho e absorvia tudo. O que precisasse era eu que fazia e não ficava satisfeita quando os outros faziam. Eu era impaciente, perfeccionista e mandona, sempre dizia: “faça isso, faça aquilo”. Mas, eu rompi drasticamente com isso, e hoje, isso me fez muito bem, sou outra pessoa. Após a terapia comunitária, as pessoas podem fazer do jeito que quiser. Hoje eu digo assim: “num foi você quem fez? Então está ótimo, maravilhoso”. Eu sempre cobrava muito do outro e isso me fazia sofrer, e na terapia aprendi que cada um dá o que tem e o que pode. (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 2- A terapia me fez enxergar que eu não vou salvar o mundo e comecei a me trabalhar. Eu ainda não consegui o percentual que queria, mas já avancei muito, seja em termos de trabalho, família. Eu já consigo dividir as responsabilidades com as pessoas e, com isso, torná-las mais ativas, para que, assim, eu deixe de ser o centro das atenções. [...] Mas a terapia me fez perceber que aquilo era uma ilusão e que as outras pessoas tem o poder, o empoderamento, a competência tanto quanto eu ou mais. Acredito que **estou evoluindo!** (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 3- Então ela [a TCI] me fez entender isso, que eu não sou a maior conhecedora das coisas, a consulta de enfermagem ela pode ser dessa forma e, de outra, ou seja, o usuário pode também ser o protagonista de sua consulta. (Enfermeira Flexível- 4).

Como visto, as três enfermeiras acima, após a formação em TCI, aprenderam a descentralizar atividades e a não se sobrecarregar com coisas desnecessárias. Além do mais, venceram as posturas autoritárias, sistematizadas e perfeccionistas de práticas passadas e presentes no imaginário social e histórico da enfermagem brasileira. Essas são influências presentes no método nightgaliano, quando, ainda na Guerra da Crimeia, a enfermagem revelou sua capacidade organizadora, de liderança, de definição de uma filosofia de cuidados básicos aos soldados, sendo necessário, na época, registros sistemáticos e eficazes durante toda a assistência prestada²⁰⁰.

Reporta-se, ainda, a uma postura ativista, citada por May^{166: 96} ao indagar que, para o sujeito, “quanto mais se age, tanto mais se está vivo. [...] Muitas pessoas estão sempre ocupadas só para disfarçar a ansiedade; seu ativismo é um modo de fugir de si mesma”. Para o autor, é como se o sujeito criasse um pseudo e temporário senso de vivacidade, e o ato de correr de um lado para o outro, realizando algo, os dá a sensação de que quanto mais se movimenta e realiza inúmeras funções, maior será sua importância.

Encontram-se, também, semelhantes ao narcisismo individual, pois as enfermeiras antes do processo de formação queriam impor verdades próprias, dificultando toda uma

construção do trabalho interdisciplinar. E, por se acharem importantes e detentoras de saber e poder alimentavam-se de estereótipos, a partir de atitudes intolerantes, da negação da colaboração indispensável na superação dos conflitos cotidianos em seus locais de atuação³⁷.

As rupturas nas citadas posturas mostram-se transparentes, e as evidências de atualizações por parte da profissional aos preceitos da TCI após a formação, configuram-se um fato, pois segundo Barreto⁴⁷ e Carício et al³⁷ é imprescindível que o terapeuta tenha clareza que, durante a roda de TCI, ele não deverá assumir a postura de conselheiro, de “salvador da pátria”, porque será através da partilha de dores, dificuldades, experiências, descobertas e da identificação de seus limites que ele ajudará o outro a ressignificar seu sofrimento.

Dessa forma, suas ações e posturas caminham em direção à interdisciplinaridade, pois, além de valorizar a diversidade de discursos presente no processo de trabalho em equipe, ele passa a respeitar as funções de cada membro, a escuta respeitosa, o diálogo incessante e permanente, posturas flexíveis e conscientes, mostrando-se mais aberto para o desconhecido e para os novos conhecimentos profissionais e pessoais, valorizando-se, igualmente, a visão holística e a desconstrução de modelos mentais limitantes⁴⁷.

c) Rupturas dos preconceitos

As organizações da sociedade civil e o engajamento democrático têm lutado a cada dia por direitos dos grupos minoritários e vários avanços têm sido evidenciados em direção ao não preconceito. Mudanças estão sendo realizadas na legislação que proíbe manifestações de comportamentos e atitudes discriminatórias. Com isso, diante de um conjunto de leis que proíbem a discriminação, os grupos majoritários começam a desenvolver estratégias que amenizem ou rompam com as citadas práticas excludentes²⁰¹.

Dentre as atitudes do governo brasileiro em busca de amenizar tais preconceitos, estão a Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997 que pune quem praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. A Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 que rege sobre os direitos do índio ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. E a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 que institui a no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, dentre outros, têm tentado coibir a perpetuação das citadas posturas, buscando com isso, mudar paradigmas e posturas excludentes^{202;203;204; 205}.

Outro avanço identificado em direção ao não preconceito foi à aprovação da LEI Nº 12.288 de 20 de Julho de 2010 que rege sobre o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, além disso, essa lei lutar pela defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica^{206:01}.

Em relação aos preconceitos e estigmas que permeiam o doente mental, registram-se as iniciativas do governo brasileiro em aprovar a lei 10.216 em 2001, que dispõe sobre a extinção dos manicômios do país que, embora de forma gradativa, impulsionou o avanço da reforma psiquiátrica e consequentemente, a substituição desses serviços por espaços abertos de cuidado e inclusão social com as pessoas em situação de transtornos psíquicos que necessitavam de um maior acompanhamento. Com isso, a família, os profissionais, a sociedade e o próprio usuário tornaram-se corresponsáveis para sua efetivação e pela desconstrução desse modelo excludente e segregador¹⁵.

Nessa direção, registram-se os vários movimentos sociais realizados em busca de direitos, pelo não preconceito e em prol da inclusão social, seja com mulheres, pobres, negros, índios, comunidade LGBT, pessoas como transtornos mentais, profissionais e sociedade civil no geral. Contudo, há de se convir, que apenas instituir lei e realizar os citados movimentos não tem sido suficiente para que as pessoas, profissionais e a sociedade mudem suas posturas e rompam com o paradigma da discriminação, preconceitos e estigmas presentes nas ideologias e na história social e política desse país.

Diante disso, convém não esquecer que o profissional de enfermagem tem como características a realização de ações voltadas para a vida de indivíduos que vivem em diversos locais e possuem seus respectivos valores culturais, sendo-lhes, ainda, exigidas divergentes visões que os tornam capazes de compreender o processo saúde e doença do sujeito que se encontra sob seus cuidados e responsabilidades²⁰⁷. Por outro lado, o terapeuta comunitário, além da visão sistêmica da sociedade precisa valorizar a diversidade, respeitar as diferenças sem colonizá-la. Tais exigências decorrem das diversas expressões, crenças e religiões existentes na cultura brasileira. Deve-se ficar atento e aberto para questões de raça, cor e classe social, valorizando suas peculiaridades e valores da comunidade, pois, quando estimulada, ela se tornar forte e consegue superar e resolver seus próprios problemas⁴⁷. Foi nessa perspectiva que os discursos adiante caminharam:

Recorte 1- Na minha atuação prática como enfermeira, eu acredito que **eu me transformei**, pois, **quando eu iniciei eu era bem preconceituosa, não é que hoje eu não tenha, mas eu tinha bem mais!** Mas hoje eu quero olhar para as pessoas sem esse

preconceito e **a terapia me ajudou nisso! Ela refinou mais essa minha habilidade de fazer uma olhar além do que a pessoa me trás.** Mesmo na conversa, você consegue ver o problema que ela esta trazendo. **Foi uma transformação, um refinamento que venho desenvolvendo.** (Enfermeira Redirecionada - 20).

Recorte 2- **Precisei romper com muitos preconceitos, muitas barreiras, muitos medos. Precisei me entender como pessoa, para entender porque eu tinha determinadas atitudes, porque eu agia de uma determinada maneira.** Para isso, **foi preciso ressignificar e reestruturar isso em mim para entender as pessoas também.** Principalmente na **questão dos julgamentos, dos pré julgamentos.** (Enfermeira Inacabada- 10).

Recorte 3- A terapia me fez perceber que **precisava romper com meus preconceitos, que eu precisava valorizar mais o usuário, seja na partilha de saber, na troca de experiência.** (Enfermeira Flexível- 4).

Recorte 4- Eu já vivi várias situações, em que **eu não tinha uma olhar positivo para as pessoas da comunidade e do meu convívio.** Aí na roda de terapia, **eu passei a conhecer o motivo daqueles comportamentos e aí mudei minha visão daquela pessoa.** (Enfermeira Empática- 20)

A enfermeira, ao valorizar as diferenças, a unicidade da existência humana, o cuidado humanizado, o contexto social e comunitário que o sujeito está inserido, permite mudar sua visão pessoal e profissional, rompendo com imposições acadêmicas, sociais, históricas e ideológicas que os aprisionaram por anos de suas vidas. A partir do momento que novos significados e competências são acrescidos a sua prática, e na medida em que as mudanças paradigmáticas ampliam sua visão de mundo, consequentemente, ele é transformado enquanto pessoa e profissional.

O processo de formação em TCI ajuda a enfermeira a romper com essas posturas duras e preconceituosas. Tais primícias ocorrem, porque muitas vezes, as profissionais estão impregnadas de paradigmas e visões pré-concebidas que as fazem manter certo distanciamento das pessoas, antes mesmos de conhecê-las ou escutá-las. Segundo Barreto e Lazarte ¹⁶², a possibilidade que a TCI proporciona ao terapeuta de encontrar-se consigo mesmo, faz com que ele reconheça as falsas imagens e as substituam por autoconceitos positivos originários. Todavia, essa não é uma tarefa simples, pois os estereótipos e os preconceitos são marcados por caminhos conflitivos da identidade do sujeito, dada sua relação com o poder e a dominação de grupos sociais. É nesse momento que a resiliência, a autoafirmação de si mesmo e de seus valores deverá prevalecer para que sua identidade seja construída e não desapareça.

Assim, entender a origem de seus preconceitos e medos foi fundamental para que as Enfermeiras Inacabada, Redirecionada, Flexível e Empática tomassem consciência da

necessidade de romper como os sentimentos existentes em si, permitindo, com isso, mudanças de concepções e amplitude do seu campo de visão e profissional, pois estas passaram a valorizar o usuário em seu contexto social, econômico e cultural.

Cumprido destacar, então, o quanto a formação em TCI leva a enfermeira a mudar suas práticas, realizando rupturas paradigmáticas pouco notadas na profissão, haja vista os desafios que enfrentam nos serviços de ABS do país, pois, segundo Dimenstein; Lima e Macedo ¹³³ esses profissionais enfrentam inúmeras dificuldades na organização do processo de trabalho, articulação das redes de atenção, no que se refere às responsabilidades e ao estabelecimento de linhas de cuidado em saúde que definam agendas, recursos de monitoramentos e de referência e contrarreferência.

Nessa direção, partindo do entendimento que essa profissional se encontra em um processo permanente de transformação, foram investigados, nesse estudo, os obstáculos que as enfermeiras terapeutas comunitárias ainda precisam superar e que tem, de forma direta ou indireta, dificultado o desenvolvimento das rodas de TCI nas comunidades que atuam. Assim, formou-se a seguinte Formação Discursiva: **4.2.4 Obstáculos da Terapeuta para desenvolver a TCI.** Essa formação discursiva foi, assim, subdividida: *a) Déficit no Processo de trabalho; b) Apoio insuficiente da comunidade, profissionais e da gestão; c) Espaços inadequados e horários insuficientes.*

Os obstáculos que os profissionais de saúde encontram no interior dos serviços de saúde do país na contemporaneidade são inúmeros e o efeito negativo disso, no seu processo de trabalho e na resolutividade e integralidade do cuidado prestado aos usuários são imensuráveis. Tal fato tem gerado insatisfação, desmotivação, adoecimento mental e prejuízo, seja nos avanços de suas políticas públicas de saúde e no próprio modo de fazer e promover saúde para cada indivíduo imerso nos territórios que atuam.

Dentre os obstáculos enfrentados pelas enfermeiras que atuam na ESF, nos últimos anos, encontram-se aqueles relacionados à efetivação da prática da educação em saúde, a problemas relacionados aos membros da equipe multiprofissional, aos gestores e à insuficiência de recursos físicos, materiais e financeiros. Tem se percebido também que os usuários apresentam resistência para aceitar e aderir às atividades educativas e isso pode estar relacionado a vários fatores como a cultura curativa, a baixa escolaridade dos usuários e às dificuldades de acesso a alguns profissionais da equipe. Além disso, observa-se: falta de perfil profissional; sobrecarga de trabalho da equipe; fragilidade na formação profissional; baixa

efetivação na educação permanente; visão do gestor e carência de conhecimento deste sobre a política da ESF ¹⁷⁷.

É fato notório também, que os gestores precisam compreender a dimensão dos obstáculos presentes na assistência de enfermagem, que envolvem problemas relacionados à comunicação, às condições de oferta dos serviços, dimensionamento e qualificação dos trabalhadores, ao elevado número de pessoas a serem assistidas no território e da complexidade da assistência ¹⁵⁵.

Alguns obstáculos encontram-se presentes no processo de trabalho das enfermeiras entrevistadas e isso tem dificultado também a realização da TCI nas comunidades que atuam, conforme o que está presente nas formações discursivas que se seguem:

a) Déficit no Processo de trabalho

Para falar do processo de trabalho da enfermeira na ESF é preciso discorrer sobre as cinco dimensões que envolvem suas práticas: a assistencial, a gerencial, o ensino, a pesquisa e a política. No que concerne à dimensão gerencial percebeu-se que esses profissionais desenvolvem funções administrativas que demandam competências gerais e específicas, seguidas do planejamento e direção. No entanto, para desenvolver as citadas atividades na unidade, é preciso pôr em prática a sua capacidade de comunicação e liderança junto aos demais profissionais ²⁰⁸.

Além disso, é fundamental que a enfermeira tenha conhecimento da realidade situacional, pois isso o auxiliará no processo de tomada de decisão e no planejamento das atividades. Entre as potencialidades presentes na sua competência gerencial está a educação permanente que possui o poder de articular saberes entre os profissionais que compõe a equipe e os usuários do sistema. Para isso, é imprescindível utilizar ferramentas que exijam deles diferentes competências, sendo esse, ainda, um desafio para a categoria ²⁰⁸.

Cabe a enfermeira empoderar-se também do conhecimento político, pois, ele irá subsidiar o seu agir na sociedade, porque além de fazer parte da vida do ser humano e permear todas as atividades humanas, até quando em associação aos demais conhecimentos padrão, acrescenta direção e sustentabilidade ao cuidado à saúde, no nível pessoal dos indivíduos e dos profissionais de enfermagem ²⁰⁷.

A dimensão assistencial requer que a enfermagem valorize as demandas advindas do indivíduo, das famílias, dos grupos sociais, das comunidades e das coletividades, levando-se em consideração as necessidades de natureza física, psicológica, social e espiritual por todo o período que permeia a vida do ser humano, sendo fundamental que se dominem instrumentos,

materiais, equipamentos, espaço físico, métodos, conhecimentos, habilidades e atitudes que abarcam o modo de assistir em enfermagem, considerando os diferentes graus de complexidade que envolve esse ato e sua efetivação²⁰⁹.

No que tange ao ensino, a enfermagem pode-se considerar os dois agentes que permeiam seu desenvolvimento, pois, de um lado, está o discente e, de outro, o professor de enfermagem. Ou seja, aquele que quer se tornar profissional de enfermagem ou, o que quer continuar a crescer profissionalmente. Para isso, ambos terão que exercitar “as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem”. A pesquisa apoia-se em métodos quantitativos e qualitativos, cabendo a enfermeira empregar o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos. Assim, se observarão lacunas, no saber, na atuação, além de se permitirem novas descobertas para a profissão e para ciência gerando novos conhecimentos e competências para a categoria^{209: 223}.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que o processo de trabalho da enfermeira encontra-se com inúmeros problemas de ordem funcional e administrativa na ESF. Entre elas, encontra-se a forma de executar atividades que poderiam ser compartilhadas com outros profissionais, ficando sob sua responsabilidade a coordenação das atividades da equipe, além de realizar grande parte das atividades administrativas, de planejamento e dar suporte às demandas advindas dos ACS. Tudo isso desencadeia uma sobrecarga nesse profissional que o impede de se dedicar às demais atribuições que lhe cabe²¹⁰.

As entrevistadas referem que boa parte das demandas advindas dos programas do governo federal na ESF está sob a responsabilidade direta da profissional enfermeira, e isso tem influenciado de forma negativa no seu processo de trabalho, conforme visualizado nos discursos adiante:

Recorte 1- Hoje **as demandas são muitas aqui na unidade, é PMAQ** [O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica], **é PSE** [Programa Saúde na Escola], **reunião em comunidade, são visitas domiciliares**, enfim. São tantas demandas, que **o tempo da enfermeira é muito curto para tantas coisas, e a gente, às vezes, deixa até a TCI um pouco de lado**, ou seja, alguma coisa tem que ser sacrificada e ficar para depois. (Enfermeira Fortalecida- 10)

Recorte 2- Hoje eu estou vivendo uma situação peculiar, pois **eu me encontro sem motivação para realizar as rodas de terapia**. Eu sempre participo dos encontros e faço questão de ir, mas eu acho que o **nosso processo de trabalho tem sido tão desgastante, estamos sendo cobrados de tantas coisas, tem sido dado prioridade a tantas outras coisas que a gente não está dando conta. É produção, é BPA** [Boletim de Produção Ambulatorial], **PMAQ**, enfim. (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 3- É ter uma **demanda grande demais**, e você se ver **sobrecarregada**, **você olhar na agenda, tentar tirar um dia, uma hora e você não conseguir**. É uma **cobrança, todo dia chega uma novidade para você dar conta** [...]. Nossa decepção é **você ficar frustrada de querer e não poder em todos os aspectos**. A partir do momento que você sabe que seu trabalho **vai ajudar alguém, entendendo que você vai ser ajudada também**, e você olhar e ver tanta gente precisando, e saber que elas poderiam ir se libertando daqueles psicotrópico, que aquele trabalho é muito bonito e **você procurar recurso e não ter**. (Enfermeira Mudada-13).

É perceptível nos discursos a sobrecarga vivenciada pelas enfermeiras entrevistadas na ABS e isso tem possibilitado um desgaste profissional imensurável. O Governo Federal Brasileiro tem demandado inúmeros programas que requerem desses profissionais, preenchimento de fichas, metas a serem alcançadas, dentre outros. Isso induz práticas burocratizadas que demandam tempo e disponibilidade desse profissional, situações, que muitas vezes, tem interferido e impossibilitado investimento em promoção da saúde e, por conseguinte, em melhorias no seu processo de trabalho.

Gabardo; Junges; Selli ²¹¹ inferem que o processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF está ficando a cada dia mais inviável, provocando nesse profissional, inquietações e insatisfações. As responsabilidades demandadas a esses serviços, por vezes, fogem à sua capacidade de intervenção e resolutividade. Por um lado, existe uma pressão administrativa por resultados e metas preconizados pelos programas implantados nos municípios e, por outro, emerge as necessidades advindas das famílias que residem na sua área de abrangência, e que muitas vezes os faz se sentir impotentes diante da sua capacidade de resolutividade.

Entre essas papeladas e consolidados mensais agregados na atualidade ao trabalho dos profissionais da ESF, encontra-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) cujo objetivo é descrever e enviar ao MS, todo mês, os procedimentos/atendimentos realizados pelos profissionais da equipe através de dados quantitativos e códigos pré-estabelecidos ²¹².

Além disso, ainda atuam com outros dispositivos que exigem desses profissionais preenchimentos de papéis dos mais variados, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Programa de Prevenção a Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA); Boletim de Informação de Imunobiológico (BIM); Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO); Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), dentre outros. Esse foi um fator que sempre causou discussão em reuniões realizadas entre gestores e profissionais da ESF, gerando insatisfações e desgastes.

Em 2007, visando fortalecer a intersetorialidade entre a saúde e a educação, o MS criou o Programa Saúde na Escola (PSE). A citada política objetivou ampliar o cuidado oferecido às crianças, adolescentes, jovens e adultos na busca da saúde e educação integral, indo muito mais além do que a simples ofertas de serviços num mesmo território, pois imprime a noção de sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade ²¹³. Com isso, os profissionais da ESF também passaram a disponibilizar horários em suas agendas para as ações pontuais realizadas nessas escolas.

Todavia, em 2011 a proposta do governo para rastrear os problemas estruturais e aqueles relacionados ao processo de trabalho da ABS e também visando promover melhoria do acesso e na sua qualidade, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Para isso, os gestores precisaram realizar adesão ao programa por meio do cadastramento das equipes da ESF incluindo equipes de saúde bucal, NASF e o Centro Especializado de Odontologia (CEO). Tal adesão contemplou as equipes com 20% do recurso financeiro total. Trata-se de uma ferramenta que funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade resolutiva advindas da população por parte das três instâncias de gestões em comum acordo com os profissionais envolvidos no serviço ²¹⁴. No entanto, poucos avanços têm sido evidenciados nos serviços após a implantação do PMAQ, por ser um programa ainda recente no país.

Outros autores enfatizam que apesar de toda dificuldade encontrada pelos profissionais para desempenhar suas funções na ABS, ainda se pode observar um número significativo de atividades sendo realizadas, e um envolvimento nas ações minimamente preconizadas pelos governos federal, estadual e municipal. Contudo, as dificuldades no cumprimento de tudo que lhe é delegado são reais, uma vez que, a prática produtivista inviabiliza momentos de reflexão sobre o cotidiano e suas ações. Isso porque, além das atividades clínicas estão também as capacitações e supervisões dos ACS e auxiliares de enfermagem ¹⁴².

Na tentativa de amenizar o excesso de burocracia e tentar qualificar o sistema de informação da rede SUS, o Departamento de Atenção Básica está implantando em todos os serviços de saúde do país o e-SUS na ABS. Entendendo que esse processo é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, pois sua proposta é deixar o SUS totalmente eletrônico nos próximos anos e, nesse ínterim todos os usuários do sistema serão reconhecidos e encontrados a partir de seu cadastro no Cartão Nacional de Saúde ²¹⁵. No entanto, sabe-se que esse processo além de lento, envolve inúmeras barreiras até sua efetivação e consolidação.

A situação atual apresentada pelas Enfermeiras Empática, Fortalecida e Mudada, reflete uma contradição do próprio governo nas demandas enviadas para ABS. É preciso que os profissionais que atuam junto ao MS, estados, municípios e os gestores tenham sensibilidade e pensem na melhor forma de agregar esses programas, criando estratégias para delegar para outros profissionais da rede algumas funções, para que essa sobrecarga profissional da ABS seja amenizada. Acredita-se que, só assim, existirá tempo para a enfermeira investir no território que atua com ações voltadas para prevenção e promoção da saúde, conforme exige o lugar social que ocupa.

b) Apoio insuficiente da comunidade, profissionais e da gestão.

O planejamento das ações educativas realizadas pelas equipes da ESF deve ser feito, preferencialmente por todos os profissionais do serviço. Porém, na atualidade, o que se observa é que nem toda a equipe está presente durante o seu planejamento e seu desenvolvimento. Ainda, se evidencia déficit no comprometimento da equipe, na adesão da comunidade e na escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, além da falta de apoio por parte dos gestores. Nesse momento, a enfermeira, por diversas vezes, tem assumido a responsabilidade de organizar e planejar os grupos terapêuticos e as atividades educativas nesse serviço. Todavia, isso representa, no contexto atual, uma fragilidade que precisa ser sanada, pois o processo de planejamento de educação em saúde não deve ser individualizado e sim envolver estratégias, recursos e gestão ²¹⁶.

A realidade da enfermeira terapeuta comunitária que atua na ABS não tem sido divergente. Ainda se observa nos fragmentos discursivos, adiante, a resistência por parte dos gestores em apoiar os profissionais nas suas práticas:

Recorte 1- Um dos maiores obstáculos e entraves que eu enfrento é o apoio da gestão [...] por ela não acreditar, não reconhece o trabalho do terapeuta. Ela manda para a formação, mas quando chega ao serviço, ela não dá condição para isso [...]. Como desenvolver rodas, se **eu não tenho parceria** com quem eu deveria ter? Tínhamos projetos belíssimos para ser desenvolvidos, mas como, se **a gente não tem perna, se eles não dão condições?**. (Enfermeira Compromissada- 3).

Recorte 2- Quando a gente deixa de fazer uma roda de terapia, para a gestão, parece-me que é bom, parece que é melhor fazer um atendimento, e eu estou sendo engolida por isso, e não estou conseguindo realizar a roda. Dá vontade, mas tem alguma coisa me prendendo, eu não sei bem o que é. Acho que **tem a ver com o desconforto mesmo, com essa situação de você se doar, se doar, você faz tudo, mas cadê o retorno para você.** E aí eu pergunto: **Cadê o cuidado com o terapeuta? O cuidado que estão tendo conosco?** (Enfermeira Empática- 20)

Existem, nas entrelinhas, vestígios de carências por parte das enfermeiras da ESF em serem valorizadas e reconhecidas profissionalmente. Isso permite que se visualizem traços daquelas enfermeiras que atuavam no modelo hegemônico, no qual tanto os elementos de ordem social quanto político, valorizavam apenas os cuidados médicos e secundarizavam os cuidados de enfermagem. Registra-se, ainda, uma relação de submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e domesticidade, pois a enfermagem, ao se configurar uma profissão de mulheres, ela também envolve representações sociais inerentes às características da mulher ideal numa sociedade ainda dominada pelos homens ^{217; 218}.

Outra leitura realizada pela pesquisadora ao vislumbrar os discursos das entrevistadas, foi que o ato dos gestores enviar a profissional para capacitação ou promovê-la in loco não se configura um pré-requisito suficiente para se ter êxito na sua implementação. Deve-se, antes disso, dar ao profissional condição para sua realização no território e, para isso, é necessário apoio permanente, estímulo e condições para sua realização. Esses achados, vão ao encontro do estudo realizado por Sá ³⁵, também com enfermeiras terapeutas comunitárias, ao reportar-se que a cobrança dos gestores por metas e burocracias tem restringindo o tempo da enfermeira para o desenvolvimento de ações preventivas, induzindo-as a direcionar suas condutas para o modelo reducionista e tecnicista, como também percebeu-se que o apoio dos gestores para dar continuidade aos encontros de TCI na comunidade é insuficiente e descontínuo, dificultando que a profissional desempenhe a competência adquirida a partir da formação em TCI.

Para Krug et al ²¹⁹, é necessário que os gestores desenvolvam uma escuta atenta dos profissionais de saúde, que identifiquem, com isso, dificuldades, saberes e potencialidades de cada serviço, levando em consideração as características da população de cada território, as condições de trabalho e a identificação dos profissionais com a proposta da ESF, além de se considerar que o trabalho em saúde encontra-se marcado por ideologias capitalistas e político-partidárias vigentes na sociedade.

Batista e Gonçalves ²²⁰ corroboram dizendo que a educação permanente foi uma das estratégias do governo federal para sanar problemas relacionados à capacitação dos profissionais da ESF, por ter como foco preencher lacunas e transformar as práticas e a própria organização do trabalho. Todavia, os gestores devem ficar atentos para não se tornar meros transmissores de novos conhecimentos e saber técnico, pois isso abrange apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, não configurando o seu foco principal. É

importante considerar aspectos pessoais, valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS e suas demandas.

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento ^{220: 895}.

Um fator que também tem interferido no processo de trabalho da enfermeira e, conseqüentemente, na continuidade efetiva das rodas de TCI na ABS, foi o apoio da própria comunidade, a qual tem se mostrando muito passiva, não só para participar da TCI, mas também para outros trabalhos grupais, conforme indica a Enfermeira Sensibilizada:

Recorte 1- Aqui na comunidade a gente ainda tem uma certa dificuldade de adesão. A comunidade ainda é muito passiva quando se fala em trabalho em grupo, e a gente tem dificuldade para trazer essas pessoas. As rodas de conversas ocorrem com aqueles que já estão a um bom tempo no serviço. **O obstáculo maior é saber de que forma e que parceiros eu tenho que estar conseguindo para se ter uma melhor adesão dessas pessoas e trazê-las para a roda.** (Enfermeira Sensibilizada-18).

O processo histórico das práticas preventivas realizadas em comunidades carentes revela que, por muito tempo, a comunidade foi esquecida, sendo assistida de forma passiva nos serviços de saúde, não lhe delegando autonomia para resolver seus próprios problemas de saúde. Essa ideologia pode estar influenciando nessa resistência apresentada pelos participantes das rodas e de outros grupos de educação em saúde realizados pelos profissionais do serviço.

Segundo Silva; Dias; Rodrigues ¹⁷⁶, outro fator que influencia na resistência dos usuários a participarem de processos educativos na ESF, seria a ideologia da sociedade medicalizada a qual se baseava em tecnologias duras, como os medicamentos e os procedimentos diagnósticos. Nessa perspectiva, os profissionais encontram vários entraves para realização das ações educativas tendo em vista o caráter macroideológico dessa questão. Por outro lado, eles não costumam ter o hábito de estimular a autonomia e a participação dos usuários durante as práticas educativas, e esses muitas vezes são expostos à explanação de temas, e boletins informativos, posturas típicas de uma educação bancária.

No entanto, percebeu-se, que após participarem dos grupos realizados pelas enfermeiras terapeutas comunitários, eles passam a entender o verdadeiro sentido da prática educativa, pois, nas rodas de TCI esses usuários, passam a ser vistos como coparticipantes do seu processo saúde- doença e eles próprios traçam suas estratégias para enfrentar o sofrimento cotidiano e, por vezes, eles aprendem também, com a história de vida do colega.

Sobretudo, as profissionais acreditam que a superação do modelo tradicional exige processualidade e tempo, porém isso ainda precisará ser rompido na comunidade para que os pressupostos do SUS se consolidem na ESF, cabendo às enfermeiras desenvolverem sua capacidade de refletir sobre o cotidiano e de transformar as práticas naturalizadas. Para a entrevistada adiante, a falta de apoio dos demais profissionais da equipe também representa um obstáculo para efetivação do seu processo de trabalho:

Recorte 1- Outro obstáculo são os profissionais da equipe em se envolver, de ajudar, de participar. Um ou outro é que vem! Aí muitas vezes, a realização da roda fica centrada só no profissional que conduz. Se eles não participam, até para se divulgar é difícil! Então, a resistência da equipe é um dos obstáculos que a gente vê, nós precisamos da ajuda dos ACS, para poder trazer os usuários. Eu não posso divulgar sozinha ou só a outra terapeuta, tem que ser toda a equipe. Existe uma resistência dos profissionais em participar para não se expor. (Enfermeira Reconhecida- 18).

É importante que haja uma boa divulgação da prática na comunidade para que a adesão seja satisfatória. No entanto, no discurso acima, ainda se pode visualizar resistência dos demais profissionais em aderir e acreditar na proposta da TCI. O interdiscurso revela traços de paradigmas tradicionalistas e assistenciais impregnados nos profissionais resistentes, por valorizarem, mesmo que inconscientemente, a assistência curativista. Cabe enfocar, portanto, que essa postura se contradiz ao perfil exigido na ABS.

Acrescenta-se, ainda, a influência histórica da profissão da saúde quando, no século XX, a característica do trabalho desse profissional na rede hospitalar era totalmente funcional, com procedimentos, funções e tarefas definidas para cada elemento da equipe. Dito de outro modo, o paciente era assistido por vários profissionais de forma fragmentada e particionada, sem haver um planejamento, um plano de intervenção definido e ampliado ¹³⁵.

Embora a enfermeira demonstre conhecimento sobre suas atribuições no processo de trabalho da ESF, ainda é possível identificar que o trabalho em equipe e a atuação interdisciplinar é um desafio e precisa ser construída, e tal articulação depende da colaboração de todos os envolvidos nesse processo. Precisa-se ainda, se definir o perfil das competências necessárias a cada profissional, e a enfermeira, apesar das dificuldades, possui uma atuação voltada para consolidação da ABS. No entanto, é necessário reconhecimento e mudanças no processo de trabalho ²²¹.

Um estudo representacional com profissionais da ESF sobre a TCI e sua repercussão no processo de trabalho da ABS em João Pessoa, identificou que nos serviços que realizam as rodas a relação entre os membros da equipe não teve mudança significativa e os demais profissionais permaneceram tendo pouca adesão à TCI. Tal fato pode se relacionar à ênfase

dada na formação desses trabalhadores que valorizavam a utilização de tecnologias duras e leves-duras, e os deixou resistente às tecnologias leves, relacionais e do trabalho vivo ²²².

Outro obstáculo identificado foi a ausência de outro terapeuta comunitário durante a realização das rodas. Segundo Barreto ⁴⁷, os encontros de TCI, preferencialmente, deveria ser realizado pelo terapeuta comunitário e por um ou dois coterapeutas, isso porque, durante a sua realização, cada um tem uma função específica, ou seja, o coterapeuta será aquele que vai ambientalizar o grupo, deixando-o confortável. Tal acolhimento ocorre inicialmente, com boas vindas, confraternização dos aniversariantes e celebrações do mês, a partir de músicas, dinâmicas, dentre outros. Além disso, ele será o responsável para apresentar a TCI e as suas regras aos participantes.

Por sua vez, o terapeuta, será aquele que irá conduzir a terapia obedecendo todas as etapas propostas por Barreto ⁴⁷. No entanto, esse também foi um dos obstáculos relatados pelos entrevistados:

Recorte 1- Quando eu trabalhava em outra unidade **eu tinha uma parceira, e mesmo com as dificuldades a gente buscava um local. Quando não dava mais certo, a gente buscava outro, mas no local que eu estou agora, nós não dispomos de equipamento social que você possa contar. Eu realizei uma roda de TCI com a colega da unidade vizinha, mas nem sempre meu horário coincide com o dela** (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 2- No momento, **eu estou sentindo dificuldades, porque eu estou sem dupla**, porque a pessoa que fazia dupla comigo foi remanejada para outro distrito, **mesmo embora eu saiba que posso fazer sozinha.**(Enfermeira Fortalecida- 10)

Recorte 3- [...] **Perdi a minha parceira, passei a contar com os agentes de saúde, mas a gente precisa de outro terapeuta para estar se apoiando.** (Enfermeira Empática- 20).

Conforme visto, algumas enfermeiras terapeutas comunitárias, explanam em seus discursos inseguranças para conduzirem as rodas de TCI sem a presença do coterapeuta. O citado anseio pode relacionar-se, ao fato de que, nas rodas de TCI, quem escolhe o tema a ser discutido naquele dia são os próprios participantes e, dependendo desse tema, o terapeuta pode não apresentar segurança para conduzi-la por apresentar questões suas, ainda pouco trabalhadas terapeuticamente.

Existem evidências, vestígios de medo, um temor, uma necessidade de sentir-se apoiada por alguém, ou até em não se permitir mostrar-se frágil para os demais participantes do grupo. Nesse caso, a presença do coterapeuta seria de extrema importância, pois, segundo Barreto ⁴⁷, em situações de inseguranças o terapeuta precisa ter certeza que não está só e que, naquele momento, existe alguém para ajudá-lo, assim, ele poderá convidar o coterapeuta para assumir a sua função no grupo e conduzir o encontro normalmente.

É importante deixar claro que a ausência de apoio, seja dos profissionais, da gestão ou até mesmo dos usuários, desestimula os profissionais a realizar a promoção da saúde e consequentemente, a TCI, e isso se encontra bem explícito nos discursos das Enfermeiras Mudada, Reconhecida, Sensibilizada, Empática e Compromissada, participantes desse estudo.

c) Espaços inadequados e horários insuficientes

Os profissionais da ESF precisam desenvolver de forma permanente ações de promoção da saúde e prevenção do adoecimento com os mais diversos grupos populacionais da sua área de abrangência haja vista a proposta da ABS. Porém, Roecker; Budó; Marcon ¹⁷⁷, referem que as estruturas físicas desses serviços, muitas vezes, não respondem às expectativas dos profissionais, mostrando-se inadequadas, com pouca ventilação, para a demanda que assiste e com recursos materiais insuficientes para sua realização.

Diante dessa prerrogativa, as enfermeiras entrevistadas também acreditam que a inexistência de um espaço físico adequado e horários específicos para sua realização tem sido um fator negativo para realização das rodas de TCI nos serviços e, consequentemente, fragilizam o processo de trabalho da ESF. Conforme visto adiante:

Recorte 1- Meu maior obstáculo foi **ter um espaço adequado para realizar as rodas de terapia** (Enfermeira Redirecionada - 20).

Recorte 2- Um obstáculo que temos é **o local adequado e a outra coisa que interfere é o tempo, pois a demanda do serviço é em cima de você por conta das metas a serem cumpridas** e tudo mais. Então, **você tem que organizar seu tempo, para prevenção e para a parte curativa.** (Enfermeira Reconhecida- 18).

Recorte 3- **Preciso ter mais disponibilidade e tempo. [...] Abrir mais mão desse tempo e entrar mais a fundo na terapia comunitária.** (Enfermeira Humanizada- 16).

Recorte 4- **Eu passei oito meses sem médico na unidade, aí ficou complicado, sem apoio, motivação, sem local adequado, tendo que estar atrás de uma igreja, de um salão,** enfim, tudo isso, é um obstáculo. (Enfermeira Mudada- 13).

Recorte 5- Eu estou precisando **traçar estratégias e tempo** também para realizar as rodas de forma contínua. [...] **são muitas demandas e você, para trabalhar com terapia comunitária, você precisa ter tempo, se organizar, pensar nas dinâmicas, precisa estar inteiro, não dá para fazer de todo jeito, então isso dificulta.** (Enfermeira Fortalecida- 10).

No intradiscurso das enfermeiras entrevistadas, percebeu-se uma contradição, pois, ideologicamente, desde sua implantação na década de 1990, a ABS teve como atribuição investir em ações educativas que promovessem a saúde dos sujeitos, no entanto, os discursos das entrevistadas, deixam vestígios, que o fato da estrutura física do serviço, desde sua

construção não ter sido bem pensado, para realização de tais práticas, indicam que os gestores e engenheiros responsáveis por sua planta física, ainda se encontravam impregnados com o modelo hegemônico de atenção à saúde.

O governo brasileiro, representado pelo MS, também se contradiz, quando demanda programas a cada dia para esses profissionais, cabendo aos mesmos encaixá-los em suas agendas. Com isso, por vezes, os horários disponibilizados para as ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças limitam-se, causando toda uma descontinuidade desse processo.

A análise dos discursos ainda permitiu entender que elas acreditam que se existisse uma estrutura física adequada no serviço, o tempo disponibilizado para sua organização em outros espaços seria minimizado. Entretanto, há de se convir, que existe vestígio de resistência, de comodismo no próprio profissional que muitas vezes não quer sair de sua área de conforto, e que ainda encontra-se preso às instituições criadas no modelo hegemônico de assistência à saúde. Reforça-se essa discussão com os fragmentos discursivos adiante:

Recorte 1- Ainda tenho obstáculo para realizar a TCI, seja na **dificuldade de sair de casa, no comodismo, de sair da minha área de conforto e de renunciar à minha própria vontade**. Preciso superar essa mania de **sempre arranjar alguém para jogar a culpa**. Ah! Eu não tenho espaço. Ah! Ninguém me ajuda. Ah! Eu estou sozinha. [...] **A dificuldade muitas vezes quem faz sou eu**. (Enfermeira Alegre- 8).

Barreto ⁴⁷ infere que a TCI pode ser realizada em qualquer espaço comunitário, seja igreja, sindicato, escola, pátio, instituições de saúde, ou até mesmo embaixo de uma árvore. Não se pode, portanto, esquecer que dentre as funções da equipe da ESF está a articulação com os equipamentos sociais existentes na comunidade. Além disso, as enfermeiras precisam aprender a delegar funções, pois outros profissionais da equipe também poderiam realizar essa negociação com as lideranças sociais.

Existem ainda, indícios de desmotivação nos fragmentos discursivos das Enfermeiras Alegre e Mudada, sendo essa considerada uma das preocupações, pois, para Barreto ⁴⁷, é importante que o terapeuta esteja animado e motivado para conduzir as rodas de TCI, porque muitas vezes, sua desmotivação pode refletir no desinteresse do grupo em continuar participando dos encontros.

Contudo, embora estando-se atentos para os obstáculos evidenciados por algumas entrevistadas, o que se percebeu foi que o processo de formação é permanente na vida de cada terapeuta comunitária, e que dar sentido ao que fazem foi fundamental para que eles promovessem mudanças em si e em suas práticas. As rupturas mostraram-se necessárias para

se desconstruir paradigmas antigos e se dar lugar aos novos. Acredita-se que essa evolução foi o ponto chave para que as enfermeiras se enxergassem enquanto cuidador e profissional da ABS e, adquirissem mais competência. Tais assertivas se encontram ainda mais explícitas nas discussões que se seguem.

Ao se considerar a descrição de uma tipologia weberiana, e o tipo ideal de terapeuta comunitário construído por Adalberto Barreto, buscou-se definir as principais características típicas das enfermeiras terapeutas comunitárias que atuam na ABS. Para isso, foi necessário resgatar uma autodefinição desse profissional, sendo necessário construir a última Formação Discursiva desse estudo, a qual foi denominada: **4.2.5 Concepção das enfermeiras sobre Ser Terapeuta comunitária.**

A enfermagem, nos últimos anos, vem se destacando e se consolidando na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto internacional. No que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, essas profissionais estão assumindo um papel cada vez mais determinante e proativo nos espaços que atuam. Cabe evidenciar aquelas relacionadas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões, tornando-se um componente fundamental nos mais diversos espaços comunitários do país e no SUS ²²³.

Assim, as enfermeiras se apresentam, a cada dia, como a profissão do futuro, tendo em vista sua capacidade de compreender o indivíduo em toda sua complexidade e singularidade, não o enxergando apenas como um *ser* doente. É nessa direção que essa profissional suscita, no ser cuidado, uma habilidade permanentemente de se auto-organizar e se projetar como autor do processo saúde-doença, na medida em que investem em atitudes proativas que visam emancipar o indivíduo e a sua família e os corresponsabilizam pela sua saúde e sua história ²²³.

Tais avanços também estão atrelados à implantação da ESF nos espaços comunitários do país, pois a enfermagem passou, desde então, a ganhar visibilidade na sua profissão ao incorporar um conjunto de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. Ao adequar-se às políticas públicas atuais, algumas mudanças em sua prática e no seu perfil foram relevantes, seja na organização, na operacionalização dos serviços, nas competências técnica e científica, com ênfase na assistência ao sujeito no contexto familiar e social, visando à promoção da saúde, conforme evidenciam Costa e Silva ¹⁴⁰.

Acredita-se, todavia, que a enfermeira diante de tantas mudanças paradigmáticas tem reconstruído suas práticas e esse processo de construção identitária depende tanto dos

julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e autodefinições. Tendo em vista que a identidade representa um produto de diversas socializações⁶⁰.

Recorte 1 - A terapia comunitária me deu consciência do cuidar. É como se eu tivesse passado a dominar o que é cuidar a partir da formação. Eu sempre achei que fosse um profissional sensível para várias questões, seja da mulher, da pobreza, da saúde mental, mas assim, eu acho que não tinha dentro de mim essa consciência tão concreta, nem sei explicar direito essa dimensão. Eu entendi melhor porque eu era cuidadora, porque eu me tornei enfermeira. Ela me ajudou a reconhecer e melhorar minha autoestima como enfermeira. (Enfermeira Redirecionada- 20).

Recorte 2 - Hoje eu sou uma enfermeira que escuta mais os usuários e o meu olhar ficou mais ampliado. Quanto a mim, eu estou aprendendo a me cuidar, e a entender que quando eu não me cuido e não me amo, eu também adoço. Aprendi também a dizer o não que muitas vezes ficava muito embutido. Eu acumulava muito e depois estourava. (Enfermeira Reconhecida- 18).

Recorte 3 - Após a terapia comunitária esse olhar foi ampliando, porque você aprende a conhecer um pouco mais de si, de suas limitações e potencialidades e o poder que você tem de ajudar. Além de você poder se conhecer, e de conhecer e compreender melhor o outro. Com as rodas de terapia a gente se vê num aprendizado constante, a gente passa a partilhar tantas coisas, pois, você está sempre se trabalhando e ajudando o outro a se trabalhar. É dessa forma que eu me vejo, uma pessoa que sempre foi sensível, mas após a terapia essa sensibilidade aguçou e tecnicamente me ajudou a enxergar coisas que antes eu não enxergava com tanta facilidade. Você consegue ter um olhar bem mais amplo da comunidade. (Enfermeira Sensibilizada- 18).

Recorte 4 - A formação em terapia comunitária ampliou minha visão com o paciente. Me deixou mais sensivelmente a necessidade psíquica que ele traz, a queixa, e ver por trás daquela dor, do sofrimento. Enfim, a gente consegue fazer um link, entre a necessidade que ele trás e o lado psíquico. Eu acho que a terapia me fortaleceu, fortaleceu a minha prática e ampliou minha visão. Hoje, eu vejo o usuário como um todo, eu não vejo só o que ele traz em relação à doença, a queixa, a dor e etc. (Enfermeira Fortalecida- 10).

O que a formação em terapia nos mostra é uma prática muito mais valiosa, pois ela proporciona o empoderamento, do cuidar de si, de ver o outro como ser humano, e não como um portador de uma doença. A terapia nos traz esse olhar diferenciado para a prática e para o cuidado com o paciente e resgata em nós esse valor de ver a pessoa dentro do seu contexto social, entendendo que nosso usuário está muito vulnerável a todos esses fatores condicionantes. É perceber que a saúde não é esse conceito lindo que aprendemos na universidade e nos livros: “saúde é um completo bem-estar biopsicossocial” (Enfermeira Compromissada- 3).

Os discursos das entrevistadas remetem a um sentido de plenitude e empoderamento profissional, que as fez entender o seu lugar social enquanto cuidadoras e enfermeiras. Isso ocorre porque, ao se tornarem terapeutas comunitárias, elas passam por um processo de autoconhecimento que as libertam de mazelas acumuladas durante décadas. Além do mais, a forma como as oficinas são conduzidas as ajudam a construir sua identidade. Tais oficinas levam-nas, muitas vezes, a emoções nunca sentidas, fazendo-as atingir um grau de

consciência que as fazem atuar melhor. Os discursos das Enfermeiras, Redirecionada, Reconhecida e Sensibilizada revelam que a TCI deu-lhes maior consciência do cuidar, entendimento de ter se tornado cuidadora, reconhecimento da sua autoestima como enfermeira e um olhar ampliado a partir de uma escuta qualificada.

Ela ressignifica sua prática quando retorna as suas funções entendendo qual o seu lugar naquela comunidade e na sociedade e, esse movimento, além de contínuo, tem uma via de mão dupla. Ou seja, ela passou a entender que quando cuida do outro, também cuida de si. Esse tipo de identidade aproxima-se da noção de socialização descrita por Baumam⁶¹, pois, as enfermeiras constroem sua identidade instituindo uma relação que se volta tanto para si e quanto para o outro, estabelecendo-se, com isso, uma relação sociológica restituída. Os discursos ainda revelam que as enfermeiras têm a concepção de que o processo de autoconhecimento é necessário para se entender suas limitações e potencialidades enquanto profissional.

Para Carício et al³⁷, esse processo de tornar-se terapeuta comunitário suscita no profissional da ESF um reencontro com sua história de vida e isso os faz refletir sobre os acontecimentos dolorosos de crises, sofrimentos e algumas vitórias suas. Tal fato, desperta o sujeito para a mudança, para o crescimento e para se ressignificar enquanto pessoa e cuidador. Entre as mudanças, identificam-se: a responsabilidade em si, autonomia, autodeterminação, compreensão e a consciência sobre sua própria vida, concepção também presente, nos discursos das Enfermeiras Sensibilizada e Redirecionada.

Além do mais, o espaço de fala e escuta que o processo de formação oportunizou, ajudou também o terapeuta a desabafar suas dores, seu sofrimento, impulsionando-os ao enfrentamento do sofrimento cotidiano, evitando a somatização, o adoecimento mental e a colaborar para o desenvolvimento de um cuidado integral e humanizado.

Logo, infere-se que a TCI possibilita vivências enriquecedoras que promovem o empoderamento e ajudam o sujeito a enfrentar os desafios da vida cotidiana. No entanto, sua prática possui um foco central que é a descoberta das potencialidades individuais e o despertar do sujeito para melhorar sua qualidade de vida. Assim, a capacidade da prática proporcionar o empoderamento deve-se iniciar no terapeuta, para que, assim, este possa ajudar o participante a desenvolver sua potencialidade. Além disso, essa empatia entre terapeuta e usuário é fundamental para que haja a transformação do processo terapêutico.

Também se evidencia nos fragmentos discursivos o poder que a formação tem de melhorar a autoestima das enfermeiras, de tal modo que, além de parecerem mais felizes e

realizadas, elas passam a identificar-se ainda mais com a profissão e com as funções que desenvolvem nas comunidades.

Barreto e Lazarte ¹⁶² discorrem que a recuperação da autoestima do terapeuta está relacionada à libertação pessoal de estereótipos e preconceitos internalizados e introjetados em si, que os aprisionaram e oprimiram por décadas. Logo, a partir do momento em que o terapeuta se enxergam, não mais como aquele que cumpre obrigações, papéis sociais, mas como um sujeito de direitos, que pode ser ele mesmo, e não aquele que a sociedade, família e instituições querem, ele recupera sua autoestima, e se liberta de padrões e ideias preconstruídos.

A Enfermeira Compromissada reproduz atualidades referentes aos preceitos do SUS e da ABS no seu intradiscorso ao deixar claro que o conceito de saúde formulado pela OMS, em 1948, está longe de ser uma realidade brasileira, por simbolizar um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Para o MS o citado conceito remete “à ideia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica”. [...] “Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido”. A compreensão de saúde permeia para um alto grau de subjetividade e determinação histórica, e dependendo do momento vivido, do referencial e dos valores que atribuam a uma situação se terá mais ou menos saúde ^{203: 65}.

Seu discurso se aproxima do SUS ao fazer alusão para um olhar que, na atualidade, deve se voltar para os fatores que determinam e condicionam o estado de saúde ou de doença do *ser cuidado*, deixando evidente, nas entrelinhas, que durante sua atuação profissional é preciso valorizar as necessidades biológicas, o meio físico, socioeconômico e cultural, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção prestada, e tão bem descrita pelo MS ²⁰³.

Nos fragmentos das Enfermeiras Sensibilizada e Fortalecida constatou-se, também, que o terapeuta se mostra mais sensível à dor do ser cuidado e às necessidades demandas por ele no momento do encontro ou consulta de enfermagem e, para isso, se buscou realizar uma escuta atenta e qualificada, fato que também foi fortalecido em outros recortes adiante:

Recorte 1 - Hoje a gente para mais pra ouvir e entende que aquela primeira queixa, não é a mais importante. O problema maior dela não é a dor, a insônia, você tem que buscar o que está por trás disso. Quando você consegue identificar, isso dá uma mexida com a gente, principalmente quando você faz alguns encaminhamentos e consegue sanar essa situação que incomoda tanto. [...] **Hoje eu tenho mais sensibilidade de me identificar com o sofrimento do outro.** (Enfermeira Empática- 20).

Recorte 2 -Eu tento **ver o paciente de uma forma holística, por inteiro**. Então, eu **tento fazer uma análise completa da situação, eu vejo até onde vai à dor da doença e até onde vai a dor do sofrimento**. Eu tento ajudar esse paciente não só de forma terapêutica, mas também de uma forma de conversa, de desabafo, de orientação. [...] Eu tenho que **conhecê-lo no seu dia a dia, na sua casa, na sua vivência para ajudá-lo melhor**. (Enfermeira Alegre- 8).

Recorte 3 – [...] Eu **sou essa enfermeira que escuto, falo, durante as minhas consultas e sinto que eu estou aprendendo a cada dia**. (Enfermeira Humanizada- 16).

Recorte 4 - Após a terapia, **ficou mais fácil visualizar que as pessoas poderiam ter um espaço para desenvolver a fala** (Enfermeira Redirecionada- 20).

Os sujeitos sinalizam em seus discursos que a formação possibilitou a realização de uma escuta mais atenta e completa das demandas advindas do usuário, referindo que a escuta vai além da queixa patológica ou psíquica apresentada naquele momento, pois a consulta de enfermagem tornou-se uma oportunidade de conhecer mais a história de vida daquele usuário, suas subjetividades e para se identificar os reais fatores desencadeadores daqueles problemas apresentados outrora.

O processo de formação desperta o terapeuta para entrar em um campo jamais transitado, ‘o processo de viver de cada pessoa’, e isso só é percebido quando o humano aflora em si sua sensibilidade e sua capacidade de mostrar-se disponível para cuidar do outro. Dessa forma, ele se encontrará instigado a olhar o ser em sua integralidade e multidimensionalidade ¹³⁸. As citadas características se aproximam do perfil idealizado por Adalberto, quando ele revela que o terapeuta comunitário seria aquele que valoriza a verbalização e a escuta; que estimula os laços afetivos entre pessoas; que age como um comunicador ajudando as pessoas a clarear as informações trazidas, deixando explícito o dito e o não dito ⁴⁷.

Ao realizarem a escuta atenta, as enfermeiras se atualizam e se aproximam da proposta do SUS e da TCI, pois, além das propostas de Adalberto, essa postura também pode estar presente nas etapas de construção do projeto terapêutico singular do usuário, que possui como intenção, o cuidado integral à pessoa por meio da construção de um plano de ação compartilhado e composto de um conjunto de intervenções realizadas, com o usuário, pelo profissional que irá explorar as múltiplas dimensões que envolvem o seu processo saúde-doença. Um dos maiores desafios encontrados pelo profissional é o de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico ^{173; 189}.

Faz-se necessário lembrar, que algumas atitudes tomadas pelo governo brasileiro nos últimos anos, valorizaram de forma significativa a ABS, na construção e aprovação de

políticas públicas voltadas para humanização do cuidado, para promoção da saúde e para o acolhimento do usuário. Acredita-se que a intenção seria provocar mudanças nas práticas dos profissionais suscitando, com isso, escuta qualificada e atenta e valorização das subjetividades das pessoas inseridas nas comunidades.

A Política Nacional de Humanização, por conseguinte, foi instituída pelo Governo Federal em 2004, cujos princípios norteadores baseiam-se na valorização das dimensões subjetivas e sociais, no fortalecimento e estímulo os processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização com a produção de saúde e a produção de sujeitos. Também propôs fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, transdisciplinar e a grupalidade, por meio da atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e da utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia, além de valorizar o protagonismo de sujeitos e coletivos ²²⁴.

Todavia, a assistência de enfermagem humanizada e de qualidade ainda é um desafio para esses profissionais, pois isso requer que eles realizem, a todo o momento, análise de suas práticas, suas habilidades e fragilidades. No mais, é preciso, atrelar teorias, às questões éticas, pois a humanização emana valor tanto para as questões objetivas quanto para as subjetivas dos sujeitos e sua efetivação dependerá da valorização dos conjuntos sociais, priorizando, contudo, o contexto no qual se inserem os sujeitos que participam do processo da saúde, quais são as suas ideias, concepções e valores. Assim, acredita-se que o profissional busque articular estratégias específicas e eficazes para se obter a humanização na assistência de enfermagem ¹⁵⁵.

A Política Nacional de Promoção da Saúde possui como objetivos: a incorporação e a implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na ABS; a ampliação da autonomia e da corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive do poder público, no cuidado integral à saúde para minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem; a promoção do entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde; a contribuição para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações desenvolvidas ¹⁴⁹.

Por sua vez, a proposta do MS de se implantar o acolhimento nos serviços de saúde do SUS teve como intuito melhorar os processos de trabalho dos profissionais de modo a oferecer um cuidado diferenciado aos sujeitos que procuram os citados serviços, por meio da escuta atenta, qualificada, munido de uma postura capaz de acolher e oferecer aos usuários respostas mais efetivas. Isso requer do profissional e do serviço resolutividade e

responsabilização, práticas intersetoriais visando à continuidade da assistência e o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir sua eficácia ²²⁵.

De maneira geral, as transformações que a TCI têm realizado nas práticas das profissionais em processo de formação não divergem das propostas emanadas no SUS e nem das políticas públicas construídas para sua efetivação. O que a TCI apresenta de avanço e de diferencial, nesse contexto, é que, após a formação, as enfermeiras conseguem romper paradigmas e superar obstáculos epistemológicos, mesmo que de forma gradativa, no que se refere aos estigmas, aos preconceitos e, às ideologias de modelos históricos e enraizados, cujo foco era o assistencialismo e a cura de doença. Ao mesmo tempo, o movimento permanente de autoconhecimento que a TCI evoca nas terapeutas, levam-nas a ressignificação daquilo que fazem e a verdadeira consciência do cuidar.

O processo de concientização, para Paulo Freire ^{171: 26}, consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, ou seja, “que ultrapassemos a esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”. Tal processo irá possibilitar o esclarecimento da realidade, pois as relações solidárias constituídas nos profissionais as tornam capazes de dialogar sobre o seu lugar no mundo, sobre o lugar em que estão situados e sobre as relações planetárias, percebendo-se como sujeitos integrados e integradores e/ou alienados dos seus direitos humanitários e humanizantes. Logo, infere-se que, para Freire, não existe consciência fora da práxis, sem o ato de ação-reflexão-ação, sem a força da transformação.

Acredita-se, então, que a enfermeira, ao tornar-se um sujeito consciente mostra-se apto a realizar uma leitura crítica do mundo e, com isso, transforma sua própria história, sendo possível devido aos momentos de diálogos e reflexão que a prática da TCI proporciona. Para Borges e Silva ¹⁴⁷, o cuidado de enfermagem requer desse profissional, escolhas e atitudes que estejam voltadas para o lugar daqueles que estão sendo cuidados; desse modo, ele deverá estar habilitado para identificar o sentir, e as reais necessidades apresentadas pelo indivíduo. Tal postura o leva para uma prática guiada pelo diálogo, pelo compartilhamento de responsabilidades e, o mais importante, que possa reconstruir as identidades, e nessa medida não se pode perder de vista o contexto familiar e social que aquele usuário vive, garantindo as reais necessidades dos envolvidos no processo de cuidado.

O papel do enfermeiro é reconhecido, em suma, pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da

assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, pela capacidade de acolher e compreender as diferenças sociais, bem como, pela capacidade de promover a interação e a associação entre os usuários, à equipe de saúde da família e a comunidade ^{222: 229}.

Padilha e Oliveira ²²⁶ inferem ainda que a TCI, ao ser implantada no SUS, despertou nos profissionais um compromisso com a humanização das relações estabelecidas com os usuários. Além de fortalecer os vínculos humanos, os profissionais conseguem empoderar as pessoas que se encontram inseridas nas comunidades. Assim, ao exercerem a função de terapeuta comunitário, ele relega seu conhecimento técnico e científico, colocando-o em um segundo plano. Cabe a ele ainda, estabelecer um clima de acolhimento e provocar a troca de experiências de vida que permitirá o relato dos sofrimentos cotidianos pelos participantes do grupo de TCI. Para os autores, a postura do terapeuta comunitário possibilita que se consolide uma nova tecnologia para o acolhimento das demandas de saúde presentes nesses sujeitos.

Contudo, ao analisar as competências que as enfermeiras terapeuta comunitários estão adquirindo após a formação, logo, compreende-se que estão superando a supremacia do ensino tecnológico, mostrando-se abertas para uma prática que a desperta para o humano, o solidário, o cuidador ²²⁶. Partido desse entendimento, tomou-se como base também as características do verdadeiro cuidador implícitas no estudo de Terra et al., ^{138: 169} que o define como aquele que “envolve estratégias para completar o potencial de mudanças, de construção e reconstrução de conhecimentos, de ruptura de paradigmas, tendo como foco a construção da autonomia e liberdade, síntese das diversas formas de cuidar”. Não obstante, na medida em que ele se torna capaz de reconhecer as necessidades de saúde do outro e com o outro, seu papel, enquanto cidadão, é exercitado também ²²⁷. Os recortes adiante avigoram essa discussão:

Recorte 1 - Eu me defino hoje como uma **enfermeira mais humana, que sente o que o outro sente e que vê no outro o seu espelho também**. (Enfermeira Inacabada- 10)

Recorte 2 - A gente enquanto terapeuta, **a gente vê muito dentro do ser humano!** (Enfermeira Humanizada- 16).

Recorte 3- Eu **me sinto gratificada e privilegiada** de saber que, dentro de minhas possibilidades, [...] **a gente pode ajudar e dar uma resposta às pessoas em seu sofrimento [...]. A enfermeira terapeuta tem uma visão diferenciada daqueles que não são terapeutas e já consegue fazer uma pessoa sair do consultório de uma forma mais confortável** e isso, **não se refere só ao bem-estar que você causa aquela pessoa, mas, pelo seu próprio bem-estar**. Eu me sinto bem quando consigo fazer esse tipo de **atendimento/cuidado**. Eu não só estou como terapeuta numa roda de terapia. **A gente está na terapia diariamente, independente de roda ou não**. (Enfermeira Mudada- 13).

A formação em TCI contribui para as enfermeiras se ressignificarem, tratando-se, portanto, de um dispositivo de cuidado que veio somar, potencializar e ampliar a forma de trabalho dessas profissionais. Essa forma de cuidar as desafiam a prestar um cuidado que, muitas vezes, atravessa as fronteiras e limites da APS, na medida em que entendem o cuidado humano, como um cuidado próprio. Percebeu-se, também que o ato de cuidar do outro as faz entender que naquele momento, também se cuida de si. Com isso, a partir da nova perspectiva de cuidado, as práticas das enfermeiras ganham um caráter inovador e outra dimensão com isso. A profissão, gradativamente vai sendo reconhecida como ciência, passando a adquirir mais valor pelo próprio profissional e junto aos demais da equipe.

Assim, cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro - como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente, que com seu espírito intui e comunga. Falamos, portanto, de seres pensantes, dotados de dignidade, a ser cuidados em sua totalidade. A recíproca é verdadeira, quando o outro em sua humanidade cuida da minha. Logo, o cuidado está apoiado numa relação inter-humana ^{228: 350}.

Entretanto, não se pode deixar de focar das aproximações de toda essa discussão com o cuidado na perspectiva da fenomenologia social de Alfred Schultz, que por apoiar-se em ações sociais, mostra a enfermeira que ele, ao prestar o cuidado, além de ter o mundo da vida como cenário, pode estabelecer relações subjetivas diante dos diversos contextos sociais em que atua. A dimensão do cuidado a ser oferecida ao indivíduo leva em consideração o seu autorreconhecimento, os conhecimentos e as experiências adquiridas ao longo da vida, bem como a situação em que esse cuidador se encontra no momento do cuidado. Esse olhar ampliado sobre o cuidar, ao ter como alicerce a vida do sujeito e o contexto social no qual está inserido traduz-se na mais originária das relações existentes entre os seres humanos ¹⁵⁷.

Nesses termos e tendo por base a teoria da análise de discurso utilizada para tal, entende-se que essa análise não se esgota aqui, pois se compreendeu, a partir desse estudo investigativo, que as enfermeiras se encontram em processo permanente de transformação de suas práticas e de sua identidade profissional e, na medida em que participam das rodas de TCI, elas se conhecem ainda mais, aprendendo e crescendo permanentemente junto ao grupo. O discurso acima converge com a teoria de Paulo Freire, quando revela que “o homem é um ser incompleto”. “É um ser na busca constante de ser mais e como pode fazer essa reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado que está em constante busca”. Freire infere ainda, que a busca do ser humano “é uma busca permanente de si mesmo” ^{229:14}.

As evidências presentes nessa investigação vão ao encontro do progresso da ciência defendido por Bachelard ⁴², pois para o autor, a ciência não é linear, mas sim, descontínua, dialética e inacabada e, por se encontrar em plena revolução, suas descontinuidades ou rupturas negam um passado de erros e avançam consideravelmente. Logo, compreende-se que a enfermagem ao descobrir novas competências profissionais, gradativamente, permite que se construa uma nova identidade profissional, rompendo com velhos paradigmas e construindo novos, carregados de significados inovadores e bem mais superiores, como tão bem expôs Thomas Khun.

Ademais, suas características identitárias aproximam-se dos sujeitos pós-modernos citados por Hall, pois, segundo os discursos das enfermeiras, sua identidade não se encontra fixa, nem permanente. Estão totalmente móveis, e em processo de transformação, haja vista a forma pela qual ela é representada ou interpelada pelos sistemas culturais e históricos que as cercam.

REFLEXÕES FINAIS

Iniciar essas reflexões levou-nos a trilhar todo o caminho percorrido para a construção desse objeto de tese, na busca de compreender as transformações que ocorreram nas práticas das enfermeiras terapeutas comunitárias, que atuam na atenção básica à saúde, tentando identificar, se existe, nesses espaços, um novo tipo de enfermeira que consolida avanços para a enfermagem no campo da saúde mental comunitária. Tal análise nos motivou a realizar leituras densas sobre a história da profissão e a identidade da enfermeira construída ao longo dos séculos no território nacional e internacional, e também foi possível compreender em que medida a TCI tornou-se um instrumento que transforma e dá competência à prática da enfermeira.

Para isso, foi necessário ainda, aprofundar essa análise e entender o sujeito pesquisado a partir do lugar social ocupado por ele, ou seja, ABS/SUS, prerrogativa que suscitou um exercício intenso de articulação entre o que era dito pelos sujeitos pesquisados e sua relação com a realidade vivenciada, com ideologias, vestígios históricos e inconscientes, discursos contraditórios e/ou atualizados. Ademais, foi fundamental realizar um aprofundamento e uma articulação de todo discurso apreendido pelas enfermeiras pesquisadas com a abordagem da ação social na perspectiva Weberiana.

Além do mais, identificar a tipologia baseando-se na sociologia compreensiva de Max Weber, exigiu da pesquisadora, articular a identidade profissional da enfermeira contemporânea à prática social da TCI, fazendo com isso, um *link* com os pressupostos das características ideais dos terapeutas comunitários apresentados por Professor Adalberto Barreto.

Ao longo dessa investigação empírica, achou-se oportuno, ainda, buscar entender as visões paradigmáticas que nortearam as ações das enfermeiras na ABS durante o tempo em que atuaram sem a devida formação em TCI. Evidenciou-se, então, que as práticas das Enfermeiras Humanizada, Equilibrada e Inacabada eram voltadas para o paradigma tecnicista e burocrático, posturas clássicas do século XX, na qual a atuação de enfermagem era totalmente sistematizada e permeada por procedimentos técnicos e tarefas. Diante das características identificadas e, tomando por base a tipificação de Weber, viu-se que suas ações se aproximavam na tipologia racional com relação a fins, por voltar sua atenção para racionalidade, para o conhecimento técnico e metas a serem cumpridas. Essas enfermeiras, apesar de dominarem a técnica e o passo a passo de suas funções, não dominavam o sentido de ser enfermeira cuidadora. Assim, elas foram denominadas de **Enfermeiras com características técnicas**.

A análise dos discursos das Enfermeiras Redirecionada, Flexível, Mudada, Fortalecida, Reconhecida e Humanizada permitiu inferir que suas ações estavam direcionadas para o paradigma biologicista e curativista, modelo típico da década de 1960 e 1970, cujo foco era a cura de doenças, a assistência hospitalar e a especialidade médica. Com isso, a enfermagem, apoiando-se nas práticas médicas, desenvolve uma imitação reativa, tomando por base os costumes, as tradições e nas formas de agir, sendo obediente e casta, postura fortemente enraizada em sua história. Por não revelar transformação em suas práticas e se encontrar presas ao passado, elas foram classificadas como **Enfermeiras com característica de uma profissional domesticada**.

Ao se refletir sobre essa tipificação, percebeu-se que as enfermeiras que atuam na ABS ainda precisam desconstruir em si, visões paradigmáticas da história da profissão e dos modelos hegemônicos e assistencialistas (biomédico, curativista, previdenciário). Tal modelo de atenção à saúde delegou para as enfermeiras, funções e atribuições de vigilantes de loucos, assistencialistas, subordinação ao saber médico, administradora, salvadora da pátria e tarefaira, com práticas voltadas para a patologia, burocracia e para cura de doenças.

O outro paradigma encontrado foi o Holístico, pois perante os discursos das enfermeiras Sensibilizada, Empática, Transformada, Alegre, Compromissada e Feliz pode-se inferir mudanças em suas práticas mesmo antes da formação em TCI, aproximando-se dos paradigmas apoiados pelo SUS, ficando claro que algumas rupturas paradigmáticas já haviam sido feitas pelas profissionais. Assim, ficou constatado que essas enfermeiras caminhavam para uma ação que se aproximava da racional com relação a valores, pois elas se apoiavam em princípios e valores e começavam a entender seu papel naquela comunidade. No entanto, a insegurança que permeava sua prática e a arte de ser enfermeira e cuidadora, levou-nos ao entendimento de que elas se encontram em processo de transformação paradigmática, sendo denominadas de **Enfermeiras em processo de rupturas paradigmáticas**.

Para traçar o ideal tipo das enfermeiras terapeutas comunitárias, vários passos foram trilhados buscando o objeto de estudo. Inicialmente, investigou-se a visão paradigmática dessas profissionais, na busca de compreender o sentido de ser cuidadora e de realizar a prática da TCI nos espaços que atuam. O que se observou foi que todas as enfermeiras entrevistadas, compreenderam que, para dar andamento à prática na comunidade, aquilo que se propunham realizar teria que fazer sentido para elas e, na visão das mesmas, à medida em que as rodas de TCI eram realizadas na comunidade, um novo sentido emergia para suas vidas pessoal e profissional, fazendo-as se sentir mais motivadas e satisfeitas, além de perceberem que tal ação tem permitido que elas passem a ser mais valorizadas pela comunidade.

Entre essas percepções, está o fato da TCI estimular os diálogos e a troca de experiências e saberes e, nesse processo, a enfermeira passou a se enxergar em uma posição horizontalizada que a fortaleceu e a fez aprender junto ao grupo permanentemente, causando toda uma ressignificação em si. Além do mais, a partilha do grupo possibilitou a construção de redes de solidariedade, estabeleceu o sentimento de pertença social, autonomia, elos e vínculo, provocando no usuário o empoderamento para que ele próprio começasse a resolver suas demandas. Isso tudo, levou as enfermeiras terapeutas parecerem menos sobrecarregadas, deixando-as mais aliviadas.

Foi possível vislumbrar, ainda, inúmeras mudanças nas práticas das enfermeiras terapeutas comunitárias, dentre elas, merece destaque para Alegre, Equilibrada, Reconhecida, Inacabada, Compromissada, Sensibilizada que passaram a valorizar o seu autoconhecimento e o autocuidado, entendendo que essa atitude é fundamental para que se possa cuidar do outro com mais integralidade e para fortalecer sua capacidade de *Saber-Ser*. No mais, as Enfermeiras Fortalecida, Mudada, Empática, Flexível, Reconhecida e Inacabada, apresentaram discursos com traços de práticas mais sensíveis e reflexivas acerca de si e do cuidado voltado para o outro.

As enfermeiras Fortalecida, Redirecionada, Sensibilizada, Reconhecida e Inacabada mostraram um maior fortalecimento para conduzir grupos, valorizando o saber popular, a empatia e, o mais importante, buscando resgatar a autoestima, a autonomia e o empoderamento dos participantes. Percebeu-se, ainda, que elas têm desenvolvido ações de saúde mental com mais segurança, valorizando a arte e as atribuições da enfermagem. Quando realizam uma escuta sensível, identificam problemas emocionais e conseguem uma boa articulação com a rede de cuidado para responder às demandas dos usuários dos territórios em que atuam. Essa foi uma constatação presente nos discursos de Fortalecida, Inacabada, Alegre, Humanizada, Reconhecida, Sensibilizada, Empática e Compromissada.

No que concerne às rupturas e obstáculos epistemológicos na prática e no profissional, ficou claro que as enfermeiras Mudada, Equilibrada, Alegre, Humanizada, Flexível e Compromissada, conseguiram romper com práticas acadêmicas voltadas para o ensino biologicista, quando se despiram de posturas verticalizadas para uma postura horizontalizada junto ao grupo. Foi possível detectar que outras profissionais realizaram rupturas pessoais e no modo de ser e agir em suas ações cotidianas (Empática, Fortalecida, Alegre, Reconhecida, Sensibilizada, Mudada e Flexível). Por sua vez, também foram encontradas evidências de rompimentos de preconceitos pessoais e sociais, atitude imprescindível para o bom terapeuta comunitário (Inacabada, Redirecionada, Flexível e Empática).

Todavia, merece destacar que algumas enfermeiras ainda estão encontrando obstáculos no seu processo de trabalho para realizar as rodas de TCI nos locais de atuação, conforme vislumbrado, nos fragmentos discursivos de Empática, Fortalecida e Mudada, ao revelarem que os diversos programas demandados pelo governo federal para os profissionais da ABS têm impedido que elas desenvolvam ações de promoção de saúde e consequentemente a TCI. Além disso, visualizou-se nos discursos das Enfermeiras Mudada, Reconhecida, Sensibilizada, Empática e Compromissada, essa concepção, quando revelam que não estão encontrando apoio na comunidade, nos profissionais da equipe e da gestão para realização da TCI.

As enfermeiras Fortalecida, Redirecionada, Reconhecida, Humanizada e Mudada deixam transparente que os espaços disponibilizados pelos gestores nas estruturas físicas das UBSF estão inadequados para a realização de práticas preventivas, além dos horários que não estão conseguindo estabelecer, junto a comunidade, devido às várias demandas impostas pela gestão e pelos programas ministeriais. O ideal seria um horário definitivo para realizar os encontros de TCI ou outras ações de saúde no serviço.

Tomando por base todas as características típicas identificadas no decorrer das entrevistas e durante sua análise, e retomando aos pressupostos elaborados na construção desse estudo de tese, percebeu-se que as quatro enfermeiras (Feliz, Flexível, Equilibrada e Transformada), embora estejam em processo de transformação gradativa de suas práticas, quando conseguem identificar o sentido de ser cuidadora, realizam escuta atenta e qualificada, quando aprendem que cuidar de si é uma prerrogativa para cuidar melhor do outro e para o desenvolvimento eficiente do trabalhar em grupo. Porém não deixaram claro em seus discursos, os demais atributos necessários para enquadrar-se nas características típicas ideais do terapeuta comunitário descritas por Professor Dr. Adalberto Barreto. Outro ponto que se pode fazer inferência foi em relação ao tempo de serviço de atuação na ABS, de dois anos apenas (Flexível, Feliz e Equilibrada), quatro a cinco anos de graduação em enfermagem e dois de formação em TCI, o que nos leva a inferir que a própria maturidade pode não ter ajudado essas profissionais ao empoderamento, a reconstruírem sua identidade e a perceberem sua verdadeira vocação.

Ademais, a Enfermeira Transformada, embora fizesse onze anos de atuação na ABS, vinte anos de formação acadêmica e sete de formação em TCI, deixou vestígios em seu discurso que, apesar de ter encontrado um novo sentido para sua prática, ao revelar que passou a desenvolver habilidades para trabalhar em grupo, com empatia e melhoria na escuta atenta e qualificada, encontrava-se ainda em processo de transformação lenta em relação a si e

as suas práticas, além de ficar clara sua manifestação quanto à fragilidade na capacidade de abrir e expor seus sentimentos no cotidiano.

Também se enxergou que a enfermeira Flexível, embora tivesse se enquadrado em cinco características estabelecidas por Adalberto Barreto, faltaram-lhes traços, indícios de ressignificação de suas práticas e de si, de realização de uma escuta sensível e qualificada, de entendimento do seu lugar enquanto enfermeira e do seu empoderamento. Essas quatro enfermeiras foram chamadas de **enfermeiras em processo de transformação**, pois ainda não romperam totalmente com paradigmas pessoais, históricos da profissão e sociais, não revelando uma adequação sólida aos pressupostos do SUS e aos paradigmas do terapeuta comunitário traçado por Adalberto Barreto.

As dez enfermeiras, Redirecionada, Fortalecida, Inacabada, Alegre, Humanizada, Reconhecida, Sensibilizada, Empática e Compromissada e Mudada foram identificadas como sendo de um **novo tipo**, pois, seus discursos revelaram que elas ressignificaram suas práticas, aprenderam que cuidar de si é tão importante quanto cuidar do ser cuidado. Apresentaram pelo menos seis características típicas descritas por Professor Adalberto Barreto, ou seja, estão acolhendo o sofrimento dos usuários que cuidam, demonstrando empatia com a dor do outro, além de revelarem habilidade para realizar uma escuta sensível e qualificada.

Além de romperem com o preconceito a elas imposto, socialmente e historicamente e, ao conduzirem as rodas de TCI buscam suscitar questionamentos clarificadores, para fazer emergir a resiliência, autonomia, a melhoria da autoestima e o empoderamento dos participantes. No mais, elas representam aquelas que encontraram o seu lugar de enfermeira e cuidadora da ABS, empoderando-se e entendendo que esse processo de transformação de si é inacabado.

Não se pode deixar de enfocar a importância das subjetividades encontradas nas profissionais que se fizeram presentes nesse ideal tipo, pois, entre o perfil encontrado, encontram-se aqueles inerentes a sua atuação na ABS: duas enfermeiras têm de 3 a 8 anos e oito, de 10 a 20 anos; Formação profissional: uma enfermeira tem 3 anos de formada e nove já são formadas entre 10 e 34 anos; Formação em TCI: uma enfermeira fez essa formação há 02 anos e nove delas, há 05 e 07 anos. Essas informações nos leva a reflexão que o tempo de atuação na ABS e formação profissional e em TCI faz diferença na construção identitária do profissional.

Pensando, então, na perspectiva Weberiana, na qual essa tese se apoiou, aqui se encontrou a tipologia da Enfermeira Terapeuta Comunitária que mais se aproxima do ideal tipo, cujas ações são **racionais com relação a valores**, pois suas práticas são realizadas por

princípios, nos quais essa profissional age de acordo com suas convicções, buscando, assim, ser honesta, ser casta. Ela cumpre seu dever de cuidadora, com bom senso, não procurando um resultado externo ao sujeito.

Essa é a enfermeira que domina a arte de fazer a terapia e ser terapeuta. Aquela que aprende a ser terapeuta fazendo terapia para sentir a ressonância das histórias dos outros em sua própria vida. É aquela que se constrói cotidianamente buscando a sua integralidade, como sujeito que transforma e que é transformado. Ela domina a técnica e investe todo seu potencial em Ser. Essas enfermeiras de um novo tipo serão chamadas de **Enfermeiras Ressignificadas e Inacabadas**, uma vez que estão em constante processo de construção e reconstrução de si mesmas.

Os resultados desse estudo tornam-se relevantes, na medida em que demonstram a existência de uma tecnologia leve de cuidado, no caso, a TCI, que contribui para que as enfermeiras desenvolvam uma prática social, fundamentada em princípios e valores éticos, que ao se voltarem para o coletivo, para o oprimido, para aquele que sofre, fortalecem a saúde mental comunitária, a ABS e os princípios norteadores do SUS. Além do mais, imprime à profissão uma nova competência e a possibilidade de moldar, romper paradigmas, reconstruir e construir novas identidades para si e para a categoria.

Cabe, contudo, revelar que os limites do fenômeno estudado estão nas suas características geográficas e regionais, por constituírem um grupo cujas especificidades encontram-se atreladas a apenas uma região do país, em destaque, as enfermeiras nordestinas e paraibanas e que atuam na ABS/ Rede SUS, carecendo de outros estudos que envolvam enfermeiros (as) que atuem em espaços divergentes da ABS, seja dentro do próprio estado e em outras regiões do país, tendo em vista as subjetividades que permeiam as práticas dos profissionais e a possibilidade de se evidenciarem outras competências e novas construções identitárias a essa categoria profissional.

Também é preciso ampliar essa amostra, por meio de pesquisas científicas para outros enfermeiros (as) que não são terapeutas comunitários, buscando identificar em que medida, os profissionais da ABS, e/ou dos demais espaços da Rede de Atenção à Saúde convergem ou divergem da tipologia traçada nessa investigação empírica.

Ao finalizar essa tese, reporto-me às peculiaridades de cada encontro estabelecido com as enfermeiras terapeutas comunitárias, para cada olhar de admiração e respeito lançado para elas, pelo que falavam; para cada sentimento expresso e pelas emoções percebidas por lágrimas e até engasgos ou nós na garganta, ao falarem das mudanças e transformações que a formação em TCI lançou sobre suas vidas, tanto pessoal como profissional; e o quanto

pareceram tristes, inconformadas, desprotegidas quando falavam dos obstáculos e desafios que enfrentam no cotidiano da ABS.

Havia um clima de identificação, de familiaridade com o dito e o não dito, o que estava transparente e o que havia sido interrompido, interpelado, sendo esse um momento difícil para a pesquisadora, por ter que manter a neutralidade tão exigida na pesquisa científica. Digo que o processo de produção e análise das subjetividades presentes nessa investigação trouxe crescimento, aprendizado, exemplo de humanização do cuidado, aproximação com o verdadeiro cuidado permeado por sentimentos, dores, lutas, batalhas, forças, vínculos, laços e afetos e, o mais importante, a imagem de uma profissional ressignificada com aquilo que faz e entendida sobre o lugar social que ocupa nesses espaços comunitários da ABS.

REFERENCIAS

1. Azevedo EB, Ferreira Filha MO. Centros de atenção psicossocial e estratégia saúde da família: tecendo práticas inclusivas que favorecem a integralidade do cuidado. *Revista Escritos de Saúde Mental*, 2011; 2 (1): 189-197.
2. Azevedo EB, Ferreira Filha MO. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, jul./dez. 2012; [Acesso em 24 dez 2013]; 5(2): 60-70. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10657>
3. Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Araruna MHM, Carvalho RN, Cordeiro RC, Silva VCL. Práticas inclusivas extramuros de um centro de atenção psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, out./dez. 2012; [Acesso em 04 de jan de 2013]; 36 (95): 595-605. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a11v36n95.pdf>
4. Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva PMC, Faustino EB, Araruna MHM, Barros WPS. Interdisciplinaridade: fortalecendo a rede de cuidado em saúde mental. *Rev enferm UFPE on line*. 2012b, may; [Acesso em 24 de set de 2013]; 6(5):962-7. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2407/pdf_1195
5. Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva PMC, Silva VCL, Dantas TRS. Práticas intersectoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 mar; [Acesso em 24 fev 2013]; 33(1): 93-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100013
6. Azevedo EB, Carvalho RC, Cordeiro RC, Guerra CS, Espinola LL, Ferreira Filha MO. Concepção dos profissionais da atenção psicossocial sobre inclusão social. *Cogitare Enferm*. 2013 Abr/Jun; [Acesso em 24 set 2013]; 18(2): 288-95. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/32578>.
7. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS) 2009 dez; [Acesso em 3 de jan 2014]; 30 (4): 692-699. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13149>
8. Dias CB, Silva ALA. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira(o) no centro de atenção psicossocial. *Revista Escola Enfermagem da USP*. 2010; [Acesso em 21 jan 2013]; 44 (2): 469-475 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32.pdf>
9. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2007 dez; [Acesso em 24 jul 2011]; 11 (4): 586 – 592. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a05>
10. Padilha MICS, Borenstein MS. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2006 dez; [Acesso em 24 jul. 2012]; 10 (3): 532 - 538. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a24.pdf>

11. Barreira IA. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2005, out-dez; [Acesso em 14 out 2012]; 14 (4): 480-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a03v14n4.pdf>.
12. Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005 nov-dez; [Acesso 10 jan 2013]; 58 (6): 723-6. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019624018>
13. Giovanini T, Moreira A, Schoeller D, Machado WCA. História da enfermagem - versões e interpretações. 3. ed. Brasília: Revinter; 2009.
14. Oguisso T. e Colab. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 2.ed. Barueri (SP): Manole; 2008.
15. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010 (5ª reimp).
16. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. rev e amp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
17. Vemturini EA. desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2010; [Acesso em 10 mai 2012]; 20 (1):138-151. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19953/22033>
18. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-am Enfermagem*, 2003 mai/jun; [Acesso em 10 mai 2012]; 11(3): 333-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>
19. Almeida Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Rev. Rene*. Fortaleza, abr./jun. 2009 [Acesso 2011 mar 19]; 10(2): 158-165. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_17.html
20. Rocha RM. O Enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2005, Jul-Set; [Acesso 10 jan 2013] 14(3): 350-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300005&script=sci_arttext
21. Kantorski LP, Hypolito AMJ, Willrich JQ, Meirelles MCP. A Atuação do enfermeiro nos centros de atenção o psicossocial a luz do modo psicossocial. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*. jul./set., 2010; [Acesso 01 de 2012] 14 (3): 399-407. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf
22. Ferreira Filha MO, Fraga MNO. A prática do enfermeiro no campo da atenção psicossocial: uma tipologia da ação. In: Garcia TR, Silva TMC (org). *Saúde e Realidade: série enfermagem* 2. Ed. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 2003, p. 105-134.
23. Barreto AP, Barreto MCR, Oliveira D, Barreto ICHC, Abdala MP. *Terapia comunitária integrativa na ESF/SUS*. Fortaleza: Ministério da Saúde; 2011.

24. Brasil MS. Departamento de Atenção Básica. O projeto da terapia comunitária na atenção básica. 2010. [Acesso em 14 out 2012]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php
25. Barreto AP. Algumas palavras. In: Camarotti MH, Freire TCGP, Barreto AP (org). Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC – DF; 2011, p.18.
26. 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. Eletr. Enf. 2012; jan/mar; [Acesso 2012 set 24] 14 (1): 33-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a04.htm>.
27. Braga LAV, Dias MD, Araruna MHM, Rocha IA, Ferreira Filha MO. Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), 2011; [Acesso 2012 set 24]; 3(5,n.esp): 251-268. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1947/pdf_558
28. Moura SG, Ferreira Filha MO, Cordeiro RC, Braga LAV, Monteiro CQA. A experiência da terapia comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 2012. [Acesso 2012 dez 24]; 10 (1): 329-338. Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/529/pdf>
29. Ferreira Filha MO, Nogueira AP, Rocha IA, Silva VCL, Souto CMRM, Dias MD. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. Revista RENE, 2012; [Acesso 2013 fev 24]; 13(1): 26-35. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/13>
30. Cordeiro RC, Azevedo EB, Braga LAV, Silva JJS, Silva PMC, Ferreira Filha MO. Inclusão de pessoas em situação de sofrimento psíquico através da terapia comunitária integrativa. Rev enferm UFPE on line. Recife, nov; 2013; [Acesso em jan 2014] 7 (11): 321-327. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3794/pdf_3841
31. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos centros de atenção psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2013 Oct [Acesso 2014 Aug 24]; 29(10): 2028-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019&lng=en
32. Andrade FB, Ferreira Filha, MO, Dias MD, Silva AO, Costa CIC, Lima EAR, Mendes CKTT. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; [Acesso 2013 July 13]; 19(1): 129-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15>
33. Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussão da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006. [Acesso em 13 out 2013]; 08(03): 404-14. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a11.htm

34. Souza GML, Silva PMC, Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva VCL, Espínola LL. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença. *Cogitare enferm.* 2011; 16(4): 682-688.
35. Sá ANP. Terapia comunitária integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS. João Pessoa; 2012.
36. Jatai JM, Silva LMS. Enfermagem e a implantação da terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família: relato de experiência. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, Agos. 2012; [Acesso em 09 Jun 2013]; 65(4): 691-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en&nrm=iso
37. Carício MR, Dias MD, Franco TB, Ferreira Filha MO. Terapia comunitária: um encontro que transforma o sujeito de ver e conduzir a vida. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. (Org). *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2013, p. 132-158.
38. Weber M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. São Paulo: imprensa oficial; 2009.
39. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva; 2006.
40. Andrade B, Zylbersztajn A, Ferrari N. As analogias e metáforas no ensino de ciências à luz da epistemologia de Gaston Bachelard. *Ensaio – Pesquisa em Educação em Ciências* 2002, dez; [Acesso 12 abr 2013]; 2(2): 1-11. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1295/129518326006.pdf>
41. Lima MAM, Marineli M. A epistemologia de Gaston Bachelard: uma ruptura com as filosofias do imobilismo. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis*, out 2011; [Acesso 14 jan 2014]; 45(2): 393-406. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/2178-4582.2011v45n2p393/22358>
42. Bachelard G. *A formação do espírito científico*. Lisboa: Edições 70; 1996.
43. Bachelard G. *A epistemologia*. Tradução de Fátima Lourenço Godinho e Mário Carmino Oliveira. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2006.
44. Ostermann F. A epistemologia de kuhn. *Cad. Cat. ens. Fis.* dez, 1996; [Acesso 25 jul 2014]; 4 (3): 184-196. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85016/000257126.pdf?sequence=1>
45. Jacobina RR. ‘O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 2000; [Acesso 15 ago 2014] 6(3): 609-630. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702000000400006&script=sci_abstract&tlng=pt

46. Portela Filho RNA. A epistemologia histórica de Gaston Bachelard. Revista Pesquisa em Foco: Educação e Filosofia. Set 2010; [Acesso 15 mai 2014]; 3(3): 101-109. Disponível em: <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/bachelard.pdf>
47. Barreto AP. Terapia comunitária: passo a passo. 4. ed. rev e ampl. Fortaleza: LCR; 2008.
48. Lazarte R. Max Weber: ciencia y valores. 1. Ed. Buenos Aires: Homo Sapiens; 2005.
49. Tomazette M. A contribuição metodológica de Max Weber para a pesquisa em ciências sociais. revista universitas jus, Brasília, jul./dez. 2008; [Acesso 12 dez 2012]. (17): 1-17 Disponível em: www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/jus/article/.../545
50. Oliveira CM. Método e sociologia em Weber: alguns conceitos fundamentais. Revista Eletrônica Inter-Legere, Jul/Dez, 2008; [Acesso 12 jan 2013]; (3): 1-10. Disponível em: <http://cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/3/es02.pdf>
51. Moraes LFR, Maestro Filho AD, Dias DV. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. RAC, Abr./Jun. 2003; [Acesso 10 dez 2013]; 7(2): 57-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000200004
52. Weber M. Conceitos sociológicos fundamentais. Trad. Mourão A. Covilhã (Portugal): Lusosofia; 2010. [Acesso 2 mar 2013]; Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/weber/ano/mes/conceitos.pdf>
53. Lallement M. Histórias das ideias sociológicas. Petrópolis: Vozes; 2003.
54. Weber M. Ensaios de sociologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1982.
55. Weber M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira; 1980.
56. Barbosa MLO. Quintaneiro T. Max Weber. In: Quintaneiro T, Barbosa MLO. Oliveira MG. Um toque de clássico: Durkheim, Marx e Weber. 4. ed. rev e amp. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
57. Lazarte R. Terapia comunitária integrativa e a sociologia. In: Camarotti MH, Freire TCGP, Barreto AP (Org). Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC – DF; 2011, 94-109.
58. Lazarte R. Uma reflexão sociológica sobre a terapia comunitária integrativa no cuidado da saúde mental. In: Camarotti MHC, Freire T, Barreto AP. (Org). A terapia comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental. Brasília: Editora Kiron; 2013, p.17-18.
59. Hall S. A identidade cultural na pós modernidade. 10. ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2005.
60. Dubar C. A crise das identidades – a interpretação de uma mutação. Edições Aforamento. Porto; 2006.
61. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.

62. Oliveira PWS. Construção de identidades profissionais: da formação profissional à vivência da inserção no mercado de trabalho. *Revista LABOR*. 2011; [Acesso 14 nov 2013]; 1(6): 344-362. Disponível em: http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume6/8_CONSTRUCAO_DE_IDENTIDADES_PR_OFISSIONAIS_DA_FORMACAO_PROFISSIONAL_A_VIVENCIA_DA_INSERTAO_NO_MERCADO_DE_TRABALHO.pdf
63. Oliveira BGRB. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; [Acesso 2 nov 2013]; 15(1): 60-7. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072006000100007>
64. Peres MAA, Almeida Filho AJ, Paim L. Historicidade da enfermagem nos espaços de poder no Brasil. *Hist. Enf. Rev. Eletr (here)*. 2014 jan/jul; [Acesso em 3 ago 2014]; 5(1): 83-94. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num1artigo7.pdf>
65. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, 2004 nov/dez; [Acesso em 18 dez. 2011]; 57(6):738-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>
66. Moreira A, Porto F, Oguisso T. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brasil-médico", 1890-1922. *Rev Esc Enferm USP* 2002; [Acesso 5 dez 2012]; 36(4): 402-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a14.pdf>
67. Ferreira Filha MO. A prática das enfermeiras no campo da atenção psicossocial. 201p. Tese [Doutorado]. Fortaleza-CE: Universidade Federal do Ceará; 2002.
68. Foucault M. *História da Loucura na Idade Classica*. São Paulo: Perspectiva; 1978.
69. Olschowsky A, Duarte MLC. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 15(4): 689-691. Agos 2007; [Acesso 19 Dez 2011]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400026&lng=en&nrm=iso
70. Miranda MCL. *Parentesco imaginário*. São Paulo: Cortez; 1994.
71. Rocha RM. *Enfermagem em saúde mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional; 2009.
72. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery (impr.)*; 2013 abr - jun; 17 (2): 369 – 374.
73. Padilha MI, Nelson S, Borenstein MS. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, dez. 2011, [Acesso em 20 jul 2014]. 18 (supl.1): 241-252. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>

74. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, 2013; [Acesso 23 ago. 2014]; 27 (78): 7-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso.
75. Frischtak CR. Os caminhos do desenvolvimento: antigas questões e novas perspectivas. In: Sicsú J, Castelar A. (Org). Sociedade e economia: estratégias de crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ipea; 2009, p.99-110.
76. Peres MAA, Barreira IA. Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2009 Dec [Acesso 2014 jan 23]; 18(4): 635-642. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400004&lng=en
77. Irving S. Enfermagem psiquiátrica básica. 2.ed. Trad. Mundim FD, Andrade MDL. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
78. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa (PT): Lidel; 1999.
79. Paixão W. História da enfermagem. 5. Ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis; 1979.
80. Peres MAA. Escola de enfermagem Anna Nery da universidade federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. Esc Anna Nery (impr.) 2013 jan -mar; 17 (1):7-9.
81. Brasil. Leis etc. Parecer n. 271/62 de 19 de outubro 1962. Currículo mínimo do curso de enfermagem à disciplina de saúde pública. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 1962. p.158-160.
82. Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. Rev. bras. enferm. [online]. 2003; [Acesso 20 mar 2013]; 56(1): 67-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000100014&script=sci_arttext
83. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcelos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
84. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2005, set [Acesso 2014 July 18] ; 39 (3): 317-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010&lng=en
85. Brasil MS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).
86. Brusamarello T, Guimarães NA, Paes MR, Borba LO, Borille DC, Maftum MA. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. Cogitare Enfermagem (impr), 2009. Jan/Mar; 14(1): 79-84.

87. Reinaldo AMS, Pillon SC. História da Enfermagem psiquiátrica e dependência química no Brasil: Atravessando a história para reflexão. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007, dez; [Acesso em 18 dez 2011]; 11 (4): 688 - 93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a21.pdf>
88. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
89. Damásio VF, Melo VC, Esteves KB. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Rev enferm UFPE on line, 2008 out./dez.; [Acesso 20 jun 2014]; 2(4): 425-33. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404
90. Barros MMM, Jorge MSB, Pinto AG. A prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. Revista APS, Juiz de Fora, jan./mar. 2010; [Acesso 14 jan 2012]; 13 (1): 72-83. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/515>
91. Waidman MAP, Elsen IO. Cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Rev Texto Contexto Enferm. jul/set 2005. [Acesso 16 nov 2011]; 14 (3): 341-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300004&script=sci_arttext
92. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. Papel de equipe de enfermagem no CAPS. Esc Anna Nery (impr.); 2011 jan-mar; 15 (1): 110-115.
93. Beck CLC, Prestes FC, Tavares JP, Silva RM, Prochonow AG, Nonnenmacher CQ. Identidade profissional dos enfermeiros de serviços de saúde municipal. Cogitare Enferm (impr) 2009 Jan/Mar; 14(1): 114-9.
94. Oliveira GJN, Medeiros RG, Valença CN, Cossi MS, Câmara AG, Pinto DPSR. Fatores relacionados à identidade profissional do enfermeiro: visão dos discentes. Enfermería Global, 2013; [Acesso 12 jan 2014]; (29): 138-146. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/157421/143941>
95. 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 MD. (Org). Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2013, p. 254-280.
96. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev. adm. contemp. Curitiba, 2001; [Acesso 13 July 2014]; 5 (spe): 183-196. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=en&nrm=iso
97. Bomfim RA. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. Revista Organização Sistêmica, Jan/Jun, 2012; [Acesso 8 nov 2013]; 1(1):46-63. Disponível em:

<http://www.grupouninter.com.br/revistaorganizacaoSistemica/index.php/organizacaoSistemica/article/view/62>

98. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [serial on the Internet]. 2012, feb [Acesso 2014 July 13]; 20(1): 192-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100025&lng=en

99. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy MM e Onocko C (Orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997, pág. 71-112. [Acesso 13 de jul 2014]; Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>

100. Silva DGV, Souza SS, Trentini M, Bonetti A, Mattosinho MMS. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2010; [Acesso 25 nov 2011]; 44(2): 511-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/38.pdf>

101. Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. Rev Bras Enferm, Brasília, 2009, nov-dez; [Acesso em 22 dez 2013]; 62(6): 901-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>

102. Tanabe LP, Kobayashi RM. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do programa de aprimoramento profissional. Rev Esc Enferm USP. 2013; [Acesso 14 fev 2014]; 47(4): 943-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0943.pdf>

103. Soares CES, Biagolini REM, Bertolozzi MR. Nursing duties in the basic health unit: perceptions and expectations of nursing assistants. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2013, aug [Acesso 2014 ago 23] ; 47(4): 915-921. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400915&lng=en

104. Gomes DO. A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais. 2013. 154 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.

105. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC. [Acesso 14 jan 2012]; Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>

106. Brasil MS. Departamento de Atenção Básica. O projeto da Terapia Comunitária na atenção básica. 2010. [Acesso 14 out 2012.]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php

107. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Vianna RPT, Dias MD, Silva AO. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. Rev. Bras Enferm, Brasília, 2009, set-out; [Acesso 4 dez 2011]; 62(5): 675-680.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

108. Ferreira Filha MO, Carvalho MAP. A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2010; [Acesso em 12 dez 2012]; 31(2): 232-239. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200005&script=sci_arttext

109. Oliveira DST, Ferreira Filha MO. Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS); 2011 set; [Acesso 10 mai 2012]; 32 (3): 524-530. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300013&script=sci_arttext.

110. Moraes FLSL, Dias MD, Ferreira Filha MO. Rodas de terapia comunitária: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD (Org). João Pessoa- PB: Editora Universitária; 2013, p. 159-187.

111. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. A contribuição da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes. Rev Eletr Enferm. 2007. [Acesso 10 abr 2012]; 09 (01): 79-92. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>.

112. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. A Experiência da terapia comunitária como estratégia de cuidado pré-natal. Rev. enferm. UFPE on line. 2011; [Acesso 3 dez 2012]; 5(5): 1129-1136. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1521>

113. Goulart FAA. Terapia comunitária integrativa e estratégia saúde da família: práticas convergentes. In: Camarotti MH, Freire TCGP, Barreto AP (Org). Terapia Comunitária Integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC – DF; 2011, 94-109.

114. Lazarte R. O que é ser um terapeuta comunitário. 2011. [Acesso 12 out 2012]; Disponível em: <http://mismecdf.org/pdf/O%20que%20e%20ser%20um%20terapeuta%20comunitario%20-%20Rolando%20Lazarte.pdf>.

115. Oliveira MS, Nunes MLT, Fernández-Álvarez HG. Estilo pessoal do terapeuta: Dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. Psico, set./dez. 2006. [Acesso 10 mai 2012]; 37(3): 241-247. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1445/1133>

116. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. Caderno de Saúde Pública [Impresso]. 2004; 20(4): 1088-1095.

117. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu). 2003; [Acesso 7 dez 2012]; 7(12):101-22. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista12/artigo3.pdf>

118. Fischer GS, Hotchkiss A. Um modelo de empoderamento ocupacional para populações marginalizadas em ambientes comunitários. *Occup Ther Health Care* [Impresso]. 2008; 22(1): 55-71.
119. Minayo MCS. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: Minayo MCS, Deslandes SF. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002, p.17-25.
120. Weber M. *Conceitos básicos de sociologia*. 4. Ed. São Paulo: Centauro; 2005.
121. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. 2010. [Acesso 2 de jun 2014]; Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250750&search=paraiba|joao-pessoa|infograficos:-informacoes-completas>
122. Brasil MS. Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde. Estabelecimento de saúde do município: Joao Pessoa; 2014; [Acesso 14 mar 2014]; Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Est_Municipio.asp?VEstado=25&VCodMunicipio=250750
123. Moraes MN. *Terapia comunitária integrativa no sertão paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS*. 88p. Dissertação [Mestrado]. João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba; 2010.
124. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; [Acesso 10 jan 2013]. 17(4): 779-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>
125. Gatti BA. *Grupo focal nas ciências sociais e humanas*. Brasília: Líver Livro; 2005. Série pesquisa em educação.
126. Orlandi E. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 9. ed. Campinas, SP: Pontes; 2009.
127. Fernandes C. *Análise do Discurso: reflexões introdutórias*. São Carlos: Claraluz; 2008.
128. Scherer AE, Taschetto TR. O papel da memória ou a memória do papel de Pêcheux para os estudos linguístico-discursivos. *Revista Estudos da Língua (gem)*. Vitória da Conquista-BA: UESB, jun 2005; [Acesso 01 fev 2013]; (1): 119-123. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Paineis/AmandaEScherer.pdf>
129. Pecheux M. *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do Óbvio*. Campinas: Editora UNICAMP; 1990.
130. Pecheux M, Fuchs CA. proposito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. In: Gadet F, Hak T (Org). *Por uma análise automática do discurso*. Campinas: UNICAMP; 1990.
131. Courtine Jean-Jacques. *Le discours communiste adressée aux chrétiens*. Langages, Paris, n. 62, 1981.

132. Brasil MS. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. 2012; [Acesso 07 set 2013]; Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
133. Dimenstein M, Lima AI, Macedo JP. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. Paulon S, Neves R. (Org). Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina; 2013.
134. Santos SR. Administração aplicada a enfermagem. 3. ed. João Pessoa: Idéia; 2007, p.14
135. Kruse MHL. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. Rev Bras Enferm 2006; [Acesso 2 jul 2013]; 59(esp): 403-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700004
136. Moraes FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NRS, Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; [Acesso 2 de jun 2013];19(2):305-10. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/revista/v19n2/v19n2a22.pdf>
137. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2005 June [Acesso 2013 July 13]; 58(3): 261-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=en
138. Terra MG, Camponogara S, Silva LC, Girondi JBR, Nascimento K, Radünz V. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; [Acesso 3 jun 2012]; 15 (Esp): 164-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea20.pdf>
139. Pinto JBT; Pepe AM. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. Rev Latino-am Enfermagem 2007 jan-fev; [Acesso 9 de jun 2013]; 15(1): 120-126. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100018&lng=en&nrm=iso
140. Costa MBS, Silva MIT. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. R Enferm UERJ. 2004; [Acesso 14 set 2012]; (12): 272-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a04.pdf>
141. Silva AA, Terra MG, Freitas FF, Ely GZ, Mostardeiro SCTS. Cuidado de si sob a percepção dos profissionais de enfermagem em saúde mental. Rev Rene. 2013; [Acesso 2 fev 2014]; 14(6): 1092-102. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419005>
142. Silva VG, Motta MCS, Zeitoun RCG. A prática do enfermeiro na estratégia saúde da família: o caso do município de Vitória/ES. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; [Acesso 3 dez 2013]; 12(3):441-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>.
143. Brasil M. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação estruturante do SUS. Brasília: CONASS; 2007.

144. Campos ALV. Políticas Internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especialista de saúde pública, 1942 - 1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 318p.
145. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2008. [Acesso 3 jul 2013]; Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf
146. Kletemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; [Acesso 2 dez 2012]; 63(1): 26-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>
147. Borges MS, Silva HCP. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília, 2010 set-out; [Acesso 10 nov 2013]; 63(5): 823-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021
148. Roecker S; Marcon SS. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Investigación y Educación en Enfermería, 2011 [Acesso em 2 dez 2013]; 29 (3): 381-390. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/rt/printerFriendly/7571/9890>
149. Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Acesso em 5 mai 2011]; Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf
150. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
151. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2012 Dec [Acesso 2014 Ago 24] ; 65(6): 991-999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en
152. Weil P. Holística: uma nova visão e abordagem do real. São Paulo: Ed. Palas Athenas; 1990. [Acesso 8 nov 2013]; Disponível em: <http://pierreweil.pro.br/1/Livros/Portugues/on%20line/Holistica%20-%20Uma%20Nova%20Visao%20e%20Abordagem%20do%20Real.pdf>
153. Brasil MS. GLOSSÁRIO. 2014. [Acesso 10 jan 2014]; Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/glossary/3#letterp>
154. Lemos RCA, Jorge LLR, Almeida LS, Castro AC. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; [Acesso 22 nov 2013]; 12(2):354-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a20.htm>

155. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Humanização no cuidado: concepções de profissionais de Enfermagem. Esc Anna Nery (impr.) 2011 out-dez; 15 (4): 686-693.
156. Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. Rev Esc Enferm USP 2011; [Acesso 12 set 2013]; 45(Esp. 2): 1710-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800013&script=sci_arttext
157. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, Ciuffo LL. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem Rev Esc Enferm USP 2013; [Acesso 12 mar 2014]; 47(3):736-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>
158. Silva EMF, Lacava S. Reflexão sobre o cuidado de enfermagem e sua aproximação com a prática social. Revista Enferm UNISA 2010; [Acesso 10 mai 2014]; 11(1): 53-6. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-1-09.pdf>
159. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL. A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. Rev Esc Enferm USP 2011; [Acesso 13 mai 2014]; 45(1): 116-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100016&script=sci_arttext
160. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; 1998.
161. Cestari ME. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 abr; [Acesso 14 mai 2014]; 24(1): 34-42. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4435/2361>
162. Barreto AP, Lazarte R. Uma introdução à Terapia comunitária integrativa: conceitos, bases teóricas e métodos. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. (Org). Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2013, p. 24-44.
163. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML, Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, Oct. 2011; [Acesso 01 Jul 2014]; 9(2): 201-221 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso
164. Ferreira VA, Acioli S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; [Acesso 5 jun 2014]; 18(4):530-5. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=19972&indexSearch=ID>
165. Fernandes MTO, Aquino AL, Santos GC, Soares SM, Lima LC. Terapia comunitária: uma metodologia inovadora na atenção primária em saúde no Brasil. Evidentia. 2011 abr-jun; [Acesso 7 dez 2013]; 8(34): 1-7. Disponível em: <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7494p.php>

166. May R. O homem à procura de si mesmo. 16. ed. Petrópolis: Vozes; 1990.
167. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss Per-Erik, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, 2006; [Acesso 01 Jul 2014]; 15 (spe): 152-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=en&nrm=iso
168. Targino THSJ, Silva PMC, Azevedo EB; Saraiva AM, Cordeiro RC, Ferreira Filha MO. Cuidar de si para cuidar do outro: reflexões de profissionais de enfermagem acerca do autocuidado. J. res.: fundam. care. online 2013. out/dez. [Acesso 13 jun 2014]; 5(4):440-48. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-24940>
169. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. Acta Paul Enferm 2009; [Acesso 12 jun 2014]; 22(2):192-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>
170. França FM, Ferrari R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem, Acta Paul Enferm. 2012; [Acesso 4 jul 2014]; 25(5):743-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000500015&script=sci_arttext
171. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes; 1980.
172. Freire P. Pedagogia do oprimido. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1987.
173. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
174. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2006 Dec [Acesso 2014 Ago 24]; 14(6): 837-842. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=en
175. Fernandes CNS; Munari DB; Soares, SM, Medeiros M. Habilidades e atributos do enfermeiro como coordenador de grupos. Rev. RENE. Fortaleza, jan./mar.2008; [Acesso 3 jul 2014]; 9(1): 146-153. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol9n1_pdf/a18v09n1.pdf
176. Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; [Acesso 12 jul 2014]; 14 Supl 1: 1453-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a18v14s1.pdf>
177. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. Rev Esc Enferm USP 2012; [Acesso 4 jul 2014]; 46(3):641-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>

178. Martins PAF, Alvim NAT. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2012 mar-abr; [Acesso 12 mar 2014]; 65(2): 368-73. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0034-71672012000200025>
179. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 41 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2010.
180. Ferreira Filha MO, Azevedo EB, Guimarães FJ, Silva ATC. Saúde mental comunitária e a terapia comunitária integrativa. In: Camarotti MHC, Freire T, Barreto AP. (Org). *A terapia comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental*. Brasília: Editora Kiron; 2013, p 57-72.
181. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1981.
182. Padilha CS, Oliveira WF. O Terapeuta comunitário: representação social dos profissionais da rede SUS. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2012 [Acesso 12 out 2012.]; 18(8): 2211-20. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10434.
183. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na atenção básica. *Acta Paul Enferm*. 2012; [Acesso 22 mar 2013]; 25(3):346-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300005
184. Macedo J, Silveira MFA, Eulálio MC, Fraga MNO, Braga VAB. Social representation of nursing care in mental health: qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói (RJ), Jan 2011; [Acesso 2014 Ago 03]. 9(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3139>.
185. Camarotti MHC. Princípios e práticas da inclusão da terapia comunitária integrativa no atendimento à saúde mental. In: Camarotti MHC, Freire T, Barreto AP. (Org). *A terapia comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental*. Brasília: Editora Kiron; 2013, p 25-44.
186. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Aug. 2010; [Acesso 3 mai 2014]; 15(5): 2621-2626. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036&lng=en&nrm=iso
187. Barreto AP. Introdução. In: Camarotti MHC, Freire T, Barreto AP (Org). *A terapia comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental*. Brasília: Editora Kiron; 2013, p 19-24.
188. Brasil MS. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2014. [Acesso 10 jul 2014]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php
189. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Acesso 15 mai 2014]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

190. Chiaverini DH (Org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [Acesso 9 nov 2013]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
191. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; [Acesso 2014 set 25]; 9(2): 389-01. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>
192. Santos QG, Azevedo DM, Costa RKS, Medeiros FP A Crise de paradigmas na Ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. Esc Anna Nery (impr.); 2011 out-dez; 15 (4): 833-837.
193. Marco MA (org). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
194. Minayo MCS, Coimbra JR, CEA. (org). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. [Acesso 14 ago 2014]. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
195. Almeida AH, Soares AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. maio-jun 2011; [Acesso 4 jul 2014]; 19(3):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_22.pdf
196. Sena RR, Leite JCA, Silva KL, Costa FM. Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem. Interface (Botucatu) [serial on the Internet]. 2003 Aug [Acesso 2014 Ago 25] ; 7(13): 79-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200006&lng=en.
197. Jahn AC, Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Guth EJ, Lima SBS. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. Rev Enferm UFSM 2012 Set/Dez; [Acesso 9 jun 2014]; 2(3):547-552. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3522>
198. Schafranski MD. A educação e as transformações da sociedade Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, dez 2005; [Acesso 14 jul 2014]; 13 (2): 101-112. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/viewFile/550/549>
199. Lima LC, Fernandes MT. O. Saúde mental do trabalhador no SUS e a Terapia comunitária integrativa. In: Camarotti MH, Freire T, Barreto A. (Org). A Terapia comunitária Integrativa no cuidado da saúde mental. Brasília: Kiron; 2013, p 45-56.
200. Lopes M. Florence Nightingale: algumas reflexões. In: Rodrigues MA, Bento MC (org). Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos. 1. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012.

201. Pereira C, Torres ARR, Almeida ST. Um Estudo do Preconceito na Perspectiva das Representações Sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003, [Acesso 10 jan 2014]; 16(1): 95-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16801.pdf>
202. Brasil MS. LEI Nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. [Acesso 9 jan 2014]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16001.htm
203. Brasil MS. Saúde. 2014c. [Acesso 9 jan 2014]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>
204. Brasil Presidência da República. Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997. 1997. Crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. [Acesso 9 jan 2014]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19459.htm
205. Brasil MS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [Acesso 9 jan 2014]; Disponível em: http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf
206. Brasil Presidência da República. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. 2010. [Acesso 9 jan 2014]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm
207. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagonel IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009 jul-set; [Acesso 14 fev 2014]; 13 (3): 645-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a27.pdf>
208. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Araújo EE, Silva MST. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2013 [Acesso 14 jan 2014]; 14(5): 980-987. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1248>
209. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 mar-abr; [Acesso 8 mai 2014]; 60(2): 221-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>
210. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2009 Apr [Acesso 2014 Jul 08]; 62(2): 265-271. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en
211. Gabardo RM, Junges JR, Selli L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 2009; [Acesso 9 dez 2011]; 43(1):91-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100012

212. Brasil MS. Boletim de Produção Ambulatorial. 2014. [Acesso 5 mai 2014]; Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/bpa.mansia.htm>
213. Brasil MS. Programa Saúde na Escola (PSE). 2014. [Acesso 5 mai 2014]; Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>
214. Brasil MS. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 2014. [Acesso 7 ago 2014]; Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php
215. Brasil MS. Sobre o E-SUS Atenção Básica. 2014. [Acesso 7 ago 2014]; Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>
216. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS, Soratto MT. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2013; [Acesso 2014 Jul 13]; 37(4): 439-449. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A09.pdf
217. Spindola T, Santos SS. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. Rev Bras Enferm 2005; [Acesso 9 jun 2014]; 58(2):156-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200005
218. Costa LHR, Coelho EAC. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. Rev Bras Enferm, Brasília 2013; [Acesso 9 jul 2014]; jul-ago; 66(4): 493-500. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a05.pdf>
219. Krug SBF, Lenz FL, Weigelt, LD, Assunção NA. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. Textos & Contextos (Porto Alegre), jan./jun. 2010; [Acesso 3 jul 2014]; 9 (1): 77 - 88. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7282/5242>
220. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. São Paulo, 2011; [Acesso 29 jul 2014]; 20(4): 884-899. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902011000400007>
221. Freitas MCMC, Nunes BMVT. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina 2010 Jul-Ago-Set [Acesso 5 mai 2014]; 3(3): 39-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015
222. Sobreira MVS, Miranda FAN. A terapia comunitária e suas repercussões no processo de trabalho da estratégia Saúde da família: um estudo representacional. In: Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento. (Org). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2013, p. 188-206.
223. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; [Acesso 8 nov 2013]; 17(1): 223-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>

224. Brasil MS. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Acesso 5 mai 2011]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
225. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 4 jun 2014]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
226. Padilha CS, Oliveira WF. Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil. Interface - Comunic., Saude, Educ., out./dez. 2012; [Acesso 13 jul 2014]; 16(43): 1069-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400016&lang=pt&tlng=
227. Fracolli LA, Castro DFA. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012; [Acesso 8 nov 2013]; 36(3): 427-432. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf
228. Corbani NMS, Bretas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. Rev. bras. enferm., 2009 [Acesso 27 abr. 2014]. 62 (3): 349-354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003&lng=en&nrm=iso .
229. Freire P. Educação e Mudança. Trad. Gadotti M, Martin LL. 24 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra S.A; 2001

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento para produção do material empírico

1. Iniciais do colaborador:
2. Sexo:
3. Área de atuação:
4. Instituição que trabalha:
5. Cidade que desenvolve a TCI:
6. Tempo de formação em terapia comunitária:

7. Como você se define como enfermeira, antes de fazer a formação em TCI?
8. Como era sua prática como enfermeira antes de fazer a formação em TCI?
9. Como você se define uma enfermeira terapeuta comunitária?

10. O que mudou em você durante esse tempo que vem atuando como enfermeira terapeuta comunitária?

11. Qual o sentido de participar da roda de TCI?

12. Você necessitou transformar ou romper a visão que você tinha da sua atuação como enfermeira?

13. Você tinha dificuldades de trabalhar com Grupos? E agora?

14. Que obstáculos você ainda precisa superar para desenvolver a prática da TCI?

15. Você conseguia identificar problemas vinculados com a saúde mental e dar algum direcionamento a eles? E agora?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) entrevistado (a)

Esta pesquisa intitulada “Tipologia de Enfermeiras Terapeutas Comunitárias na Perspectiva Weberiana” está sendo desenvolvida por Elisângela Braga de Azevedo, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha. Este estudo tem como objetivo: Analisar as transformações ocorridas na prática das enfermeiras que atuam na atenção básica à saúde, a partir da implantação da terapia comunitária integrativa, tendo em vista a emergência de um novo tipo de enfermeira que consolida avanços para a enfermagem no campo da saúde mental comunitária. Como objetivos específicos, buscaremos Evidenciar as visões paradigmáticas das enfermeiras com suas características tipológicas, que nortearam as ações das mesmas na ABS, antes e depois da formação em TCI; Destacar as mudanças que ocorreram na prática das enfermeiras após a formação em TCI; Refletir sobre as possíveis rupturas epistemológicas que foram superadas pelas enfermeiras no processo de tornar-se terapeuta comunitária; Descrever os principais obstáculos encontrados pelas enfermeiras para desenvolver a TCI na ABS.

A finalidade deste trabalho será de contribuir com a profissão de enfermagem, uma vez que, descobrir essa nova tipologia profissional e os benefícios que a formação em Terapia Comunitária Integrativa provoca naqueles que a desenvolvem, só irá favorecer para os avanços na categoria e nas práticas comunitárias e em grupos, haja vista esta ser uma prioridade na Atenção Básica à Saúde.

Para a realização deste estudo solicito a sua participação, respondendo a entrevista por meio do grupo focal elaborado pela pesquisadora. Para isso, manteremos em sigilo seu nome, assim como sua autonomia em decidir participar ou não desse estudo, tendo ainda a liberdade de desistir a qualquer momento. Assim, basta informar a pesquisadora Elisângela Braga de Azevedo, 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

Assinatura da Pesquisadora Responsável

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

-A pesquisadora Orientadora Dr. Maria de Oliveira Ferreira Filha na Coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba / João Pessoa(UFPB). Localizado no Centro de Ciências da Saúde. Campos Universitários I. CEP: 58059-900; telefone (83) 32167109. Email: marfilha@yahoo.com.br

Doutoranda (Orientanda): Elisangela Braga de Azevedo. Rua: Francisco Lopes de Almeida, S/N, Santa Cruz. CEP: 58411-150. Telefone: 8888-9035. Email: elisaaaz@terra.com.br

Poderei também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), para me informar sobre os critérios éticos regulamentados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e sobre a veracidade e informações acerca deste projeto de pesquisa, no endereço: Campus I – Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, ou através do telefone: (83) 3216 7791.

APÊNDICE C**CARTA DE CESSÃO**

Local: _____, Data: ____/____/____.

Prezado(a) Senhor(a).

Eu, _____, estado civil: _____, portador(a) de RG n.º. _____, CPF n.º. _____, declaro para todos os fins de direito, que cedo espontaneamente os direitos da minha entrevista, realizada por meio do grupo focal, no dia ____/____/____, para a Doutoranda Elisângela Braga de Azevedo, a ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição, transcrição e publicação, que estará sob a guarda da referida aluna, bem como o uso da minha imagem e do meu nome civil completo ou em parte. Declaro ainda, que estou ciente dos objetivos do estudo que são: Analisar as transformações ocorridas na prática das enfermeiras que atuam na atenção básica à saúde, a partir da implantação da terapia comunitária integrativa, tendo em vista a emergência de um novo tipo de enfermeira que consolida avanços para a enfermagem no campo da saúde mental comunitária.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

Anexos

Anexo A

Certidão do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião realizada no dia 24/04/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“TIPOLOGIA DE ENFERMEIROS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS NA PERSPECTIVA WEBERIANA”** da pesquisadora Elisângela Braga de Azevedo. Protocolo 0448/13. CAAE: 19482313.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr.^a Eliana Marques de Almeida
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 033261^F

Anexo B

Autorização institucional



Movimento Integrado de Saúde Comunitária na Paraíba
MISC/PB

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito que, Elisângela Braga de Azevedo, aluna regularmente matriculada no curso de Doutorado em enfermagem do Programa de Pós Graduação- PPGENF, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, desenvolva sua pesquisa Intitulada: **Tipologias de Enfermeiros Terapeutas Comunitários na Perspectiva Weberiana** com o objetivo de compreender as transformações ocorridas na prática dos enfermeiros que atuam na atenção básica em saúde, a partir da implantação da Terapia Comunitária Integrativa, tendo em vista a emergência de um novo tipo profissional que consolida o papel do enfermeiro como terapeuta no campo da saúde mental comunitária, sob Orientação da Prof. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha. A mesma será realizada com os Enfermeiros terapeutas comunitários que atuam nos municípios de Patos, Santa Luzia, João Pessoa e Campina Grande. Ciente dos objetivos da pesquisa acima citada, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

O cumprimento das determinações éticas que consta na resolução nº 466/12.

A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.

Não haverá despesas para a instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de liberar minha anuência em qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, concordo em fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento.

João Pessoa – PB, 03 de Abril de 2014.


Vice Coordenadora do MISC/PB