



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

**ARALINDA NOGUEIRA PINTO DE SÁ**

**Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação:  
histórias de enfermeiras**

**JOÃO PESSOA - PB  
2012**

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

**ARALINDA NOGUEIRA PINTO DE SÁ**

**Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação:  
histórias de enfermeiras**

Dissertação de mestrado apresentado ao  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal da Paraíba como  
requisito parcial a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de  
Saúde em Enfermagem

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

**JOÃO PESSOA - PB  
2012**

S111t Sá, Aralinda Nogueira Pinto de.

**Terapia comunitária integrativa e os desafios para sua implementação:  
histórias de enfermeiras / Aralinda Nogueira Pinto de Sá. - - João Pessoa:  
[s.n.], 2012.**

*141f. il.*

*Orientadora: Maria Djair Dias.  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS.*

*1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Terapia. 4.  
Enfermagem - Saúde coletiva.*

*UFPB/BC*

*CDU: 616-083(043)*

# ARALINDA NOGUEIRA PINTO DE SÁ

## Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde em Enfermagem

**Data da aprovação: 28/02/2012**

### Banca Examinadora

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

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clélia Albino Simpson/ UFRN

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Oliveira Ferreira Filha/ UFPB

---

Suplente/ Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda/ UFRN

---

Suplente/Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte Sá/ UFPB

*Dedico aos meus pais,  
Antônio Nogueira e M<sup>a</sup> Perpetuo,  
verdadeiros mestres na arte de educar.  
Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

*A minha orientadora, Maria Djair, pela confiança depositada, pelas oportunidades de engrandecer meu saber, e respeito às minhas limitações.*

*As professoras, Maria Filha e Lenilde Sá, pela competência profissional e ensinamentos.*  
*Ao professor Bom Meihy, por me encantar com a contação de histórias e iluminar minha pesquisa no uso da História Oral como metodologia.*

*As enfermeiras terapeutas comunitárias, Socorro, Kalina, Clotilde, Iara, Isabela, Nelmira, Lígia e Verônica, pela disponibilidade e colaboração para o estudo e por acreditarem que mudar é possível.*

*A irmã Ana Vigarami, pelo apoio para realização da minha pesquisa.*

*A Universidade Federal da Paraíba, por fazer parte da minha vida e formação como Enfermeira, e agora Mestre.*

*Ao Pólo Formador em Terapia Comunitária Integrativa da Paraíba, instituição que vem multiplicando uma inovadora maneira de fazer saúde.*

*As minhas amigas, Janine e Lucineide, pela força e, principalmente, pela amizade verdadeira. Mais que amigas são meus anjos da guarda, que nos momentos de desespero não me deixaram desistir.*

*As minhas colegas de estudo, Vagna Cristina, Marina e Mayra, que foram parceiras de produção científica e grandes incentivadoras desse meu projeto profissional.*

*Aos meus colegas, Felipe e Sr. Antônio, pelos momentos de descontração.*

*As minhas colegas de trabalho, Josicleide, Severina, Luzinete e Nadja, Fátima que me apoiaram e acreditaram em meu potencial como enfermeira.*

*Ao meu esposo, Vital, pelo companheirismo, paciência, e por cuidar de mim.*

*Aos meus sobrinhos, João Antônio, Antônio Joab, Maria, Maria Clara, Maira e Sarah, por proporcionarem muita felicidade e o sentimento de amor incondicional.*

*Aos meus irmãos, Analina, Arlys e Arabela, por estarem sempre disponíveis nos momentos de aperreios.*

*Ao meu painho, Antônio Nogueira, e a minha mainha, Maria do Perpétuo, pelo amor absoluto! Por serem minhas fortalezas e exemplos de sabedoria.*

*A todos que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.*

*E por fim, a Deus, por ser tudo em minha vida! Senhor ilumina meus caminhos!*

*Muito Obrigada!*



## *"Cinco Coisas Que Aprendi Com o Lápis*

*1º qualidade: você pode fazer grandes coisas, mas não deve esquecer nunca que existe uma Mão que guia seus passos. Esta mão nós chamamos de Deus, e Ele deve sempre conduzi-lo em direção à Sua vontade.*

*2º qualidade: de vez em quando eu preciso parar o que estou escrevendo, e usar o apontador. Isso faz com que o lápis sofra um pouco, mas no final, ele está mais afiado. Portanto, saiba suportar algumas dores, porque elas o farão ser uma pessoa melhor.*

*3º qualidade: o lápis sempre permite que usemos uma borracha para apagar aquilo que estava errado. Entenda que corrigir uma coisa que fizemos não é necessariamente algo mau, mas algo importante para nos manter no caminho da justiça.*

*4º qualidade: o que realmente importa no lápis não é a madeira ou sua forma exterior, mas o grafite que está dentro. Portanto, sempre cuide daquilo que acontece dentro de você.*

*5º qualidade: o Lápis sempre deixa uma marca. Da mesma maneira, saiba que tudo que você fizer na vida, irá deixar traços..."*

*Paulo Coelho*

SA, A. N. P. de. **Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação:** histórias de enfermeiras. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, viabilizada pelo uso da História Oral Temática como caminho metodológico. Este teve o objetivo de conhecer as mudanças nos aspectos pessoais e profissionais das enfermeiras que utilizam/utilizaram a Terapia Comunitária Integrativa - TCI como estratégia de cuidado com grupos na ESF em João Pessoa-PB; bem como compreender os motivos para buscarem capacitação em TCI; e os desafios/dificuldades para a implementação desse recurso terapêutico. O estudo foi realizado nas USF do Distrito Sanitário III - cenário de implantação da TCI na capital paraibana - onde contém o maior número de enfermeiras terapeutas comunitárias. O material foi produzido a partir das entrevistas com oito colaboradoras, e o texto final foi submetido a uma análise temática interpretativa, que permitiu a identificação dos três eixos temáticos: motivação das enfermeiras para buscar a formação em Terapia Comunitária Integrativa; contribuição da formação em TCI para a vida pessoal e profissional das enfermeiras; e dificuldades e desafios enfrentados para a implementação da TCI na ESF, sob a ótica das enfermeiras. Estes eixos guiaram o diálogo entre os achados da investigação e a literatura pertinente. A pesquisa seguiu rigorosamente os preceitos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e o arquivamento do documento ficará sob a guarda da UFPB/PPGEnf. As histórias das colaboradoras revelaram que o principal motivo que impulsionou as enfermeiras a procurarem o curso de TCI foi a dificuldade em desenvolver atividades coletivas, enfaticamente, devido à pouca base de conhecimento teórico-prático, que não atendeu as novas exigências de levar para o SUS profissionais qualificados para desenvolver estratégias de cuidados que contemplam os aspectos do novo paradigma do modelo comunitário de saúde. Os discursos apontam que a capacitação em TCI influenciou nos modos de agir e pensar das enfermeiras da ESF, pois os fundamentos teóricos e metodológicos da TCI resgataram fragmentos de suas vidas, trabalharam o autoconhecimento e despertaram o ser resiliente; e permitiu o melhor aproveitamento de suas potencialidades, promovendo mudanças de comportamento nas relações sociais e no trabalho. No que diz respeito às dificuldades e os desafios, foram citadas as limitações de ordem estrutural, histórica e funcional, dentre as quais estão: a falta de estrutura física; o uso de metodologias tradicionais para o desenvolvimento das atividades grupais; a desmotivação dos profissionais; o desinteresse dos usuários; a pouca participação da equipe; a sobrecarga de trabalho; e a falta de apoio da gestão. Mesmo com esses obstáculos, a TCI se mostrou um instrumento eficaz de mudanças positivas - no cenário da ESF; e também uma tecnologia de cuidado - que auxilia tanto no atendimento individual como na sistematização de qualquer atividade/ação de educação sanitária de caráter coletivo.

**Palavras-chaves:** Enfermagem em Saúde Comunitária. Cuidados de enfermagem. Promoção da Saúde. Terapia.

SA, A. N. P. de. **Community Therapy Integrative and challenges for implementation: stories of nurses.** 2012. 141f. Dissertation (Master's in Nursing) - Centre for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

## ABSTRACT

It is a qualitative research, made possible by the use of thematic oral story as a methodology. This allowed the knowledge of changes in personal and professional aspects of the nurses who use/used Integrative Therapy Community-ITC as a strategy for care groups in the SFH in João Pessoa, as well as understand the reasons for seeking training in ITC, and the challenges/difficulties in implementing this form of therapy. The study was performed at the FHU Health District III - scenario deployment of ICT in the capital of Paraíba - which contains the largest number of community therapist nurses. The material was produced from interviews with eight participants, and the final text was submitted to an interpretive thematic analysis, which allowed the identification of three themes: motivation of nurses to seek training in Integrative Therapy Community; contribution of ICT training for the personal and professional lives of nurses, and difficulties and challenges for the implementation of ICT in SFH, from the perspective of nurses. These themes guided the dialogue between research findings and literature. All research strictly followed the ethical standards, according to Resolution 196/96 of the National Health Council and the document archiving will be under the custody of UFPB/PPGEnf. The stories of the collaborators revealed that the main reason that drove the nurses to seek the ICT course was the difficulty in developing collective and group activities, emphatically, due to poor technical knowledge base, which could not follow the new requirements of qualified professionals on developing strategies in care that address the aspects of the new paradigm of community health model. The statements show that training in ICT can influence the ways of acting and thinking of the nurses of the SFH, because the theoretical and methodological background recover fragments of their lives, work self-knowledge and awake the resilient being that empowers and allows for better use of their potential, promoting behavioral changes in social relationships and at work. With regard to the difficulties and challenges found in the implementation of ICT, the limitations are structural, historical and functional, among which are: lack of physical structure, the use of traditional methodologies for the development of group activities, motivation of professionals, users' lack of interest, poor participation of the team, work overload and lack of management support. Even with these obstacles, training in ICT has proved an effective instrument of positive change - in the scenario of the SFH, and how care technology - that assists in meeting both individual and in the systematization of any activity/action of collective health education.

**Keywords:** Community Health Nursing. Nursing care. Promotion of Health Care. Therapy

SA, A. N. P. de. **Terapia Integrativa de la Comunidad y los retos para su aplicación:** las historias de las enfermeras. 2012. 141f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

## RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa, que fue posible por el uso de la historia oral temática como una forma metodológica. Este objetivo de cumplir con los cambios en los aspectos personales y profesionales de las enfermeras que utilizan / utilizaban a la Terapia Comunidad Integrativa - TCI como grupos de atención estratégicos del ESF en João Pessoa, así como la comprensión de las razones para buscar la formación en TCI; y los retos y dificultades para la aplicación de este recurso terapéutico. El estudio se realizó en la USF de Salud del Distrito III - Escenario de implementación de las TCI en la capital de Paraíba - que contiene el mayor número de terapeutas de la comunidad de enfermería. El material fue producido a partir de entrevistas con ocho participantes, y el texto final fue sometido a un análisis interpretativo temática, lo que permitió la identificación de tres temas: la motivación de las enfermeras que buscan la formación en la Terapia Comunidad Integrativa, la contribución de la formación en TCI para la vida personal y profesional de las enfermeras y las dificultades y los desafíos para la aplicación de las TCI en el ESF, desde la perspectiva de las enfermeras. Estos temas guió el diálogo entre los resultados de la investigación y la literatura. El estudio siguió a estrictos preceptos éticos, de acuerdo a Resolución 196/96 Nacional de Salud y el archivo del documento que va a estar bajo la custodia de la UFPB / PPGEnf. Las historias de los colaboradores demostraron que la principal razón que llevó a las enfermeras a buscar el curso de TCI es la dificultad en el desarrollo de actividades colectivas, con mayor fuerza, debido a la baja base de conocimientos teóricos y prácticos, que no cumplen los nuevos requisitos a seguir para el SUS profesionales cualificados para desarrollar estrategias que aborden los aspectos de atención del nuevo paradigma del modelo de salud comunitaria. Los discursos muestran que la formación en TCI ha influido en las formas de actuar y de pensar de las enfermeras de la ESF, pues los fundamentos teóricos y metodológicos de Islas Turcas y Caicos rescató fragmentos de su vida, trabajó y despertó el conocimiento de uno mismo para ser resistente, y nos ha permitido construir en sus potencial, la promoción de cambios de conducta en las relaciones sociales y en el trabajo. Con respecto a las dificultades y los desafíos se mencionaron limitaciones de la estructural, histórica y funcional, entre las que destacan: la falta de infraestructura física, el uso de las metodologías tradicionales para el desarrollo de las actividades de grupo, la falta de motivación; falta de interés de los usuarios, la limitada participación del equipo, la carga de trabajo, y la falta de apoyo a la gestión. A pesar de estos obstáculos, la TCI demostrado ser un instrumento efectivo de cambio positivo - en el marco del ESF, así como una tecnología de la atención - atención que le permite tanto al individuo como la sistematización de toda actividad / acción, el personaje de educación para la salud colectiva.

**Palabras clave:** Enfermería de Salud Comunitaria. El cuidado de enfermería. Promoción de la Salud. Terapia

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Socorro Souza. Fonte: Arquivo da autora, 2011 .....  | 55 |
| <b>Figura 2.</b> Kalina Cícera. Fonte: Arquivo da autora, 2011.....   | 58 |
| <b>Figura 3.</b> Clotilde. Fonte: Arquivo da autora, 2011 .....       | 61 |
| <b>Figura 4.</b> Isabela. Fonte: Arquivo da colaboradora, 2011 .....  | 65 |
| <b>Figura 5.</b> Iara. Fonte: htpp//google, 2011 .....                | 70 |
| <b>Figura 6.</b> Nelmira. Fonte: Arquivo da autora, 2011.....         | 73 |
| <b>Figura 7.</b> Verônica. Fonte: Arquivo da colaboradora, 2011 ..... | 77 |
| <b>Figura 8.</b> Lígia. Fonte: Arquivo da autora, 2011 .....          | 81 |

## **SIGLAS**

**AB:** Atenção Básica

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde

**AETCI:** Associação Europeia de Terapia Comunitária Integrativa

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

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CE:** Ceará

**DS:** Distritos Sanitários

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**E.U.A:** Estados Unidos da América

**GEPSMEC:** Grupos de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária

**H.O:** História Oral

**IBDPH:** Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana

**MISC:** Movimento Integrado de Saúde Comunitária

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

**MS:** Ministério da Saúde

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PB:** Paraíba

**PNH:** Política Nacional de Humanização

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

**PPGEn:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB

**PSF:** Programa de Saúde da Família

**SENAD:** Secretaria Nacional Antidrogas

**SMS-JP:** Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCI:** Terapia Comunitária Integrativa

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UFPB:** Universidade Federal da Paraíba

**UFC:** Universidade Federal do Ceará

**USF:** Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. Considerações Iniciais .....</b>   | <b>13</b>  |
| 1.1 A problemática do estudo .....   | 14         |
| 1.2 Aproximação com o objeto de estudo.....  | 20         |
| 1.3 Objetivos.....   | 23         |
| <b>2. Marco teórico.....</b>   | <b>24</b>  |
| 2.1 O enfermeiro e sua prática no âmbito comunitário .....   | 25         |
| 2.2 Terapia Comunitária Integrativa: a inserção no SUS e as experiências exitosas.....                       | 32         |
| 2.3 A Terapia Comunitária Integrativa e sua essência .....   | 38         |
| <b>3. Caminho metodológico .....</b>   | <b>44</b>  |
| <b>4. Contação de histórias.....</b>   | <b>54</b>  |
| <b>5. Análise do material empírico .....</b>   | <b>84</b>  |
| 5.1 Motivação das enfermeiras para buscar a formação em Terapia Comunitária Integrativa.....                 | 86         |
| 5.2 Contribuição da formação em TCI para vida pessoal e profissional das enfermeiras.....                    | 96         |
| 5.3 Dificuldades e desafios enfrentados para a implementação da TCI na ESF, sob a ótica das enfermeiras..... | 109        |
| <b>6. Considerações finais .....</b>   | <b>120</b> |
| <b>Referências .....</b>   | <b>126</b> |
| <b>Glossário.....</b>  | <b>134</b> |
| <b>Apêndices .....</b>   | <b>136</b> |
| Apêndice A- Termo de consentimento livre e esclarecido.....  | 137        |
| Apêndice B- Carta de cessão.....   | 138        |
| Apêndice C- Ficha técnica.....   | 139        |
| <b>Anexo .....</b>   | <b>140</b> |
| Anexo A- Certidão do comitê de ética .....   | 141        |



## *1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS*

## 1.1 A problemática do estudo

As mudanças na maneira de fazer saúde dos enfermeiros se misturam com as transformações históricas e suas repercussões políticas, econômicas e ideológicas, que configuram a organização sanitária em cada contexto e época.

Nos tempos do pioneirismo de Florence Nightingale, a enfermagem foi construída em meio restritamente hospitalar, sendo fortemente influenciada pelo modelo biomédico e com ações absolutamente curativas (CARVALHO, 2007).

No Brasil, em 1923, a enfermagem moderna profissional foi estabelecida oficialmente com a fundação da Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro. A partir dela, surgiram outras instituições de formação profissional que passaram a reproduzir um perfil assistencial. Na década 1950, a educação despertou para buscar a legitimação enquanto ciência, com a construção de conhecimento próprio e “emprestado” de outras ciências, a fim de fundamentar sua prática e desenvolver a autonomia da profissão (PAIM et al, 2009; VALE et al, 2009).

Nos Estados Unidos da América - E.U.A, nas décadas de 1950/1960, surgiu a proposta da Medicina Comunitária como alternativa para a ‘guerra à pobreza’ e aos altos custos dos serviços médicos, e em virtude da dificuldade de acesso a esses serviços de saúde pelas amplas camadas da população. Quando a Medicina Comunitária depara com um estágio de estagnação, devido à conjuntura econômica recessiva e à pressão sobre a política sanitária, a Organização Mundial de Saúde - OMS convoca a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, com o tema central “Cuidados Primários em Saúde”, no intuito de redefinir o paradigma da assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Essa conferência se tornou um marco histórico por anunciar que as condições de vida influenciam a sociedade nos modos de viver e adoecer. Ela propôs a organização dos serviços, do mais básico ao mais elevado nível de complexidade, e reestruturou as propostas da Medicina Comunitária em novas bases e mais concretas (FRANCO; MERHY, 2003).

Ainda na década de 1970, o Brasil redirecionou o campo de saberes e práticas da saúde fomentando uma ideologia revolucionária que planeava a Saúde Coletiva e

suas questões teóricas, metodológicas e epistemológicas (ROCHA; ALMEIDA, 2000). No final dessa década, a revolução psiquiátrica já trazia consigo a mudança no paradigma da atenção à saúde mental, avançando na perspectiva do modelo comunitário. Nos anos de 1980, o país passava por um marcante processo de transição política e poderosa inquietação popular que culminou na Reforma Sanitária. Esse movimento foi um “divisor de águas” para a política de saúde no país, pois possibilitou idealizar um modelo de assistência capaz de abranger o indivíduo e suas nuances.

Em resposta às expectativas vigentes por uma nova saúde pública, em novembro de 1986, no Canadá, aconteceu a I Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde que apresentou sua carta de intenções, Carta de Ottawa, a fim de contribuir para atingir a integralidade da saúde. Essa carta expõe aspectos relevantes a serem considerados para promover saúde, como podemos observar em um de seus trechos a seguir:

A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal, e uma dimensão importante da qualidade de vida. No seu conjunto, os fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, podem ser favoráveis ou nocivos à saúde. A promoção da saúde visa tornar estes fatores favoráveis à saúde (OMS, 1986).

Nesse contexto, o Brasil despontou com a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, que se ancorava nas diretrizes doutrinárias - universalidade, equidade e integralidade - e nas diretrizes organizacionais - descentralização e participação social - a fim de atingir todos os paradigmas da saúde, os quais vinham se delineando com foco nos cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade.

Em 1994, esse sistema apresentou a Estratégia de Saúde da Família - ESF como porta de entrada para a maioria dos problemas de saúde e para atender o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e sua inserção sócio-cultural no contexto familiar. Sua conjuntura foi estabelecida com uma equipe básica de profissionais: médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde - ACS (BRASIL, 2007). Esse formato elucida uma nova forma de organização do trabalho, com destaque no vínculo, na humanização, no acolhimento e na articulação com outras instituições e outros setores, aspectos que fundamentaram a criação da

Política Nacional de Humanização – PNH, os quais, a *posteriori*, foram trazidos “à tona” por movimentos e conferências de saúde.

Contudo, constitui-se ainda um desafio o exercício de novas práticas que contemplam essas dimensões e atendam às necessidades da comunidade. A saúde exige, imediatamente, novas competências e novo modelo de profissionais para atuarem no campo da saúde coletiva, na perspectiva da promoção e prevenção.

Essa conjuntura proporcionou um grande leque de atuação para a categoria de enfermagem, que pôde direcionar suas ações para além do ambiente hospitalar, despontando uma maneira de corroborar a autonomia da profissão. A enfermeira, na ESF, passou a ser elemento fundamental, realizando as inúmeras atividades inerentes a sua categoria e outras ações comuns à equipe multiprofissional.

São atividades de cunho assistencial e educativo; individuais e coletivos, estendidas para dentro e fora da Unidade de Saúde da Família – USF. É mister, portanto, visualizar o painel de responsabilidades assumidas, como: procedimentos curativos básicos; diagnóstico dos problemas de saúde das famílias; planejamento de ações estratégicas; visitas domiciliares; vacinação; vigilância em saúde. Além destas, deve desenvolver atividades grupais que estimulem a coparticipação do usuário na sua saúde (BRASIL, 2007<sup>a</sup>; REIS, 2001). Isso exige habilidades para organização do seu processo de trabalho sem desviar o foco do novo modelo de atenção.

Nessa perspectiva de atuação, o profissional se depara com vários questionamentos: Como sair do olhar unitário para o comunitário? Como pensar em fazer educação popular em saúde sem reproduzir a formação e o treinamento com olhar voltado ao doente e não à saúde? Em que momento se dedicar a essas atividades coletivas? Como sair da influência hegemônica do modelo biomédico para o psicossocial? Qual a contribuição dos usuários e da gestão nesse processo de mudança? Começa aí uma problemática a ser vencida, tanto pela enfermeira, que precisa reorganizar sua maneira de atuar com os paradigmas da promoção de saúde em âmbito coletivo; quanto pela gestão, no que diz respeito a proporcionar capacitação do profissional e oferecer recursos para que a mudança aconteça.

Franco; Merhy (2003) referem que toda mudança operacional só é possível se houver uma modificação no olhar dos protagonistas (gestores, profissionais, comunidade) na construção de uma consciência sanitária, como sugere o seguinte texto:

É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência (FRANCO; MERHY, 2003: p 52).

A construção dessa consciência sanitária em sintonia com a nova proposta de atenção em saúde - para além das máquinas e do conhecimento técnico - confere uma alteração na produção do trabalho, pois direciona o objeto do cuidar e suas finalidades para as relações entre os sujeitos e o agir cotidiano destes.

Sendo assim, as formas tradicionais de organizar o trabalho em saúde têm sido insuficientes para garantir o cuidado nas dimensões biopsicossocial e espiritual. Isso constitui uma questão desafiadora no sentido de promover mudanças na operacionalização dos serviços que estimulem as tecnologias leves como decisivas do processo de mudança na produção do perfil técnico-assistencial (SOBREIRA, 2009).

Contudo as modificações no processo de trabalho ainda se mostram tímidas, pois a implementação das ações permanece submetida ao imperialismo da biologicidade da medicina, que fragmenta o indivíduo e valoriza a doença. São marcas da historicidade política e sanitária, visíveis, por exemplo, no trabalho de educação sanitária - que geralmente acontece na ESF - focado para grupos homogêneos, compostos por usuários que procuram atendimento nos programas implantados, segundo as diretrizes nacionais, em consequência da situação patológica, a exemplo dos grupos de hipertensos e diabéticos (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O próprio formato da ESF responde de forma limitada às necessidades de atenção à saúde da população e acaba operando centralizada na produção de procedimentos, e não na produção do cuidado e da cura. Essa maneira de

operacionalizar as ações restringe-se a abordar assuntos pouco mencionados, a exemplo de adoecimento devido a problemas, como desemprego, conflitos familiares, alcoolismo, sofrimento mental e outros. Situações comuns da problemática familiar, anteriormente tratadas apenas em nível de saúde mental, mas que, atualmente, tornaram-se estratégicas para a saúde coletiva.

No entanto, a formação acadêmica, até então, não estava ajustada a essa nova realidade sanitária, o que influenciava os modos de pensar e agir das enfermeiras. Reconhecendo essa lacuna, fez-se urgente a qualificação dos profissionais para estratégias de cuidados descentralizados e contínuos, de forma que os conhecimentos e as práticas adquiridas estivessem voltados para a melhoria do cuidado na rede básica de saúde.

Decorrido pouco mais de duas décadas, em 2008, o Ministério da Saúde - MS descobriu a Terapia Comunitária Integrativa - TCI, uma tecnologia de cuidado genuinamente brasileira e nordestina, que trouxe verdadeiros impactos na atenção básica à saúde e mostrou-se resoluta em 89% dos problemas das demandas atendidas nas suas práticas, diminuindo a necessidade de encaminhamento para outras instâncias de maior complexidade de atendimento (CONFERÊNCIA..., 2010).

A Terapia Comunitária Integrativa emergiu no Ceará desde 1987, como uma aliada do processo de promoção da saúde, prevenção do adoecimento e inclusão social. Essa estratégia foi se tornando apreciada no cenário nacional e internacional, como na França, Suíça, Portugal, México, Uruguai, Argentina, Chile e Venezuela. Adentrando nos cenários da saúde, passou a ser reconhecida mediante sua indiscutível resolutividade (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

A TCI é um recurso terapêutico que vem sendo utilizada nos serviços da rede básica de saúde, na Estratégia Saúde da Família e em outros serviços da rede informal como: escolas, associações de moradores, com o objetivo de oferecer à população espaço de fala e escuta do sofrimento cotidiano; e aos profissionais, uma oportunidade de auxiliar o desenvolvimento de suas atividades coletivas. Os cursos de formação em TCI, inicialmente, foram oferecidos para profissionais da Atenção Primária à Saúde - APS, como apresenta a nota da Folha de São Paulo (2008):

A terapia comunitária, experiência que surgiu em 1987 numa favela de Fortaleza (CE), começou a integrar a partir deste ano (2008) o Programa

Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde. Convênio firmado com a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura destinará mais de R\$ 2 milhões para a formação de 1,1 mil terapeutas comunitários. O treinamento será dado a partir deste mês em centros de capacitação espalhados pelo País. O PSF oferece hoje atendimento médico na área de prevenção, serviço odontológico, mas ainda não contava com a área de saúde mental (GOVERNO ADOTA..., 2008).

Nessa perspectiva, a formação em TCI propõe um caminho metodológico para a construção do conhecimento e a mudanças de práticas. Ela orienta a utilização dos próprios recursos da estrutura sanitária, social, política e econômica dos municípios, e valorização da autonomia da população. A fundamentação da Terapia Comunitária Integrativa encontra-se alicerçada na teoria da comunicação, antropologia cultural, teoria sistêmica, pedagogia freiriana e resiliência; embasamentos que permitem ao participante uma reflexão voltada para si e para o social, e, portanto podendo estimular a consciência sanitária proposta pelo SUS (BARRETO, 2008; PINTO, 2009).

Em 2007, o município de João Pessoa - PB investiu na implantação dessa tecnologia, tendo em vista que já ocorria o I curso de formação em TCI com profissionais atuantes em quatro municípios paraibanos. No ano seguinte, a estratégia foi se interiorizando, e outros municípios foram contemplados. Em especial, a capital paraibana investiu na formação de 104 profissionais da rede SUS, como gestores e profissionais da ESF e do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Dentre estes, a categoria de maior representatividade foi a enfermagem (37,5%) que buscou conhecer esse recurso inovador para obter crescimento profissional e atender às demandas oriundas da Estratégia de Saúde da Família (MISC-PB, 2011; PINTO, 2009).

O desafio do gestor foi o de capacitar os recursos humanos para atuar no novo cenário que o atual sistema de saúde exige, no que diz respeito a implementação da atenção a saúde mental na rede básica de saúde qualificar a assistência a saúde. Por um lado, a gestão capacitou o profissional com a Terapia Comunitária Integrativa, a qual estimulou a reflexão sobre os conceitos e referências da classe; por outro, a categoria simpatiza com a TCI, a qual é percebida como um instrumento inovador de sua prática, podendo facilitar o planejamento, desenvolvimento e sistematização de qualquer atividade de cunho coletivo. Para tanto, trata-se de um processo de mudança e, como tal, é permeado por adversidades e desafios.

## 1.2. Aproximação com o objeto de estudo

Considerando que contar história denota trazer a identidade de uma pessoa e suas interpretações sobre os fenômenos, revelando os porquês e paraques que podem explicar tamanha dedicação a uma pesquisa, vou elucidar como a Terapia Comunitária Integrativa e a problemática desse estudo atravessaram a minha história. A partir dos artefatos da História Oral, utilizei da contação para justificar o estudo e esclarecer sua relevância.

*[...] a TCI, que mudou minha forma de pensar e de agir [...]*

*Sou Aralinda, enfermeira, mestranda em enfermagem pela UFPB, especialista em Saúde da Família e em saúde Coletiva, membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária (GEPSMEC).*

*Tenho 25 anos, sou a caçula dos quatro filhos de Sr. Antônio e dona Perpétua. Fico emocionada e orgulhosa quando falo que meus pais são a base mais sólida que sustenta a estrutura de nossa família, pois foram eles que nos transmitiram os valores morais e nos ensinaram a buscar o sucesso sem perder a dignidade. Encontro a inspiração em busca do saber, riqueza que não pode ser tirada e não se acaba, neles, que foram grandes docentes e são mestres no educar para vida. Nossos pais nada nos deixaram faltar; sempre nos deram o melhor em termos de educação e amor.*

*Vim lá do sertão paraibano, Uiraúna, cidadezinha que é famosa por ser terra dos músicos e dos médicos. Fama a que faz jus, pois a cultura de meu povo é fortemente instigada pela valorização da formação/educação. Somos produtos das raízes culturais; cresci influenciada pela vontade de painho em me tornar uma grande médica, para que eu pudesse, assim como grande parte de seus irmãos, garantir um futuro brilhante de reconhecimento social e estabilidade financeira. Mas, a gente amadurece e consegue perceber, ao longo de nossa jornada, o que nos completa e nos faz, verdadeiramente, feliz. Sentia que minha vocação estava, também, no cuidar e me seduzia ver o encanto da enfermagem. Digo também, porque minhas irmãs, Analina e Arabela, encontraram seus destinos nessa belíssima profissão, e desviaram as expectativas de painho - de ter uma médica na família - para caçula da casa; pois meu irmão, Arlys, enveredou pelo lado das ciências humanas e foi ser economista.*

*Contudo, quando a gente cresce, vai procurando percorrer nossos próprios caminhos. Confesso que foi bem difícil decidir entre seguir minha vocação ou acatar a vontade dele, mas, o que me empoderou foram seus próprios ensinamentos. Com ele aprendi que a*

*felicidade está nas realizações do eu; por conta disso, escolhi ser enfermeira e hoje estou realizada.*

*Sinto que fui privilegiada por ter passado no vestibular, aos 16 anos, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), lugar que fez/faz parte do meu crescimento, e por onde passaram em minha jornada acadêmica maravilhosos mestres que também contribuíram com a construção do que sou. Entrei acreditando que enveredaria para o campo da pediatria, afinal, sempre gostei de lidar com crianças, mas foi na saúde comunitária onde encontrei a contemplação para minha profissão.*

*Na disciplina de saúde mental iniciei a desvendar esse caminho, através do projeto de extensão: Terapia Comunitária: uma ação básica de saúde mental, apresentado pelas professoras Maria Filha e Maria Djair com as rodas de Terapia Comunitária Integrativa – TCI, na comunidade de Mangabeira em João Pessoa-PB. Foi bem na época de sua implantação no município. Com a chegada da Terapia, eu participava de um momento revolucionário daquela comunidade no âmbito da saúde, e nem sabia disso! Mas, ficava maravilhada com a força daquelas rodas de conversas, daquele espaço de cura aonde a gente ia doente e de onde saía cheia de vida! Ainda fico arrepiada com o poder das palavras e da fé no outro. Já dizia Adalberto Barreto: “a palavra é o remédio”. Isso é a mais pura verdade, pois lembro que em um desses encontros desabafei minhas angústias; saí dali renovada e pronta para enfrentar meu sofrimento. Com certeza, um dia, também serei terapeuta comunitária, uma agente que transforma. Então, veja só, a curiosidade de estudante deu a oportunidade de me deparar com a TCI, que mudou minha forma de pensar e de agir.*

*Comecei a despertar para perceber que a melhor maneira de fazer saúde começa com a sensibilização do “meu eu” e desponta rumo ao coletivo. Vi que, pela partilha de experiências entre os participantes do encontro, os saberes são construídos; e foi, a partir daí, que procurei me engajar no Projeto de Iniciação Científica- PIBIC. Fui, para entender melhor de que se tratava a formação em Terapia Comunitária Integrativa e poder divulgar essa tecnologia de cuidado, que transforma quem cuida e quem é cuidado. Inicialmente, procurei buscar compreender o perfil dos profissionais que procuraram a capacitação em TCI de quatro municípios paraibanos: João Pessoa, Conde, Pedras de Fogo e São Bento, os quais compunham as primeiras turmas de formação em TCI na Paraíba; depois fiz um maior aprofundamento acerca desse assunto, pesquisando as mudanças dos profissionais no processo de sua formação em TCI, material que serviu para a construção de meu trabalho de conclusão da graduação, sob a orientação da professora Maria Djair. Não satisfeita com isso e provocada pela pretensão de prosseguir no caminho do mestrado, procurei dar continuidade a minha investigação sobre essa temática, pois acredito em seu poder terapêutico.*

*Graduada em enfermagem, comecei minha vida profissional no cenário da saúde mental, trabalhando no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II) no município de Bayeux-PB, o que me possibilitou aproximar ainda mais do âmbito comunitário e certificar que as escolhas feitas mediante meu futuro profissional foram as melhores.*

*Trabalhar com a “loucura” só me fez enxergar que a prevenção do adoecimento, seja clínico ou psíquico, está na maneira como o profissional desenvolve suas ações em saúde, mantendo o seu compromisso com o social. Percebi que os estigmas que assolam a sociedade partem da educação e informação que conseguimos apreender ao longo da vida.*

*Após nove meses, fui transferida para atuar na Estratégia de Saúde da Família no bairro Alto da Boa Vista, de Bayeux-PB. Não foi grande o impacto da notícia, pois sempre tive afinidade pela área e assim conseguiria trabalhar em contato maior com a coletividade. Na verdade, aceitei como um presente, pois ali poderia colocar em prática a enfermagem comunitária e abordar, através da educação sanitária, a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento.*

*Confesso que fiquei um pouco frustrada por perceber que era muito mais difícil do que eu imaginava. Percebi que inúmeros fatores impossibilitam o profissional de enfermagem a desenvolver o autogoverno no seu trabalho. Posso destacar alguns obstáculos que observei me vêm agora na lembrança, como: a desorganização da rede de saúde; a responsabilidade burocrática e administrativa delegada ao enfermeiro como diretor da unidade; a falta de compromisso e a desmotivação de outros profissionais da equipe; sobrecarga de atribuições, entre outros.*

*No entanto, entendo que o grande nó da questão está na cultura, ainda fortemente influenciada pelo modelo biomédico e curativo: pois essa maneira de pensar está na comunidade e também nos próprios profissionais que se fatigam em seu processo de trabalho e ficam aversos a mudanças; e mais ainda pela conjuntura política, que não facilita uma ação transformadora que se faz tão necessária. Eu me via em constante impasse comigo mesma: ‘Ora, sou enfermeira com formação voltada para construção do saber com olhar ampliado para saúde comunitária, e como poderia estar me sentindo impotente diante das dificuldades que quase me venciam?’!*

*Indignada por essa insatisfação, decidi buscar saber mais de como as tecnologias leves de trabalho poderiam reverter essa situação; e mais uma vez a Terapia Comunitária Integrativa me serviu como bússola de guia, tendo em vista que tinha conhecimento de várias experiências exitosas da TCI nos diversos contextos em que foi implantada.*

*Entendendo, pois, a relevância da Terapia Comunitária Integrativa como uma tecnologia de cuidado inserida na atenção básica para atender os novos paradigmas da saúde na concepção renovada da saúde comunitária; surgiu, assim, o interesse de investigar como a formação em TCI pode influenciar nos modos de agir e pensar das*

*enfermeiras da ESF, e ainda compreender as nuances da implementação desse recurso no município de João Pessoa-PB.*

*Para subsidiar esta pesquisa foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:*

- *Quais as razões que impulsionaram as enfermeiras da ESF a realizar a formação em Terapia Comunitária Integrativa?*
- *Que contribuições a Terapia Comunitária Integrativa trouxe para as dimensões pessoal e profissional das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família?*
- *Quais as dificuldades e os desafios encontrados pelas enfermeiras para a implementação da TCI na Estratégia de Saúde da Família?*

### **1.3. Objetivos**

- Conhecer as razões que impulsionaram as enfermeiras da ESF a realizar a formação em Terapia Comunitária Integrativa.
- Revelar as contribuições trazidas pela formação em Terapia Comunitária Integrativa nas dimensões pessoal e profissional das enfermeiras da ESF.
- Discutir as dificuldades e os desafios encontrados pelas enfermeiras para implementação da TCI na ESF.

A razão social deste estudo está em fortalecer a formação e utilização da Terapia Comunitária Integrativa como instrumento do cuidar utilizado pela enfermagem, na perspectiva renovada de promoção da saúde comunitária. Além disso, tecer uma reflexão sobre a importância dos protagonistas da saúde para a mudança do modelo sanitário.

Pode-se dizer que os resultados dessa investigação servem como reflexos para outras enfermeiras que, como eu, tiveram a oportunidade de aprender - com a Terapia Comunitária Integrativa - uma maneira inovadora, dinâmica e fascinante de realizar atividades com grupos; a qual desperta o interesse do usuário para o entendimento do seu processo de saúde/doença; motiva o profissional a sair do enfoque unitário para o comunitário; bem como auxilia na sistematização de suas atividades grupais.



## 2. MARCO TEÓRICO

## 2.1 O enfermeiro e sua prática no âmbito comunitário

O cuidar é objeto da prática de enfermagem. Ressalta Waldow (1998) que ele deve ser sentido, absorvido e transformado em estilo de vida. Acrescenta a autora que cuidar não se restringe a realizar procedimentos técnicos para a cura de enfermidades. Em sentido mais amplo está integrado à identidade científica, à ética, à estética e ao pessoal. É um processo dinâmico, uma ação pensada, refletida e com conotação de responsabilidade e zelo.

Enquanto profissão, a enfermagem tornou-se autônoma, deixando de ser submissa às delegações médicas, o que implicou em modificações na postura do planejamento, da execução, das intervenções, do cuidado e da responsabilidade no processo de saúde e doença do indivíduo (PIRES, 2009). Essa mudança de postura só aconteceu com uma tomada de consciência do valor do trabalho e concepção de si e da própria profissão - começando no âmbito individual e depois partindo para o coletivo.

Na enfermagem, a construção desse processo de transformação vem se dando concomitantemente às adaptações de práticas de cuidado guiadas pelas variações nos modos de adoecer da população e pelos novos estilos de vida trazidos pelas mudanças sociais. Embora ainda predomine a assistência de cunho biomédico, é possível para o poder público criar assistência substitutiva, reorientando o modelo assistencial que confira corresponsabilidades entre gestão, profissionais e população.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde aponta com essa perspectiva de direcionar o cuidado à saúde baseado na universalidade, equidade e integralidade, e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. Nesse sentido, o SUS é um modelo de assistência que emprega novos enfoques teóricos na produção da saúde, exigindo novos perfis profissionais e outras possibilidades, como também outras exigências para os trabalhadores dos serviços de saúde.

No que diz respeito à enfermagem, - considerando-se sua característica intrínseca que é o cuidar de seres humanos – esta apresenta grande potencial mediante as múltiplas dimensões do cuidar, o que a torna importante nesse

processo de mudança. Contudo alguns aspectos se colocam desafiadores para uma reconstrução dos modos de operar seu objeto de trabalho.

É um desafio repensar as práticas de caráter coletivo, até então pouco presentes na saúde pública; e/ou revisar conceitos com uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, considerando a singularidade das famílias e das pessoas para o enfrentamento do adoecimento. Por isso é imperioso estimular a reflexão das enfermeiras quanto ao seu processo de trabalho, no sentido de entenderem a sua organização do trabalho, para que possam oferecer um atendimento de qualidade e efetivo, e, concomitantemente, possibilitem a realização de um trabalho coletivo.

Entende-se, em suma, que esse processo de trabalho de enfermagem no âmbito da saúde coletiva, constitui a operacionalização/transformação do objeto de trabalho (cuidado) em produto de utilidade (promoção da saúde/prática social), por intermédio dos meios de produção (tecnologias de cuidados) e executado pelo sujeito/ agente (enfermeiro/ equipe). Portanto, a organização desse trabalho surge como uma das questões a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde.

A escolha dos instrumentos de produção de trabalho é determinante para a eficiência na operacionalização dos serviços. A partir de estudos sobre o processo de trabalho, Merhy; Franco (2005) diferenciam as tecnologias em duras, leve-duras e leves, e operam os serviços. É fato que, no processo de trabalho - no cuidado ao usuário - ainda prevalece o uso de tecnologias duras, aquelas que estão inscritas em máquinas e instrumentos, em detrimento das tecnologias leve-duras, que são resolutas do conhecimento técnico; e das leves, que constituem as tecnologias das relações e necessitam de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde (SOBREIRA, 2009; FRANCO; MERHY, 2003).

No entanto as tecnologias leves, em especial, tornam possíveis as relações entre profissional e usuário a partir de uma interlocução que promove saúde. Através de espaços de fala e escuta, constroem-se vínculos de confiança que estimulam a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado e ampliam o conhecimento sobre os determinantes da saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Nesse sentido, a promoção da saúde está para além da medicina baseada em evidências; apresenta-se na concepção de ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades, documentada na carta de Ottawa, genericamente reconhecida como marco fundante da promoção da saúde enquanto campo institucional de prática e reflexão sobre a saúde pública. Como é perceptível em um de seus trechos:

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Estes serviços têm de adoptar um amplo mandato que seja sensível e que respeite as especificidades culturais. Devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o setor da saúde e os setores social, político, económico e ambiental. Reorientar os serviços de saúde exige também que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e às alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais. Tal perspectiva deve conduzir a uma mudança de atitudes e de organização dos serviços de saúde, focalizando-os nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade (OMS, 1986).

A importância de investir-se na promoção da saúde é uma alternativa para superar o modelo biomédico, pois conduz os sujeitos a identificarem suas necessidades e aspirações para melhoraria dos hábitos que favorecem a qualidade de vida.

Com base nessas recomendações e das mudanças e transformações políticas, econômicas e sociais, no Brasil, surgiu, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família despontou estruturada com base nos princípios norteadores do SUS, propondo-se a reorganizar a rede de atenção básica. Isso também fomentou uma conquista para a enfermagem que saiu da instituição hospitalar para desenvolver outras atribuições, as quais atingem uma maior valorização da categoria na percepção social. Tendo em vista que o enfermeiro vem obtendo, progressivamente, seu lugar de destaque, desde o modelo campanhista; como elemento articulador juntamente com a Associação Barsileira de Enfermagem (ABEn) ao firmar compromisso com o SUS, modificando as diretrizes curriculares na enfermagem; seguidos por outros campos disciplinares da saúde.

Na ESF, a enfermeira desenvolve muitas atividades além daquelas comuns a toda a equipe. Como previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007, p. 46) são atribuições específicas do enfermeiro:

- I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
- II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal."(NR).
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2007, p. 46).

Isso propõe um desafio no que diz respeito ao compromisso que assume diante das dimensões de promoção da saúde. Para tanto, as atividades grupais têm sido uma opção para desenvolver práticas assistenciais e educativas, sendo utilizadas para sair do modelo unitário para o comunitário, tornando coletiva a responsabilidade da saúde pública.

É certo que, a abordagem grupal é de suma importância para ampliar a percepção crítica do processo saúde/doença; por isso o profissional que procura inserir-se no campo da atenção primária deve ter um perfil que mostre interesse em planejamento e programar as ações e atividades grupais, pois o trabalho com grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente (BRASIL, 2006a).

A sistematização de grupos de educação popular em saúde é uma alternativa para o enfermeiro observar novas intervenções e avaliar as condutas prestadas, tendo em vista que essas ações permitem a aproximação com outros fatores para além do biológico e uma visualização holística do indivíduo.

No entanto, a formação acadêmica da enfermagem sempre esteve muito voltada para o domínio do conhecimento técnico-científico, aos moldes da educação bancária, que transfere e transmite valores e conhecimentos. Sendo assim, o ensino precisa acompanhar o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e deve preparar o profissional para ser transformador e desenvolver sua prática social. É um aspecto importante a ponderar, no seu papel como educador e transformador.

Como Waldow (1998, p. 54) ressalta “ a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana. Assim, as atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível”.

Nesse pensamento, alguns estudos apontam, que na academia, o ensino teórico/prático centra-se, preferencialmente, na assistência planejada e executada individualmente, em detrimento de aspectos sociais, emocionais e comportamentais da coletividade; e as fontes de aprendizagem para a técnica de abordagem em grupos são basicamente oriundas das experiências e vivências no trabalho (MUNARI; RODRIGUES, 1997).

Outros estudos revelam que, mesmo atingindo a coletividade, geralmente, os grupos de educação em saúde ainda são constituídos em decorrência da condição patológica (diabéticos, hipertensos), do sexo (mulheres) e da fase de desenvolvimento individual e da família (adolescentes, gestantes), ou seja, com a clientela assistida pelos programas preconizados pelo Ministério da Saúde (ANDRADE, 2009; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Isso é vantajoso à medida que estimula a percepção crítica do grupo sobre aspectos de sua realidade e compreensão ampliada do processo saúde-doença; mas, por vezes, limita o espaço para abordar temas do cotidiano, como: desemprego, abandono, baixa autoestima, violência, frustrações, crises, dentre outras mais variadas situações, que são, muitas vezes, as maiores precursoras de adoecimento.

Acrescenta Silva et al (2010, p.9) a formação do enfermeiro generalista privilegia a formação tradicional com conhecimento teórico, o qual não prepara o profissional para desenvolver ações multidisciplinares; sendo preciso, além de revisar o projeto pedagógico, também “assegurar espaços para essa nova prática pedagógica, de políticas nacionais e locais de educação e saúde voltados para os interesses do povo brasileiro”.

É imperativo ressaltar que o profissional tem um compromisso social. Adotar a postura imponente de transmitir o saber - reproduzida tal como foi treinado pela academia - e fazer uso de técnicas simples - por vezes, pouco socializantes - dificultam a relação entre profissional e grupo e desmotivam a procura por esse tipo de atividade.

Segundo Alves (2005), os profissionais da ESF geralmente não valorizam as atividades educativas; e, quando desenvolvem essas atividades, conduzem-nas no método tradicional da educação; a exemplo: a palestra, que é um símbolo das atividades educativas desse modelo verticalizado, autoritário e disciplinador de condutas de cunho moral, que nega a subjetividade e não considera os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Desse modo, “a concepção “bancária” nega a dialogicidade como essência da educação e se faz antidialógica; para realizar a superação, a educação problematizadora (situação gnosiológica) afirma a dialogicidade e se faz dialógica” (PAULO FREIRE, 1987, p. 39, grifo do autor).

Sendo assim, direcionar a atividade grupal como prática libertadora, implica na ação e reflexão dos homens sobre si e o mundo, para transformá-lo, com base no diálogo e na colaboração. A pedagogia problematizadora alcança a consciência de sua realidade e abre caminhos para os homens aprenderem a escrever sua vida como autores e como testemunhas de sua história. Ressalva Paulo Freire:

Para a educação problematizadora, enquanto um quefazer humanista e libertador, o importante está, em que os homens submetidos à dominação, lutem por sua emancipação. Por isto é que esta educação, em que educadores e educandos se fazem sujeitos do seu processo, superando o intelectualismo alienante, superando o autoritarismo do educador “bancário”, supera também a falsa consciência do mundo (PAULO FREIRE, 1987, p. 43, grifo do autor).

Partindo dessa premissa, tem-se apostado nas estratégias que possibilitam a quebra da verticalização de saberes e do distanciamento da relação profissional/paciente, a fim de facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivida.

Em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, que agrupava dentre outras, tecnologias terapêuticas de baixo custo e de âmbito coletivo, com grande potencial resolutivo, seguindo as premissas da humanização da atenção em saúde proposta pelo SUS (BRASIL, 2006b).

A Terapia Comunitária Integrativa - TCI comunga com a perspectiva das práticas da PNIC, sendo introduzida no SUS como uma ferramenta de cuidado, no intuito de qualificar os profissionais da área de saúde e as lideranças comunitárias

para promover as redes de apoio social na Atenção Básica (BRASIL, 2010). A proposta é considerar esse recurso como procedimento terapêutico grupal a saúde, articulado às ações de promoção da saúde e prevenção do adoecimento mental; além disso, promover uma conscientização sobre o papel do profissional na dinâmica do seu trabalho.

A formação em TCI propicia, pois, um processo reflexivo gerado durante as vivências com a TCI, sendo possível perceber mudanças de vida, do cotidiano no campo de trabalho, a partir dos seus fundamentos básicos. Sendo assim, pode ser vista como um instrumento que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas, visto que acarreta mudanças na condução dos trabalhos em grupo.

O curso em Terapia Comunitária Integrativa acontece com a carga horária de 360 horas/aulas, divididas em módulos, contendo teorias, vivências terapêuticas e treinamento nas rodas de TCI (BARRETO, 2008). Isso certifica a prática como ponto de partida das reflexões teóricas, importante para despertar uma ação reflexiva. É através do contato com as bases conceituais da TCI, que o terapeuta em formação trabalha a sua história pessoal e familiar, as crises, os sofrimentos e as vitórias, proporcionando momentos de reflexão sobre o seu “eu interior”, que o preparam para lidar com os sentimentos do outro.

O objetivo é qualificar o profissional para conduzir a atividade grupal de modo a promover um espaço de escuta para os sofrimentos. Não se trata, pois, de psicoterapia, mas de promover terapia no significado próprio da palavra grega, ou seja “acolher de forma calorosa” (BARRETO, 2008, p. 37).

O profissional, como terapeuta comunitário, é um facilitador, cuja intervenção é a de estimular a participação real e o diálogo coletivo, instigando a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação de todos os envolvidos; para serem instrumentos a serviço do crescimento humano e comunitário (GUIMARÃES; FILHA, 2006). Sendo assim, é importante enfatizar a educação problematizadora e libertadora, que permite a construção de um saber coletivo, apontando as possibilidades de intervenção e de transformação dessa realidade.

O processo de formação de terapeutas comunitários se assemelha a esse tipo de educação por possuir um caráter consciente e crítico assumido pelos

profissionais, que buscam pensar sobre a própria prática, de tal forma que esta seja geradora de mudanças na própria organização do serviço, e na relação deles com a comunidade (PINTO, 2009).

## **2.2 A Terapia Comunitária Integrativa: a inserção no SUS e as experiências exitosas.**

No ano de 1987, surgiu a Terapia Comunitária Integrativa pela necessidade veemente originária de questões sociais, problemas familiares e sofrimentos psicológicos, os quais eram referidos pelos moradores da comunidade de Pirambu, Fortaleza – CE, quando procuravam o advogado e coordenador do Projeto de Apoio aos Direitos Humanos, Airton de Paula Barreto. Angustiado pelo problema e com poucos recursos disponíveis para atender essas carências, este convidou seu irmão, psiquiatra, doutor em antropologia, teólogo, terapeuta familiar e professor, Adalberto de Paula Barreto, para prestar seus atendimentos da medicina social.

Inicialmente, esses atendimentos eram feitos individualmente no consultório acadêmico do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC e, *a posteriori*, foi-se percebendo a necessidade de sair do consultório para comunidade para atender a grande demanda, na própria comunidade.

Para tanto, o professor Adalberto Barreto buscou a participação dos moradores, alunos e profissionais, e liderou a criação de uma ONG, a qual fundou o projeto 4 Varas, que hoje dispõe de um espaço de promoção da saúde, que acolhe todos para realizar Terapia Comunitária Integrativa e oficinas terapêuticas.

Abro um parêntese para ressalta que, essa movimentação dos atores sociais, está presente na dinâmica das intenções de promoção da saúde, pois evoca as responsabilidades para além do setor gestão e fortalece a atuação dos profissionais e usuários como agentes do processo. Essa ideia corrobora um trecho da Carta de Otawa:

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controle dos seus próprios esforços e destinos. O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde. Tudo isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem sobre saúde, para além de suporte financeiro (OMS, 1986).

Em 1992, houve um interesse da Pastoral da Criança, que procurou o projeto 4 Varas para formar seus agentes, a fim de auxiliar no trabalho com as crianças inseridas em meio familiar conturbado. Isso fomentou o convênio com a Universidade Federal do Ceará - UFC e possibilitou a capacitação de cerca de 3500 agentes da Pastoral, e ainda reforçou a opinião do seu idealizador de que para se tornar um terapeuta comunitário não seria necessária uma educação formal (BARRETO et al, 2011).

Nessa perspectiva, esse recurso terapêutico tem tomado maiores proporções. Sendo desenvolvida com o intuito de resgatar autonomia à comunidade que procurava apoio, a proposta da Terapia Comunitária Integrativa se tornou um modelo de atenção à saúde comunitária regional; ganhou rumos pelo país e projetou-se para o exterior, a exemplo da Europa; África e América Latina. É legitimada e regulamentada, no Brasil, pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa - ABRATECOM e, na Europa, representada pela Associação Europeia de Terapia Comunitária Integrativa - AETCI.

Devido à experiência exitosa com a Pastoral da Criança, outras propostas foram aparecendo. Isso demandou o surgimento dos primeiros polos de formação em TCI, e a rede foi se constituindo em vários pontos do Brasil, de tal maneira que foi imperiosa a criação de uma estrutura que permitisse instituir um movimento que integrasse os recursos e as competências das pessoas. Daí partiu a ideia dos Movimentos Integrados de Saúde Comunitária - MISC e Movimentos Integrados de Saúde Mental Comunitária - MISMEC (BARRETO et al, 2011).

Em 2004, aconteceu a primeira parceria com um órgão de âmbito nacional: um convênio entre a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, a UFC, o MISMEC-CE e os municípios; que permitiu a formação em TCI em vários estados brasileiros,

possibilitando a prevenção, tratamento e reinserção social para usários de drogas e familiares (BARRETO, 2008).

Atualmente, em território nacional, somam-se 47 polos formadores, assim distribuídos: 02, na região Norte; 12, no Nordeste; 25, no Sudeste; 04, no Sul; e 04, no Centro-oeste; habilitados para qualificar profissionais de diferentes áreas nessa prática terapêutica, com eficiência, e eficácia e fazê-los revisarem os vícios acadêmicos que alienam sua prática. Essa tecnologia tem mostrado ser possível agregar psiquiatras, enfermeiros, médicos, psicólogos, gestores, usuários, familiares e convidados (BARRETO et al, 2011).

Na Paraíba, em 2004, a TCI surgiu a partir do Projeto de Extensão realizado no bairro de Mangabeira, na USF Ambulantes, coordenado por docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba-UFPB (OLIVEIRA, 2008). Isso trouxe benefícios, fortalecendo as relações dos profissionais de saúde da ESF com a comunidade; e o reconhecimento dessa experiência exitosa conferiu à capital paraibana sediar um pólo de formação em TCI.

Nessa conjuntura, o plano político-estratégico: A Construção do Cuidado na Saúde em João Pessoa-PB (2005-2010), elaborado pela gestão do municipal, institucionalizou a Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta importante para profissionais da rede de saúde. Priorizou a capacitação, inicialmente, dos gestores e profissionais do CAPS e da ESF, no intuito de viabilizar mudança das práticas de saúde e cumprir com a pactuação em defesa da vida (SMSJP, 2005-2010).

Em 2007, foi realizado o I Curso de Formação em Terapia Comunitária Integrativa, através da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde - SMS-JP, o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana - IBDPH e o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB/PPGEnf. Foram capacitados 57 profissionais da rede de saúde, dentre os quais 24 enfermeiros. Já em 2008, por meio de recursos financeiros do Projeto de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde, sucedeu uma nova turma, com 47 profissionais em que a enfermagem, novamente se destacou com 16 profissionais.

Ainda em 2008, a TCI foi discutida como estratégia de cuidado na atenção básica pelo Ministério da Saúde; sendo efetivamente aprovada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada entre 27 de junho e primeiro de julho de 2010 como atividade associada às práticas integrativas e complementares de saúde em nível de atenção primária (CONFERÊNCIA..., 2010).

A Terapia Comunitária Integrativa valoriza as diversidades sociais, culturais, de saberes, fazendo-se assim universal quanto aos seus participantes, podendo ser utilizada com os mais diferentes grupos. É possível realizar os encontros terapêuticos em uma praça, em centros comunitários, centros religiosos, em Unidades da Estratégia da Saúde da Família, em CAPS, ou seja, nos mais diversos espaços da comunidade. Possui um caráter de inclusão e prática social que reflete diretamente na vida do participante, e ainda acolhe a todos, indiferente de gênero, idade, cultura e ideologias.

Sendo assim, através de suas experiências exitosas, essa nova tecnologia de cuidado vem emergindo como um instrumento de promoção da saúde e prevenção do adoecimento. De maneira tal, que passou a ser objeto de estudo de pesquisadores da área da saúde coletiva, motivando pesquisas que abordam desde os contextos e cenários onde podem ser feitas as rodas, às percepções dos sujeitos que procuram utilizar-se desse recurso salutar, além de outras análises quanto a sua aplicabilidade.

Na Paraíba, despontam estudos que reconhecem o valor terapêutico da TCI na rede de atenção à saúde e como recurso de transformação da prática encaminhada para o modelo comunitário; enfatizando a promoção da saúde e prevenção do adoecimento e a melhoria da qualidade de vida dos participantes. É importante ressaltar que, a maioria dos trabalhos foram elaborados por enfermeiras, o que demonstra a veemência da TCI no trabalho da categoria.

Em 2006, Guimarães; Ferreira Filha (2006) realizaram um estudo pioneiro sobre as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa no cotidiano de seus participantes. Mostraram que um dos motivos que conduziram os participantes a frequentar o grupo de TCI foi o estímulo dos membros da ESF, em especial das enfermeiras, que os convidavam através do sistema de comunicação social.

Revelaram que o sucesso desses encontros se deu pela abertura de um espaço de acolhimento para o sofrimento e angustias e alegrias. Ainda nesse estudo, referiu-se a um processo de transformação que conseguiu fortalecer vínculos de amizade, comunitário e social; dele partiu uma sugestão de inserir a TCI como atividade dentro de alguma política pública.

Em 2007, Holanda; Dias; Ferreira Filha (2007) publicaram um artigo demonstrando as contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para o enfrentamento das inquietações de gestantes. Foi o primeiro recorte voltado para um grupo específico das ações programáticas da ESF, no qual se constatou que os encontros de TCI colaboraram para minimizar as perturbações psicossomáticas sofridas nessa fase do ciclo de vida das mulheres, o que implicou na significativa melhoria da saúde e fortalecimento de laços afetivos entre as gestantes e seus familiares.

Em 2008, a história da implantação da TCI na Paraíba mostrou que essa tecnologia possibilita o processo de superação e de crescimento dos profissionais e da comunidade, contribui para a humanização e integralidade da assistência nos serviços da ESF saúde e estimula o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica e saúde mental (OLIVEIRA, 2008).

Em 2009, algumas dissertações se voltaram para essa temática: Braga (2009) abordou um dos pilares da TCI, a resiliência, despertada em mulheres que conseguiram superar situações adversas em suas vidas e saíram fortalecidas para superá-las - a partir dos encontros de TCI, exercitaram o empoderamento e a fé sobre si mesmas. Rocha (2009) evidenciou as similaridades e as diferenças entre o processo de formação em Terapia Comunitária Integrativa e a Educação Permanente em Saúde, demonstrando que o curso proporciona mudanças pessoais que transformam a prática dos profissionais de saúde. Andrade (2009) discutiu sobre os impactos da TCI para o fortalecimento do cuidado com a saúde mental na Atenção Básica, tendo em vista que os profissionais tornam-se mais sensíveis aos aspectos que desencadeiam sofrimento mental, e o usuário é estimulado ao autocuidado.

Ainda em 2009, já adentrando o ano de 2010, pesquisas demonstraram a ação positiva da TCI em CAPS ou na Atenção Primária à Saúde, sendo utilizada como terapia em grupo, a exemplo de idosos, oportunizando espaços de acolhimento, fala e escuta das experiências de vida dos usuários e despertando maior responsabilidade para os profissionais que atuam nesses segmentos de saúde. É, portanto, uma instrumentalização para o enfrentamento de aspectos relacionados ao universo da saúde mental, desmistificando conceitos e motivando mudanças de paradigmas (AZEVEDO, 2010; FERREIRA FILHA et al, 2009; FERREIRA FILHA et al, 2010; FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010; JUNIOR et al, 2010; ROCHA et al, 2009).

Em 2010, Carício (2010) e Morais (2010) analisaram a influência da formação em Terapia Comunitária Integrativa nos profissionais da ESF (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, ACS, dentistas, recepcionistas). A primeira destaca a importância das relações e criações de vínculo no processo de trabalho; a afinidade do sujeito entre si e com o outro; destaca; já a segunda enfatiza a percepção dos trabalhadores de saúde para a transformação.

Outras investigações regionais contribuíram para a divulgação das experiências exitosas da TCI na Paraíba e motivaram apresentações sobre o tema em eventos e congressos. Algumas renderam indexações e premiações importantes, tendo em vista que comprovaram a repercussão da TCI como um instrumento na descoberta de grupos homogêneos e heterogêneos, enquanto cidadãos capazes de provocar mudanças em suas vidas e na de seus semelhantes; e recomendando a TCI como recurso de educação em saúde. Outros estudos surgiram na perspectiva de demonstrar que a formação concentrou sobre o processo de qualificação dos profissionais de todo o estado da Paraíba provocando impactos de caráter prático na Estratégia Saúde da Família.

Essas pesquisas fundamentam a Terapia Comunitária Integrativa como potencialmente positiva e propõe outras pesquisas acerca do tema para divulgar e servir de motivação para a mudança de perfil profissional, aderindo à proposta do modelo comunitário.

### 2.3. A Terapia Comunitária Integrativa e sua essência

A Terapia Comunitária Integrativa como toda ferramenta de cuidado, é baseada e planejada com o propósito final de promover saúde e bem-estar aos seus participantes. Sendo uma abordagem grupal, a TCI acontece de maneira singular, como uma conversa aberta, na qual seus participantes sentam-se lado a lado e em círculo, de modo que seja possível a visualização dos participantes entre si. Essa maneira de conduzir o grupo valoriza a contribuição dos participantes e dissolve as relações de hierarquia. Dessa maneira, os saberes são compartilhados e todos encontram-se no mesmo patamar horizontal de saber. O que, certamente, faz da TCI um instrumento para condução de atividades grupais é a sua sistematização técnica e metodológica.

Enquanto técnica, a Terapia Comunitária Integrativa, desenvolve-se com base em cinco momentos distintos: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento. Percebe-se que os pilares da TCI são evidentes desde a primeira etapa (BARRETO, 2008).

1. *O Acolhimento* - o co-terapeuta acomoda os participantes de maneira confortável e na preferência de cada um, desde que todos façam um grande círculo, sem obstáculos à frente, para que todos possam olhar para a pessoa que está falando. Inicia-se a terapia dando as boas-vindas, num clima de interação e companheirismo entre os participantes. Pode ser realizada por meio de uma dinâmica ou música conhecida/sugerida pela comunidade; depois se faz a comemoração dos aniversários do mês. Ainda nesse momento, é sistematizado um resumo da Terapia Comunitária Integrativa como técnica e colocadas as regras da terapia: fazer silêncio para ouvir quem está falando; falar sempre na 1<sup>a</sup> pessoa do singular e da sua própria experiência; não dar sermão; não julgar; sugerir cantar músicas; citar provérbios; contar piadas ou história que tenha relação com o tema; e respeitar a história de vida do outro; de modo a assegurar a circularidade e a horizontalidade da comunicação, onde cada um possui o seu saber, respeitando sempre a palavra do outro.

2. *A escolha do tema*: o terapeuta estimula o grupo, ficando aberta a palavra aos participantes para falar, de modo resumido em forma de manchete de jornal

sobre os problemas que os afligem, fazendo uso da metáfora “quando a boca cala, os órgãos falam; quando a boca fala, os órgãos saram”. Logo após é feita uma síntese, pelo terapeuta, das preocupações apresentadas, para que o grupo escolha o tema com que se identifique, para ser aprofundado - isso através de votação democrática - e os demais assuntos expostos podem ser contemplados nessa fala, ou ficarão para outro momento, individualmente, com o terapeuta comunitário.

3. A *Contextualização*: a pessoa que expôs o tema escolhido fornece mais informações sobre o motivo de sua preocupação. É nesse momento que o indivíduo desabafa seus anseios e o grupo tem direito de fazer perguntas para esclarecimentos e organização do contexto em que se insere o problema apresentado.

4. A *Problematização*: o terapeuta comunitário apresenta aos participantes, o MOTE, que é a pergunta-chave para permitir a reflexão ao grupo, “quem já passou por situações semelhantes e como fez para superá-las”. Isso faz com que as pessoas exprimam a experiência vivida e as possíveis estratégias de enfrentamento da situação; evocando com maior vigor, nesse momento, um processo de resiliência não só para o indivíduo que apresentou o tema escolhido, mas para todo o grupo, pois todos podem vir a passar por situações parecidas e poderão lançar mão das estratégias colocadas.

5. O *Encerramento/Ritual de Agregação*: todos se colocam de pé, dando-se as mãos em um grande círculo e realizam rituais próprios, onde são resgatados os laços culturais da comunidade, como cantos religiosos ou populares, orações, abraços. O terapeuta faz colocações positivas e deixa o espaço aberto para que os participantes relatem o que estão levando de tal experiência. É a partir desse momento que se constroem e solidificam as redes sociais, a teia que une cada indivíduo da comunidade. Termina o encontro com um novo convite para a próxima Terapia Comunitária Integrativa e agradecimento a todos pela participação.

Enquanto metodologia, a Terapia Comunitária Integrativa pode sensibilizar os profissionais e orientá-los na condução de atividades educativas coletivas ou formação de grupos homogêneos ou heterogêneos, quando dispõem de métodos de interação e relacionais, como as dinâmicas, músicas, massagens de relaxamento,

que apreciam o contato e o respeito à cultura do outro. Nessa perspectiva, fazer atividades de educação sanitária em grupo tem sido vantajoso, porque aproxima as relações entre o profissional e o usuário, facilita a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada, e promove saúde. A formação de grupos é uma importante aliada para a assistência da enfermagem, porque pode envolver grande diversidade de clientes com diferentes agravos; além de ser veículo de mudança social.

Embora proporcione uma leveza informal, a metodologia da TCI encontra-se fundamentada na teoria da comunicação, na antropologia cultural, na teoria sistêmica, na pedagogia de Paulo Freire e na resiliência (BARRETO, 2008). São fundamentos que se complementam e constroem a identidade da Terapia Comunitária Integrativa. É complexo, mas é possível entendê-los observando as nuances dos encontros de TCI.

Nas rodas de TCI, é importante a disponibilidade de escuta e fala dos sujeitos que se põem em relação, cada qual portando uma visão de mundo que tende a completar a visão do outro. Sujeitos de saberes diferentes, convivendo em situações de interação e cooperação, envolvendo o relacionamento entre pessoas com experiências diversas, desejos, interesses e motivações coletivas.

Esse movimento de interação social faz parte de toda nossa vivência no dia a dia constitui-se num permanente esforço de *comunicação* verbal e não-verbal. Somos seres sociais, trocamos ideias e experiências, e também aprendemos. O viver em sociedade, seja na família, no trabalho, no lazer, nos grupos ou na comunidade, levanta a necessidade de se estabelecer uma maneira singular de viver com as características próprias desses grupos.

Nos encontros de Terapia Comunitária Integrativa, as pessoas têm oportunidade de deixar o corpo e a boca falarem. O famoso ditado “quando a boca cala, os órgãos adoecem; quando a boca fala, os órgãos saram” evoca nos participantes a importância de compreender que “tudo é comunicação” (BARRETO et al, 2011, p10).

Ressalta Cairo (1999, p. 19) “o corpo é a tela onde se projetam as emoções”; ou seja, os sintomas patológicos são decorrentes de uma desarmonia do próprio

equilíbrio mental, originários dos fatores emocionais e comportamentos conscientes ou inconscientes, presentes ou passados.

É, pois, através da comunicação, que o homem expressa seus sentimentos, ideias, temores, expectativas, bem como se vincula a grupos mediante relações afetivas e revela sua identificação cultural. Trata-se de um legado de linguagem, valores, tradições, concepções, costumes, produções artísticas e outras formas de expressar o conhecimento do mundo em geral e do universo de experiências locais vividas por um determinado coletivo.

O homem é um ser complexo, que reflete no seu comportamento a influência da cultura de seu contexto e época; o que caracteriza sua maneira peculiar de se relacionar com os outros e viver em sociedade. Sendo assim, é indiscutível o fato de os aspectos da *antropologia cultural* serem o processo pelo qual um grupo social garante a permanência de sua identidade, daquilo que lhe confere singularidade, distinguindo-o dos demais grupos sociais.

Segundo Laraia (2001), cada grupo social tem sua linguagem própria e visão do mundo, e o homem enxerga o mundo através de sua herança cultural que condiciona sua reação às diversas situações. Até mesmo a condição biológica é influenciada pela cultura. Completa Barreto (2008, p. 29): “a cultura é um elemento de referência fundamental na construção de nossa identidade pessoal e grupal, interferindo de forma direta na definição do quem sou eu e quem somos nós.”

Na TCI, os valores culturais são valorizados e resgatados, por entender-se que a desagregação social e a perda da identidade cultural pode repercutir nos indivíduos, provocando-lhes somatização, o que interfere no cotidiano e, muitas vezes, dificulta-lhes a realização de pequenas tarefas ou papéis sociais, chegando a manifestar-se de maneira patológica. Portanto, tem-se despertado a compreensão do homem como elemento biopsicossocial, ou seja, como um *sistema*, em que suas ações e modos de ver, de sentir e de responder às situações de vida estão articuladas num complexo que caracteriza a realidade inerente ao contexto de vida de outros sujeitos.

De acordo com Capra (2004, p. 31, grifo do autor), “na abordagem sistêmica, as propriedades das partes podem ser entendidas apenas a partir da organização do todo. [...] O pensamento sistêmico é ‘contextual’.”

Partindo dessa premissa, Barreto (2008, p.28) propõe-nos analisar a crise e os problemas no conjunto sistêmico:

o pensamento sistêmico nos diz que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes interligadas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade (BARRETO, 2008, p.28).

A TCI valoriza as famílias e redes de relações; favorece a autonomia pessoal; fortalece vínculos nas comunidades através da formação de uma rede social de solidariedade e da participação entre os sujeitos; e, ainda, legitima o sujeito, enquanto agente ativo de sua história de vida.

As rodas de TCI depertam para a compreensão dessa rede de sistemas interligados que torna todos responsáveis para buscar mudanças desejáveis. A observação grupal da própria realidade, o diálogo e a participação na ação transformadora são condicionantes de vida. Nesse sentido, Paulo Freire afirma:

o meu “destino” não é um dado, mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista tanto na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade” (PAULO FREIRE, 1996, p.53, grifo do autor).

A partir das conversas na TCI, a pessoa encontra dentro de si a resposta para suas inquietações e encontra apoio para superá-las; partindo do princípio de que, no universo de mudanças rápidas e profundas, o importante não são os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, mas sim o aumento da capacidade das pessoas/grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa; a valorização de cada experiência se torna imperiosa.

Essa capacidade de se transformar, de detectar os problemas e buscar suas soluções, e ainda sair fortalecido através dessa experiência de superação, mesmo nas condições incrivelmente adversas, fortalece o poder *resiliente* do ser humano, visto que um longo e complexo processo de resistência, persistência e

sobrevivência, em face de qualquer tipo de adversidade, designa a capacidade de desenvolvimento do sujeito.

Pinheiro (2004) aponta a necessidade de relacionar a resiliência à importância e dimensão acerca de um acontecimento dadas pelo indivíduo ou grupo, ou seja, a capacidade de reagir de uma pessoa resiliente está fortemente ligada ao significado interpretado por ela da situação de sofrimento vivenciada.

A Terapia Comunitária Integrativa oportuniza aos participantes falar dessas adversidades e sofrimentos cotidianos resultantes dos dilemas humanos, como: medos, preocupações, estresse, saudades, baixa autoestima, relações conjugais e sociais, relacionamento pais/filhos, entre outros. Isso porque há um respeito pela fala do outro, que projeta em cada um a sua história.

Nesses encontros terapêuticos, os elementos do cuidado são despertados de modo a valorizar a singularidade e o conhecimento de cada participante. Isso fica evidente desde a disposição dos participantes em roda; à postura do terapeuta, que se coloca como facilitador e não como “dono do saber”; e ao repúdio ao preconceito moral e cultural. São ensinamentos apreendidos da *pedagogia de Paulo Freire*, que coloca os saberes popular e científico no mesmo patamar, fortalece a cultura, exalta a relação dos sistemas interligados e sugere uma ação-reflexão da realidade.

Sendo assim, a TCI encontra sua filosofia “pautada pela ética das relações a serviço dos valores da vida, igualdade, justiça e cidadania” (BARRETO et al, 2010, p. 11).



### *3. CAMINHO METODOLÓGICO*

O trajeto metodológico teve como base a História Oral - H.O. e seus pressupostos, que possibilitou conhecer as mudanças nos aspectos pessoais e profissionais dos enfermeiros que utilizam/utilizaram a Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de cuidado com grupos na ESF do município de João Pessoa-PB. Trata-se de um recurso moderno de apreensão de fontes orais que torna viável fazer registros das situações do dia a dia e favorece estudos de memória e identidade.

A História Oral é reconhecida como uma história vivida, sempre considerada no tempo presente, já que se destaca o processo histórico como inacabado e uma percepção atual do passado. Não se restringe, pois, a uma mera entrevista ou fonte oral e nem se trata de um procedimento isolado, mas se configura na articulação planejada de algumas atitudes pensadas. Sendo, portanto, importante conhecer, através da oralidade vertida ao escrito, as experiências individuais com suas verdades e versões dos fatos, a fim de analisar-se os processos sociais (BOM MEIHY, 2005).

A História Oral pode ser caracterizada em quatro modalidades: H.O. de Vida, Tradição Oral, H.O. Testemunhal, H.O. Temática. A História Oral de Vida apresenta a finalidade de retratar os caminhos de vivências pessoais que, contudo, se explicam em grupos afins - sejam familiares, comunidades, coletivos que tenham destinos comuns - resgatadas da memória dos colaboradores e transcrita para análise dos fenômenos. A Tradição Oral é a prática decorrente do levantamento e estudo de mitos fundadores, questões éticas ou morais e rituais do cotidiano de grupos. Já a História Oral Testemunhal se caracteriza pela presença de uma situação traumática, na qual as entrevistas são inicialmente apreendidas com a história de vida e a partir do trauma, serão direcionadas para o objetivo proposto pelo projeto de H.O. Por fim a História Oral Temática é o recurso que busca analisar um determinado evento ou situação a ser elucidada mediante aplicação de entrevistas orientadas para fins específicos, devendo responder a um sentido de utilidade prática, pública e imediata (BOM MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Neste estudo, foi utilizada a História Oral Temática, que possui um caráter documental e específico, e apresenta características bem diferentes das demais modalidades da H.O. por proporcionar detalhes da história pessoal, os quais irão ser

relevantes à medida que despontam os aspectos úteis à informação temática central. É um recurso pelo qual se compromete a desvelar esclarecimentos e opiniões acerca de um fenômeno de interesse particular ou coletivo, a partir da produção de testemunhos.

Em suma, Bom Meihy ; Holanda (2007), clarificam e descrevem o processo de condução do material empírico produzido pela História Oral, o qual também deu condicionamento ao presente estudo:

História oral é um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos, conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (BOM MEIHY ; HOLANDA, 2007, p. 15).

Nesse sentido, se faz pertinente entender algumas definições contidas em um projeto de História Oral, como: comunidade de destino, colônia e formação de rede (BOM MEIHY, 2005).

A comunidade de destino trata-se do vasto número de pessoas que estão envolvidas em um sentido comunitário. A definição da colônia se dá pelos traços preponderantes que ligam a trajetória de pessoas da comunidade de destino. A colônia “é sempre o grupo amplo, da qual a rede é a espécie ou parte menor” (BOM MEIHY, 2005, p.177), ou seja, a rede é uma subdivisão da colônia que visa a definir os parâmetros para a seleção de quem deve ser entrevistado.

Neste estudo, a comunidade de destino foi composta pelas enfermeiras terapeutas comunitárias que agregam a TCI como prática de cuidado com grupos nas Unidades de Saúde da Família. A colônia foi constituída pelas Enfermeiras Terapeutas Comunitárias do município de João Pessoa-PB. A rede se definiu pelos colaboradores que atenderam aos seguintes critérios: ser enfermeira; terapeuta comunitária; trabalhar na ESF no território do Distrito Sanitário III; que utilizar ou que já tenha utilizado a Terapia Comunitária Integrativa como tecnologia de cuidado; além disso, demonstrar interesse e disponibilidade em participar do estudo.

O município de João Pessoa-PB foi um dos primeiros do Brasil a implementar a Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de trabalho na Atenção Básica (AB), sendo contemplado por duas turmas de formação em Terapia Comunitária Integrativa, em 2007 e 2008. Dentre os 104 profissionais que procuraram realizar o curso e concluíram a formação em TCI, até 2010, os enfermeiros representaram um número majoritário, perfazendo o total de 37,5%, como é possível observar no quadro a seguir:

Quadro 1. Formação em TCI em João Pessoa-PB – Turmas 2007 e 2008

| Formação em TCI / Categorias Profissionais | Ano 2007 | Ano 2008 | Total     |
|--|----------|----------|-----------|
| <b>Enfermeiros</b>                         | 24       | 16       | <b>40</b> |
| ACS  | 12       | 13       | 25        |
| Médicos                                    | 04       | 01       | 05        |
| Odontólogos                                | 04       | 08       | 12        |
| ACD  | 02       | 00       | 02        |
| Psicólogos                                 | 02       | 06       | 08        |
| Fisioterapeutas                            | 01       | 00       | 01        |
| Agentes administrativos                    | 01       | 00       | 01        |
| Auxiliares de enfermagem                   | 01       | 00       | 01        |
| Tec. de enfermagem                         | 02       | 01       | 03        |
| Assistentes sociais                        | 01       | 00       | 01        |
| Farmacêuticos                              | 01       | 00       | 01        |
| Recreadores físicos                        | 01       | 01       | 02        |
| Nutricionistas                             | 01       | 01       | 02        |
| Total                                      | 57       | 47       | 104       |

Fonte: MISC-PB, 2011.

Desses 40 enfermeiros, 03 deixaram de trabalhar para o município; 05 atuam na gestão; 02 trabalham na rede hospitalar; 01, no CAPS; 03 são docentes; e 26 atuam na ESF. Atualmente, a rede de Atenção Básica do município de João Pessoa-PB é composta de cinco Distritos Sanitários (DS) com o total de 180 USF; onde se apresenta a seguinte distribuição de enfermeiros terapeutas comunitários: 06, no DS I; 03, no DS II; 13, no DS III; 01, no DS IV; 03, no DS V.

O DS III foi, portanto, escolhido como cenário do estudo devido à existência do maior número (13) de enfermeiros terapeutas comunitários atuantes na Atenção Básica e por fazer parte do local de implantação da Terapia Comunitária Integrativa na capital paraibana. A rede foi constituída por oito enfermeiras terapeutas comunitárias que se propuseram participar voluntariamente; as cinco demais não

constam como colaboradoras, porque 02 estavam de licença médica, e não consegui manter contato com 03, embora tenha tentado exaustivamente; ainda assim, as entrevistas contemplaram os objetivos propostos inicialmente definidos no projeto de H.O.

A estruturação dessa rede se deu por meio dos encontros de terapeutas comunitários promovidos, bimestralmente, pela Secretaria de Saúde do Município e o Polo Formador em TCI, para acompanhar e fortalecer a prática complementar em saúde pública, e o ser terapêutico na vida desses profissionais.

Participar desses momentos foi de fundamental importância para dar seguimento à concretização do presente estudo, pois seus registros constam no caderno de campo. Este é um instrumento empregado como fonte complementar para essa produção: onde contém anotações relevantes sobre impressões pessoais acerca de cada colaboradora, o percurso metodológico e a sequência das entrevistas.

Todo o processo de entrevista foi norteado por três etapas: a pré-entrevista, a entrevista propriamente dita e a pós-entrevista (BOM MEIHY, 2005).

A pré-entrevista correspondeu ao momento de aproximação entre o entrevistador e o colaborador, no qual foram passadas informações sobre o estudo, seus objetivos e o método a ser utilizado para a construção do material empírico. Foi feito o convite para a participação no estudo e marcada a entrevista, de acordo com a disponibilidade do colaborador (BOM MEIHY, 2005). Essa etapa se deu entre os meses de julho e outubro de 2011.

A primeira colaboradora foi selecionada por atender a algumas características que marcam a entrevista “ponto zero”. Sendo ela a conhecedora da história do grupo, poderia indicar outras possíveis colaboradoras, assim formando o que chamamos de rede (BOM MEIHY, 2005, grifo do autor).

Nessa investigação, iniciei pela enfermeira que fez parte ativamente da história da Terapia Comunitária Integrativa na Paraíba, desde quando essa atividade fazia parte do projeto de extensão na USF Ambulantes, unidade em que ainda permanece trabalhando; participou da primeira turma de formação em TCI da Paraíba, em 2007;

e atualmente utiliza essa ferramenta de cuidado como uma atividade desenvolvida para grupos.

No segundo momento, concretizaram-se as entrevistas, propriamente ditas, que foram realizadas no local e hora previamente estabelecidos, com a utilização de uma ficha técnica (Apêndice C) com dados de identificação e o roteiro com as perguntas de corte que conduziram as entrevistas. Para essa investigação, foram elaboradas as seguintes perguntas de corte: Conte para mim como ocorreu sua aproximação com a Terapia Comunitária Integrativa. Descreva para mim quais as contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para a dimensão pessoal e a profissional e com a comunidade. Você tem encontrado alguma dificuldade para desenvolver os encontros de Terapia Comunitária Integrativa na USF?

Para dar curso a essa produção, se é necessário o uso de aparelhos eletrônicos para as gravações das entrevistas; que neste estudo foi utilizada uma máquina filmadora, o que auxiliou na produção do material empírico e na elaboração do tom vital e do texto final, pois permitiu retratar a comunicação não-verbal e aspectos da ambiência, que ajudaram na compreensão para a composição do documento. Três colaboradoras preferiram não gravar sua imagem, decisão que foi prontamente respeitada, seguindo os parâmetros éticos que propõem esta pesquisa.

Vale salientar que, durante a produção do material empírico, como assim considerados no projeto de Historia Oral, para uma relação satisfatória entre pesquisador e colaboradores é necessário que os sujeitos se sintam à vontade em seus relatos orais e estabeleçam, livremente, seus próprios limites e conteúdo de suas narrativas. Para tanto, o pesquisador deve assumir atitude amorosa e discurso claro e objetivo, estabelecendo uma conversa franca, na qual os interlocutores possam expressar seus sentimentos, valores, crenças, opiniões, enfim, suas verdades (DIAS, 2002).

Logo nesta etapa foi assinado o termo livre e esclarecido (APÊNDICE A), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que reconhece a cada participante do estudo a autonomia na escolha de participar ou não, respeitando sua liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento (BRASIL, 1996).

Na História Oral, o material gravado é submetido, em princípio, às fases de transcrição, textualização e transcrição, seguidas pela conferência do material pelo colaborador.

Essas etapas levam em consideração que os códigos da oralidade diferem dos códigos da escrita, para tanto os discursos são respeitados e a mensagem é preservada, sem prejulgamentos ou desvios de impressão, sendo, portanto, consideradas as verdades e versões de cada colaboradora.

Segundo Bom Meihy (2005), em H.O. não existem mentiras, existem versões; o que menos interessa na História Oral é a verdade histórica. As narrativas contadas, os esquecimentos, os saltos narrativos e as mentiras populares são artefatos que incorporam a memória da contação de histórias e transmite a identidade das pessoas.

A fase da *transcrição* se deu pela escuta dos relatos e sua escrita na íntegra, com todos os detalhes contidos na entrevista, a exemplo de momentos de silêncio, pausa, interjeições etc. Então, o material foi cuidadosamente escutado por diversas vezes para não desviar a confiabilidade da entrevista e do instrumento de pesquisa.

Na sequência foi acontecendo o movimento de *textualização*: as perguntas de corte foram suprimidas, além de alguns vícios de linguagem, palavras repetidas, frases sem semântica ou com desvios gramaticais, mas sempre mantendo a identidade do entrevistado, assim o texto passou a ter um caráter narrativo e o colaborador assumiu o papel de protagonista da sua história.

Percebeu-se, nessa fase, a identificação do tom vital da entrevista, ou seja, o tema que tem maior força expressiva dentro do relato do colaborador que foi colocado como frase de epígrafe em cada narrativa. O tom vital organiza todo o texto e serve como um fio condutor que ajuda a construir o texto final, assegurando uma sequência lógica dos fatos e a preservação das ideias.

Por fim, a *transcrição*, fase na qual o entrevistador interfere no texto na perspectiva de transcriar o material textualizado, tornando-o apto à leitura, produzindo o texto final, para ser levado aos colaboradores para conferência. Sendo assim, foi possível elaborar um texto recriado em sua plenitude, ordenando-se os

depoimentos em parágrafos, retirando ou acrescentando palavras ou frases, de acordo com as observações e as anotações realizadas no caderno de campo e a captação, através da filmagem, de informações obtidas pela linguagem não verbal, em que se percebe um pouco da linguagem corporal da colaboradora. Isso se faz importante, pois retratam as entrelínhas dos testemunhos e emoções sentidas no momento da entrevista.

De acordo com Bom Meihy (2005), a reprodução palavra por palavra do depoimento não traduz, necessariamente, a realidade narrativa, pois os sentimentos e emoções sentidas no momento não são verbalizadas e sim percebidas.

No andamento da pós-entrevista manteve-se o vínculo com as colaboradoras, visto que a construção do material seguiu acontecendo e, em seguida, foi encaminhada para o processo de *conferência* junto das colaboradoras.

Nessa etapa, foram feitas as negociações com as poucas alterações sugeridas, no que diz respeito à retirada de termos ou à substituição de palavras que não mudaram o sentido de sua narrativa. Cada colaboradora foi identificada pelo seu nome civil, demonstrando a importância de suas contações para contribuir com o processo de trabalho das enfermeiras da ESF; e pelo uso da sua foto - exceto uma colaboradora que não permitiu o uso de sua imagem no documento. Seguindo os princípios éticos, foi utilizada uma figura representando a enfermagem, como sugerido pela mesma. Cada entrevista foi feita com total respeito ao tempo e espaço das enfermeiras, em algumas vezes, foi preciso remacá-las, para que as limitações do momento não interferissem na contação das histórias.

Todos os relatos foram incluídos de forma integral para melhor interpretação dos leitores, nos quais, inicialmente constam a contextualização da trajetória das enfermeiras a partir de suas formações como terapeutas comunitárias, buscando valorizar suas características pessoais.

Após a aprovação do material e a autorização para uso e publicação do estudo foi permitida mediante assinatura da Carta de Cessão (Apêndice B), documento que define a legalidade ao projeto de História Oral (BOM MEIHY, 2005). Nesse momento, foi entregue para cada colaborador uma cópia do texto final digitalizado,

juntamente com a segunda via da carta de cessão, a fim de respaldar a liberação para publicação.

O texto produzido foi submetido a uma análise temática interpretativa, cuja leitura, por repetidas vezes, permitiu a iluminação e identificação dos eixos temáticos que guiaram um diálogo entre os achados de investigação e a referida literatura. A partir disso, três eixos foram destacados: Eixo I. Motivação das enfermeiras para buscar a formação em Terapia Comunitária Integrativa; Eixo II. Contribuição da formação em TCI para vida pessoal e profissional das enfermeiras; Eixo III. Dificuldades e desafios enfrentados para a implementação da TCI na ESF, sob a ótica das enfermeiras.

O arquivamento das entrevistas deste estudo foi feito em fita de video do tipo IA, sob a guarda e a responsabilidade da Universidade Federal da Paraíba/UFPB, disponíveis no acervo de produção em H.O. do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/ PPGEnf.



## *4. CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS*

Este capítulo revela as histórias de cada colaboradora que se permitiu ser protagonista e resgatar momentos em sua memória, contando suas experiências de trabalhos realizados com grupos utilizando a Terapia Comunitária Integrativa nas Unidades de Saúde da Família, seja como estratégia de cuidado ou como recurso sistemático para outros trabalhos coletivos.

A História Oral oportuniza o resgate dos fragmentos de vida da memória das enfermeiras, a partir do processo de formação em Terapia Comunitária Integrativa e viabiliza as próprias interpretações sobre esse fenômeno. Esse despertar de lembranças retoma os momentos de satisfação enquanto profissionais capazes de promover mudanças, fazendo parte do processo de reestruturação das práticas que fortalecem a humanização do SUS, bem como revela o descontentamento e a impotência diante de alguns obstáculos pessoais e/ou organizativos do sistema.

Inicialmente, as colaboradoras se identificaram como enfermeiras e terapeutas comunitárias, narrando seu trajeto profissional e seu encontro com a Terapia Comunitária Integrativa. Isso revelou a intensidade incomum de cada uma dessas lembranças. As citações ao lado das imagens foram escolhidas pelas colaboradoras como mensagens que representam sua história no tempo presente e, metaforicamente, expressam suas identidades.

Cada encontro foi imperioso para fortalecer a empatia e o sentimento de confiança entre a pesquisadora e as colaboradoras, imprescindíveis no transcorrer da produção empírica.

A solicitude das profissionais para concretizar o presente estudo fomenta a veracidade de que a enfermagem é uma categoria que se destaca nos campos da prática, estudo e pesquisa, cada vez mais preocupada em melhorar o cuidado e transformar o cenário da saúde.

# Socorro Souza



Enfermeira motivada, que transmite muita emoção e verdade quando fala sobre sua capacitação como terapeuta comunitária. Foi pioneira enquanto multiplicadora da Terapia Comunitária Integrativa e traduz essa raiz com intensidade nos encontros. É apaixonada pelo que faz e como faz.

Convidou-me para fazer parte de uma roda que aconteceu debaixo de uma árvore, em uma rua tranquila da comunidade de Mangabeira, cenário perfeito que nos proporcionou um encontro maravilhoso. Depois da roda de TCI, uma moradora da comunidade nos cedeu, com muita gentileza, o quintal de sua casa para nossa conversa, e foi nesse clima cheio de energia positiva que fiz sua entrevista.

*A Terapia Comunitária Integrativa nos dá a possibilidade de perceber e ver através [...]*

*Sou Socorro Souza, enfermeira da Unidade Saúde da Família Ambulante. Faço parte desta comunidade desde 2001 e fiz minha formação de terapeuta comunitária em 2007. Eu me orgulho por ser pioneira, pois, antes mesmo da minha formação, já atuava juntamente com as professoras Maria Filha e Djair, quando elas estavam em seu processo de formação e trouxeram a proposta da Terapia Comunitária Integrativa para nossa comunidade; isso em 2004. Desde então, a gente vem trabalhando com essa estratégia aqui.*

*Antes do PSF, não existiam atividades voltadas para grupos; a gente foi se organizando, a partir da implantação do PSF. Geralmente se trabalhava com o coletivo de*

*maneira improvisada, até porque a comunidade não tinha esse costume e só procurava a unidade em busca de medicamentos, de consulta médica, ou de algum procedimento, mas nunca para atividades em grupo.*

*Eu acredito que talvez antes existisse muita técnica e, por isso, não tinha uma boa aceitação do grupo. Os temas já vinham prontos e ficava aquela coisa: o profissional lá e o usuário cá [...]. Ah! Mas, a partir da Terapia Comunitária Integrativa, ficou muito diferente; porque, quando é feito o convite, e fica aberto para quem quiser participar; as pessoas começam a se chegar e trazer suas próprias necessidades.*

*Então, foi no momento em que surgiu a TCI na comunidade, com as professoras, que houve uma maior aproximação das pessoas - dos usuários - com a equipe. A cada encontro terapêutico, iam surgindo demandas da própria comunidade. Assim os grupos foram se formando, aumentando, e se construindo grupos de hipertensos, gestantes, de pessoas que recebem do programa Bolsa Família, das crianças. Era, a cada roda de TCI, que a gente ia se fortalecendo. Com isso, outras mudanças foram acontecendo.*

*A gente, geralmente, não programava fazer a TCI por grupos específicos - com idosos, com crianças, com adolescentes - vinham pessoas de todas as idades e também alguns colegas de trabalho que se sentiam motivados para encontrar as soluções dos problemas das famílias; além disso, era uma forma de aproximar mais a equipe.*

*Mas, é bom lembrar que a gente sempre teve, e tem, algumas dificuldades; no que diz respeito a formar grupos, principalmente com os hipertensos, porque muitos têm resistência e só vão mais à unidade de saúde em busca da prescrição e da medicação. Mas, tem uns que agora vêm sem mesmo estarem agendados - a procura da Terapia; porque sabem que é importante, que é um espaço em que eles vão aprender a mudar seu estilo de vida! Hoje a gente percebe que tem uma boa adesão, não de 100%, mas, muita gente procura porque gosta, tem respeito e consideração com os profissionais, e vice-versa. Isso me deixa alegre e motivada!*

*O que eu percebi também foi o respeito do usuário comigo, enquanto terapeuta e como enfermeira. A questão é que você se aproxima mais do usuário, conhece melhor a vida dele e seu meio; o que tem sido muito bom e facilitado o meu processo de trabalho.*

*Claro [...], até pelo fato de a escolha de minha profissão como enfermeira já ter maior afinidade com o cuidar; mas, como profissional, a postura era muito assim: profissional-usuário. [...] E nem era usuário, era paciente. A Terapia quebra isso, porque, quando a gente está numa roda e escuta a experiência do outro - que é semelhante a sua - você se coloca no lugar dela e sabe que ali todos somos iguais. Isso me encanta! Apenas estou como facilitadora, e também como profissional, mas a gente se coloca na mesma posição de todos; e assim é possível entender melhor até as dificuldades de adesão aos tratamentos.*

*Digo com toda certeza: A Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado bastante! Principalmente para conseguir formar grupos; como também durante o atendimento no consultório, onde não temos tempo suficiente para escutar e identificar melhor o sofrimento que aquele usuário traz, como: as queixas físicas e suas dores [...]. Mas, quando a gente pára um pouquinho para escutar melhor, percebe que é mais o sofrimento emocional. A Terapia Comunitária Integrativa nos dá a possibilidade de perceber e ver através e, com isso, modificar nossa percepção, tanto como profissional, e muito, enquanto pessoa. A gente sempre escuta dos gestores que é preciso mais humanização, e com a TCI, nessa questão, a gente tem feito muita diferença.*

*Já tive muitas divergências de relacionamento com colegas de equipe, e a estratégia da Terapia Comunitária Integrativa tem me proporcionado uma maior aproximação com essas pessoas. Existem muitas dificuldades no dia a dia, mas nesses encontros, encontramos parceiros para dividir os problemas e descobrir soluções [...]. Assim, quando a gente está lá, naquela fase, perdendo a motivação [...] é só fazer uma roda de TCI que levanta e dá aquele BUM! Então, percebo que estou no caminho certo! Por isso fico motivada e vou em frente para reconstruir meu processo de trabalho.*

*Também têm acontecido mudanças na comunidade, pois, como já tenho uma história longa de rodas de TCI, a gente percebe que aquelas pessoas que não aceitavam os agentes comunitários de saúde em sua casa, ou minhas orientações de enfermeira, sobre o tratamento, já têm mais abertura. Hoje mesmo, a gente escutou na roda um depoimento de uma usuária que fazia outro julgamento a meu respeito: me achava chata [...]. E naquele momento, as diferenças foram possíveis de serem quebradas e todos tivemos a oportunidade de conhecer melhor o outro e se conhecer. Essas situações contribuem para diminuir a distância entre o profissional e o usuário.*

*A Terapia Comunitária Integrativa também tem mudado minha vida em casa, com meu companheiro e meus filhos; agora a gente se entende melhor e consegue crescer juntos.*

*Tudo isso é o que a Terapia Comunitária Integrativa tem representado para mim. Agradeço por ter tido a oportunidade e o privilégio de ser terapeuta comunitária e ter contribuído com essa estratégia para nossa comunidade; onde ela tem feito uma diferença muito grande.*

# *Kalina Cícera*



Uma enfermeira de personalidade forte, que demonstra compromisso e responsabilidade em sua profissão, sempre defendendo aquilo em que acredita. Muito determinada, busca sempre renovar seus conhecimentos e colabora para a formação de outros terapeutas comunitários junto ao polo formador da Paraíba (MISC-PB). Além da formação em Terapia Comunitária Integrativa, fez a capacitação do Cuidando do Cuidador.

É uma profissional que acredita no poder dessa tecnologia como dispositivo de mudança. Num final de tarde, em seu ambiente de trabalho, contou-me sobre as transformações que ocorreram na sua vida e na profissão depois que conheceu a Terapia Comunitária Integrativa. Foi um encontro tranquilo permeado de respeito e confiança.

*[...] na formação em Terapia Comunitária Integrativa, a pessoa passa por um processo de mudança interior; e essa mudança é para a vida inteira.*

*Meu nome é Kalina Cícera Macedo, sou enfermeira há vite anos e, há sete anos, estou na Estratégia de Saúde da Família. Em 2007, tive a oportunidade de fazer um curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa e, desde então, venho atuando como terapeuta comunitária dentro da unidade de saúde relacionada ao cuidado.*

*É muito interessante falar sobre isso. [...] A minha prática com grupos antes da Terapia Comunitária Integrativa era totalmente diferente, porque existia uma formação técnica:*

*quando o usuário vai ouvir o que a gente sabe. Então, as atividades grupais eram voltadas somente para palestras em que eu passava o meu conhecimento, como ‘dona do saber’, para aqueles que não sabiam de nada.*

*Ah! mas hoje, depois do curso de Terapia Comunitária Integrativa, e também por ter vivenciado muitos processos dentro do Programa Saúde da Família, passei a entender que eles sabem. Sou parceira de um processo que é deles e é meu também; agora a gente conversa e troca informações.*

*Infelizmente, no momento não estou fazendo, a TCI, nesta unidade, por conta dos atropelos físicos; mas, na outra unidade de saúde, em que eu trabalhava, a prática acontecia toda semana; quando as pessoas vinham para a roda de terapia e se iniciava uma conversa. Era muito bom! E isso, com certeza, trouxe mudanças [...] inúmeras mudanças, tanto pessoais, como profissionais em minha prática diária; não só nos atendimentos de grupos, como também nos atendimentos individuais.*

*A Terapia Comunitária Integrativa tem me proporcionado entender mais de mim e do outro também. Por exemplo: antes da formação em TCI, numa visita puerperal, eu já ia com meu discurso técnico de dizer que a mãe tinha que amamentar, e ia logo perguntando: Por que você não amamenta? E afirmava: Você tem leite!. Após a Terapia Comunitária Integrativa, a gente muda a forma de abordar as pessoas, porque entende que elas vivem num contexto e têm sentimentos. Entende que elas não são técnicas, é a gente que vem da academia com a mentalidade técnica. Então, agora, a minha forma de abordar é diferente. Hoje eu digo: Mãe, por que você não está conseguindo amamentar? O que está acontecendo?*

*É muito interessante perceber que, quando a gente passa a conviver num grupo de TCI, a comunidade passa a nos ver - profissionais de saúde: Enfermeiros, Médicos, e outros - também seres humanos; que choramos e temos problemas [...]. Isso acontece porque, como é uma partilha, algumas vezes a gente deixa de ser terapeuta comunitária para contar as nossas experiências de vida na roda. Então essas pessoas passam a ser nossos amigos, nossos companheiros do dia a dia. É impressionante como a visão deles muda. Deixam de nos ver como algo tão distante, que ordena para ele fazer; e agora passa a nos enxergar como uma pessoa que está junto e sofre junto. Dessa forma, o vínculo entre nós melhora visivelmente.*

*Paulo Freire trouxe os ensinamentos da educação popular e, aí, Adalberto Barreto encaixou o saber comum na proposta da Terapia Comunitária Integrativa. Realmente, é o que acontece na prática com os grupos; o conhecimento é partilhado, e dessa forma, eles aprendem muito mais; porque a gente está discutindo um problema comum, que é de todo mundo. É diferente de você estar numa palestra e trazer um tema pronto para discutir, por exemplo: Vamos falar hoje sobre hipertensão e diabetes- a hipertensão é lá, lá, lá [...].*

*Quando você está numa roda e uma pessoa apresenta seu problema de diabetes, e é perguntado: Quem aqui mais já sofreu problemas por conta da diabetes?. E, aí, outra diz: Eu também estava, mas fiz assim e resolvi meu problema. Assim, compartilhando as experiências, elas ensinam muito mais do que quando a gente já traz só o saber técnico.*

*Eu me lembrei de um fato engraçado que aconteceu uma vez numa roda de Terapia comum, que tem os mais diversos relatos e problemas [...]: nesse dia, o problema escolhido foi o do piolho que estava na cabeça do menino, e a mãe não sabia mais o que fazer. E, nessa roda, surgiram tantas receitas, que nem eu mesma sabia de algumas, pois não existiam nas minhas literaturas. Tanta coisa da educação popular que a gente acaba aprendendo muito mais do que se troxessem o conhecimento pronto. Eu fico maravilhada em ver aquela diversidade de pessoas e culturas ali reunidas.*

*A Terapia Comunitária Integrativa também dá para ser feita com grupos tradicionais, como: hipertensos, diabéticos, crianças, planejamento familiar; usando-a como técnica; por exemplo: na forma de acolher ou fazer o fechamento das atividades, usando as músicas e dinâmicas integrativas. Atualmente, nessa unidade, estou fazendo isso com os idosos, que, embora o intuito deles seja só diversão, jogos, passeios; eu tenho usado os recursos da TCI como forma de engajamento do grupo.*

*Eu costumo aproveitar minha vivência em Terapia Comunitária Integrativa em tudo que eu vou fazer; tanto no atendimento individual como em grupos, e ainda nas reuniões de equipe. Percebo que a TCI mudou meu processo de trabalho, porque antes eu era enfermeira de formação; e uma enfermeira há 20 anos atrás era formada para ser administradora, uma gerente que manda e os subordinados obedecem. Depois da Terapia Comunitária Integrativa, estou mais feliz e sorrio quando falo que não quero mais este papel de gerente. Eu deixei isso para lá! Agora eu quero ser junto! Eu quero participar e discutir junto, [...] e a equipe também nota essa diferença de comportamento. Eu não sou mais aquela que diz: Isso é certo. Agora faço assim: Gente, vocês acham que isso é certo? Se vocês acharem, vamos votar, a maioria vence. Então, está nesse nível, e foi, com certeza, a TCI que me ensinou e ajudou a agir assim.*

*Ser terapeuta não é só você ir fazer um curso e botar um diploma debaixo do braço: mais um diploma, mais uma formação! Quero deixar a mensagem para quem quer ser um terapeuta comunitário ou quer trabalhar com essa ferramenta: deve saber que, na formação em Terapia Comunitária Integrativa, a pessoa passa por um processo de mudança interior; e essa mudança é para vida inteira. A gente passa a perceber que você não trabalha os outros, você se trabalha junto com os outros. Isso é bonito, é muito digno e eu não quero deixar nunca! Eu sempre costumo dizer: Já sei que quando me aposentar vou me dedicar a ser terapeuta comunitária. Isso é muito bom!*

## *Clotilde*



Enfermeira que tem as virtudes de saber ouvir e falar com franqueza, o que me despertou curiosidade e admiração ao desfrutar da sua companhia. Com muita sinceridade, leveza e humildade contou sua caminhada como terapeuta comunitária e revelou sua tristeza diante das dificuldades para realizar a Terapia Comunitária Integrativa. Mostrou-se disponível a colaborar, partindo da premissa de que este estudo pode contribuir para melhorar a prática dos enfermeiros e dos terapeutas comunitários.

Escolheu como local para a entrevista a Unidade de Saúde da Família Timbó II, na qual é enfermeira da equipe há muitos anos e, portanto, conhece as singularidades de sua comunidade com muita propriedade.

*Como terapeuta comunitária vejo meu crescimento pessoal e no trabalho com grupos [...]*

*Meu nome é Clotilde, trabalho há sete anos junto da comunidade e da mesma equipe na Unidade de Saúde da Família Timbó II. Fiz o curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa na primeira turma, em 2007. Como terapeuta comunitária vejo meu crescimento pessoal e no trabalho com os grupos, porque a gente não deixa de usar o que aprende com a TCI para melhor se comunicar, escutar, sentir, e tocar o outro.*

*Como enfermeira, sempre fui "muito coração" no meu trabalho com a comunidade. É assim desde que eu, praticamente, me formei, mesmo porque eu trabalhava lá em cima nos Bancários e era essa mesma comunidade que eu assistia e ela já me conhecia há muito tempo. Mas eu tinha uma certa dificuldade e não conseguia me abrir; foi a partir da formação em TCI que consegui me soltar mais.*

*A Terapia Comunitária Integrativa mudou minha maneira de trabalhar, inclusive com grupos em que eu sempre senti muita dificuldade em desenvolver atividades. Eu não tinha essa abertura para brincar, conversar, ou fazer dinâmicas [...]; não conseguia me expressar, tocar e sentir o outro. Antes, as atividades coletivas eram feitas através de palestras, de maneira mais parada, e eu não me permitia usar o aconchego. A TCI transforma a nossa maneira de agir com o outro. Mesmo que não faça a Terapia Comunitária Integrativa em si, mas em outras atividades, uso sua técnica ou alguns passos dela. O que me motivou a procurar essa estratégia de cuidado foi, justamente, pensando em superar minha dificuldade de desenvolver trabalhos com os grupos.*

*Fico muito angustiada e sinto tristeza em dizer, que, mesmo depois de tentar de tudo o que foi possível para manter a Terapia Comunitária Integrativa, não conseguimos dar continuidade. Passamos dois anos fazendo as rodas; o que estava dando certo, mas aconteceram algumas quebras no meio do caminho. Paramos algumas vezes devido a mudanças de colegas que faziam a TCI comigo e também pela desmotivação das pessoas em vir para as rodas [...] Isso contribuiu para diminuir a frequência dos grupos.*

*No início, tive um problema com minha primeira companheira, que era ACS da Unidade de Saúde da Família Eucalipto. Por conta da distância das unidades, começaram a existir os desencontros. Então tentei fazer a TCI sozinha, mas, por vezes, os encontros acabavam sendo para a própria equipe, porque a gente convidava, mas ninguém vinha. Isso me deixava bastante desanimada. Muitas vezes, precisei do apoio da equipe para não desanimar, mas foi difícil [...]. Dra. Elizabete foi uma companheira que sempre procurou me fortalecer. Ela é uma pessoa ótima e uma médica que a gente pode contar para tocar tudo juntas, já fazem quase oito anos que estamos no mesmo caminho e no mesmo pensamento.*

*Depois veio a agente comunitária de saúde do Timbó I, que ficou por um tempo na minha unidade. E, nesse mesmo período, ela se inscreveu para fazer o curso, influenciada por mim. Eu dava a maior força e sempre dizia: Vá fazer o curso para me ajudar aqui. E assim ela fez. Tanto é que, mesmo depois de ter voltado à sua unidade, passou algum tempo vindo realizar as rodas comigo. Mas foi, justamente, no período em que a secretaria não admitiu mais que uma pessoa de outra área permanecesse numa área diferente [...], e minha companheira teve que ficar no Timbó I com a enfermeira e a dentista, que também são terapeutas, e eu fiquei aqui sozinha novamente. Acho que não foi por causa da gestão, pois a gente sabia que um dia ela teria que fazer essa retirada.*

*Não foram só espinhos, muitas vezes dava certo. Só que, em outras, ninguém aparecia. Isso me deixava muito triste, porque a gente preparava tudo e as pessoas não vinham, embora a gente convidasse [...]; e não foi por falta de convite, fazíamos no papel, saímos de casa em casa, chamando, explicando que era importante e pedindo permissão; ia convidar os amigos das pessoas, na persistência, sem desistir. Foi aí que surgiu a ideia*

*de tentar fazer de outras formas, como: nas casas das famílias, nos quintais, nas ruas da comunidade [...]; levava lanche, distribuía lembrancinhas, convites, brindes; e nada dava certo! A gente tentou de tudo, mas não deu para continuar. Eu sinto muito! Porque acho que era muito construtivo e muito bom, pois, a partir da Terapia Comunitária Integrativa, vieram muitas transformações, inclusive para a comunidade, onde as pessoas relatavam, dentro e fora das rodas que a Terapia transforma [...]. Traziam depoimentos de pessoas que diziam: Eu era assim e agora estou assim. Acredito que se fosse possível fazer no horário que a gente pode, seria mais fácil ter mantido a TCI nessa continuidade.*

*Desde o ano passado, venho tentando reativar um grupo de idosos, mas a frequência é de oito, cinco, três pessoas [...]. Tem sido muito difícil, não só usar a estratégia da TCI, mas desenvolver outras atividades, inclusive as realizadas pela equipe com o apoio dos alunos do PET Saúde. Olhe que já tive uma turma boa de seis estudantes de fisioterapia e nutrição, que inventavam de tudo para dinamizar as atividades: faziam danças; traziam pessoas de fora, como um professor de educação física para fazer exercícios com eles [...]; atividades bem ecléticas e nem assim a gente conseguiu!*

*Na verdade, a comunidade tem esse problema de manter um vínculo com grupos [...]. Essa comunidade é maravilhosa de trabalhar, mas é como se fosse uma cidade do interior, onde todo mundo sabe da vida de todo mundo. Aqui as pessoas têm desconfiança para falar sobre sua vida; por entenderem que na TCI as pessoas podem escutar alguns assuntos e saírem falando, como um fuxico. Começaram a se perguntar: Eu vou me abrir para quê? Para sair comentários? A gente fala e depois o povo sai falando” [...]. Então as mulheres e os idosos, maioria nos grupos, começaram a se afastar. Mesmo que a gente explicasse de que se trata a TCI, ainda ficou difícil fazer as pessoas falarem. Eu acredito que isso vem muito da cultura.*

*Fico angustiada quando noto que as pessoas carecem ser ouvidas. Muitas vezes, as pessoas precisam de uma conversa e, por isso, procuram individualmente, numa consulta, desabafar seus problemas, que não são poucos! Por isso, mais uma vez tentamos fazer diferente, não mais com grupos formados, mas aqui dentro da unidade com as pessoas que iam chegando para serem atendidas; na sala de espera, onde a gente chamava para conversar e não usava o termo terapia. Quem chegava, a gente dizia: Antes da consulta venha aqui para nossa roda de conversa. [...] Infelizmente, também assim não deu certo.*

*Eu ficava cada vez mais preocupada. Engraçado, nas intervisões, às vezes, me via constrangida e me perguntando se o problema era só comigo; já que ouvia as colegas dizerem que tudo estava muito bom. A todo momento, me questionava: Meu Deus! Será que a culpa é minha?! Que sou eu que não estou conseguindo? E me lamentava por pensar que não estava sendo convincente, mas percebia que minha companheira sentia essa mesma dificuldade. Ironicamente, eu já vi muitas colegas chegarem a dizer: Não, Tá ótimo!. Mas*

*depois tive conhecimento de que não está nada bom. Ora, não gosto disso! Para mim, se o negócio deu certo, deu! Não deu, então estou tendo algum problema, preciso de ajuda e de apoio. Hoje me sinto à vontade em dizer que isso não é mais constrangimento para mim, porque tenho consciência de que tentei tudo que estava ao meu alcance.*

*Fico mais triste ainda, porque sei que a Terapia Comunitária Integrativa transforma e poderia melhorar ainda mais meu trabalho. Depois da formação, houve mudanças na minha maneira de trabalhar e nas relações com a equipe [...]. Tenho usado o que aprendi no curso de TCI até mesmo para a condução de nossas reuniões de equipe, por exemplo: aquelas massagens, músicas, e a magia do abraço [...]. Veja que coincidência, hoje mesmo, a gente estava comentando sobre uma companheira que saiu daqui e não gostava muito de abraçar; quando a gente ia abraçá-la, era aquele abraço duro, seco; e depois que se começou com a história do abraço na TCI, ela findou abraçando numa boa. Também outra colega que não gostava muito da Terapia, porque achava que estava errado se meter na vida do povo; quando participava das reuniões, ela mesma falava facilmente sobre sua vida e chorava com seus acontecimentos.*

*Outras transformações vieram, no que diz respeito à tolerância com os colegas. Devido à convivência no dia a dia e as diferenças, existiam alguns desentendimentos. Claro, são diferentes pessoas que dividem o mesmo pequeno espaço o dia todo. Eu costumo dizer que minha família é aqui, porque vou para casa almoçar e dormir. A gente, enfermeira que trabalha em PSF, passa o maior tempo da nossa vida junto da comunidade e da equipe, portanto, a equipe tem que ser unida. É como Dra. Elizabete sempre diz: "Clotilde, aqui a gente não pode ter raiva um do outro, porque é muito pequenininho, mesmo com raiva a gente acaba se esbarrando e tendo que pedir desculpas". Lembro que um dia aconteceu uma situação inesperada comigo. Num de nossos encontros terapêuticos, uma colega se abriu e disse assim: Olha eu estou passando por isso, porque você é assim". Mas, nesse momento, a gente teve oportunidade de se explicar. Ou seja, a Terapia trouxe mudanças para dentro da equipe e nossas relações melhoraram.*

*Posso dizer que a Terapia Comunitária Integrativa me transformou, porque eu era muito fechada, e foi ela que ajudou a trabalhar minha introspecção, para melhorar na comunicação. Mudou minha vida social também, mas a maior mudança foi profissional, houve mais aproximação com a comunidade e a equipe; além disso, os outros profissionais também mudaram junto.*

## Isabela



Enfermeira dinâmica e extrovertida, que gosta de interagir com as pessoas; assim consegue ser amiga da comunidade. Convidou-me para ficar ao seu lado durante os últimos atendimentos de mais um dia de trabalho, os quais antecederam a entrevista; isso me permitiu perceber que exerce sua profissão com amor, e sua fé decide suas atitudes, por isso é tão humana e prestativa. Nossa longo encontro transcorreu em um clima de alegria e intimidade, que mais parecia uma conversa de comadres. Foi maravilhoso escutar suas experiências e tentativas para fazer valer seu compromisso.

*Depois da formação em TCI, eu sei que não sei de tudo e tenho muito que aprender [...]*

*Eu sou Isabela, enfermeira aqui do Cidade Verde IV, unidade integrada. Fiz a minha capacitação em Terapia Comunitária Integrativa na segunda turma aqui em João Pessoa-PB, em 2008. Vim de uma cultura católica bem fechada e restrita a uma única visão: família, marido, e igreja católica. Hoje, depois da Terapia Comunitária Integrativa, posso questionar algumas coisas, porque vejo diferente e mais horizontal. Enxergo o outro sem me preocupar de qual religião, ou de que formação, ou de que categoria social ele faz parte.*

*Eu não escolhi à toa minha profissão – enfermagem. O cuidar do outro já fazia parte da minha essência, porque eu sempre fui ‘muito gente’. Mas, só depois da TCI, percebo que consigo direcionar melhor o meu olhar e entender o que está por trás do sentimento e da subjetividade de cada pessoa; o que ela traz de bom e de ruim também. Consigo ter um trabalho melhor, viver melhor pessoalmente, com minha família e com amigos.*

*Me formei há mais ou menos doze anos, e a maior parte desse tempo trabalhei na saúde da família. Primeiro foi em Porto da Folha-SE, onde passei 7 meses. Neste período, tive alguns atropelos na vida, sofri um acidente [...]. Depois eu fui para Piancó-PB, mas sempre querendo chegar a João Pessoa-PB, porque eu queria me casar e trabalhar aqui [...]. Segui para Livramento-PB, Belém de Caiçara-PB, Sertãozinho-PB [...] e, finalmente, Campina Grande-PB e João Pessoa-PB. Quando, paralelamente, fiz uma residência em Saúde da Família em João Pessoa-PB, que durou dois anos, e conheci uma médica que trabalhava no Grotão. Um exemplo para mim como perfil de profissional nesse campo da saúde comunitária. Nisso, já faz 4 anos em outubro que estou aqui no município.*

*Minha prática mudou muito de 2008 para cá. Antes de conhecer a Terapia Comunitária Integrativa, eu já percebia que o trabalho em João Pessoa era diferente. Então, comecei a me adequar a esse meio, mas eu não sabia viver isso, foi só depois da TCI que eu aprendi como fazer. Nesses anos em que trabalho aqui, percebi, que a gestão do município tem uma visão diferente; já pensa nas terapias alternativas e vem investindo nos profissionais com curso de Terapia Comunitária Integrativa e, por isso, me sinto extremamente responsável pelo meu trabalho. Essa capacitação foi muito rica para mim, porque aprendi e vi coisas que eu nem sabia existir. Sabia, mas não sabia como era! Percebi que mudei a forma de enxergar minha cultura, na qual fui criada [...] aquela visão da igreja católica, que é vertical na suas doutrinas, que vêm de cima para baixo a ordem do papa, do bispo [...].*

*Com a TCI, aprendi que existe outra forma de olhar o outro e sinto que sou outra pessoa, e outra enfermeira também. A gente saía da academia, na minha época, com a formação, teoricamente, da visão holística, mas a prática completamente centrada na doença. Hoje eu já percebo que a formação de estudante está com uma visão completamente diferente; sei disso, porque acompanho os alunos de enfermagem da UFPB no estágio supervisionado. Então, como eu não vivi essa prática na faculdade, com certeza, só mudei meu agir com a TCI. Agora minha visão é centrada na pessoa.*

*Fui treinada para transmitir um conhecimento de forma expositiva mesmo, só passando a teoria sem me preocupar se as pessoas estavam aprendendo ou não. Era apenas uma transmissão de conteúdo; depois da TCI, isso mudou, porque agora faço parte do processo de aprendizagem de saúde/doença, e estou aprendendo junto; brincando junto com o certo e o formal. Depois da formação em TCI, eu sei que não sei de tudo e tenho muito que aprender com aquela pessoa que tem nível de formação bem baixo e, talvez, não sabia nem ler e escrever!*

*Na minha vivência antes da Terapia, as atividades nos grupos eram feitas do jeito que fui treinada; de forma expositiva. Em Piancó, onde trabalhei por mais tempo, a gente tinha grupo de gestantes e de hipertensos. Naquela época, ainda não tinha uma visão horizontal; a gente reunia as pessoas em alguma associação da cidade, ou mesmo no PSF, fazia sala*

*de espera com o profissional em pé, colocava um tema expositivamente, só atividade educativa, só sala de espera, geralmente, em pé expondo; alguma coisa; distribuía panfletos e pronto! Era muito restrito a isso. Antes, a gente era formada para incutir conteúdo na cabeça do povo: sexo seguro com camisinha, exame de citológico para prevenir o câncer de útero. Não conseguia enxergar as pessoas como um todo; só via a doença que ela tinha, o pré-natal para fazer, o citológico para colher, a criança para fazer puericultura; e, às vezes, nem acontecia, nem conversava direito com a mãe. Hoje, não! Já sento e converso de maneira bem mais informal, mas não deixa de ter a formalidade de que necessita a educação em saúde. Acredito muito na Terapia Comunitária Integrativa, na técnica de ficar em roda, de todos estarem se olhando, convivendo e observando mais o outro; não existe outra forma melhor de trabalhar. Aprendi com a TCI essa nova maneira de desenvolver atividades com muitas pessoas, e não necessariamente só com grupo formado; faço assim também nas reuniões de equipe.*

*Quando eu comecei o curso em TCI, estava trabalhando no PSF do Distrito Mecânico. Mas lá não tive apoio da equipe, porque não aceitavam a Terapia, principalmente os ACSs, a quem eu pedia para convidar a comunidade, mas eles não colaboravam de jeito nenhum. Então eu ia, de casa em casa deixando o convite para quem já tinha vínculo. Assim, ainda consegui fazer alguns encontros terapêuticos no serviço e, também no AA, com outro companheiro de curso, mas às vezes não ia ninguém. Tentei fazer no dia do Hiperdia, em outros territórios do Distrito IV, mas não deu certo. Depois fui trabalhar na USF Nova União, onde não existiam grupos formados. Antes da TCI, o que a gente fazia todo mês, por cada microárea, eram as reuniões com hipertensos e diabéticos para passar de forma expositiva um assunto e depois tinha o lanche [...]. Me lembro de que, quando me transferiram para USF Nova União, fiquei super feliz porque sabia que lá tinha uma terapeuta em formação e, como era uma unidade integrada, tinha muitos profissionais, então não ia faltar gente para fazer as rodas. Mas me decepcionei, porque a equipe não colaborou. Existiam quatro equipes com mais 30 ACS; se cada um convidasse uma pessoa, a roda dava certo, mas não houve cooperação e não consegui! Teve vezes de aparecerem só duas, três pessoas [...]; minhas tentativas de fazer rodas de Terapias foram quase todas falhas. A gente tentou fazer com os trabalhadores para sensibilizá-los; existiam quase setenta, mas compareciam dez ou quinze, no máximo. Isso me deixa indignada, porque, apesar de no curso termos sido orientados sobre a questão de sensibilizar a equipe, a gente não estava conseguindo. Como foi difícil! Meu Deus do céu! Acho que todo mundo deveria fazer o curso para sentir e saber o que é, como a TCI ajuda; como é importante [...]. No curso, a gente escuta os depoimentos de pessoas que mudaram, que param de tomar remédios controlados e outros testemunhos fabulosos! A orientação era de realizar as rodas terapêuticas na USF que a*

*gente trabalhava, mas era complicado. Então, para concluir o curso, tive que fazer TCI em outros grupos, como na igreja e até no meu condomínio.*

*Quando eu cheguei na unidade Cidade Verde, eu disse: Aqui eu vou conseguir!, porque eu encontrei uma médica terapeuta comunitária formada lá no Ceará que trabalhava no “Raízes”; na época, era a “Casa da Paz”, uma instituição que cuida de dependentes químicos que se interessam pelo tratamento e ficam por vontade própria. Ela já fazia Terapia Comunitária Integrativa com esse grupo, e a gente combinou de fazer juntas, mas, ironicamente, não cheguei a fazer nenhuma! Isso devido aos desencontros e falta de planejamento; por exemplo: nas quintas, que tenho um ‘monte’ de citológico para fazer; eu não ia sair e deixar meu compromisso para com as mulheres. Então, ‘não rolou’, porque para mim, tem que ter planejamento; essa é uma etapa muito importante da TCI que não pode deixar de ser feita.*

*Tentei fazer aqui na própria USF, mas a demanda é enorme! É um sufoco grande! Faltam dias para eu atender: se tivesse dez dias na semana, ainda era insuficiente. Então tive pouca oportunidade para desenvolver a Terapia Comunitária Integrativa. Ainda me organizei para fazer com um grupo de idosos, mas não consegui! Olhe que esse grupo é intenso, coordenado pela dentista. Toda terça à tarde se encontram para fazer diversas atividades, como: comemorar os aniversariantes do mês; realizar brincadeiras; atividades educativas; dinâmicas; filmes; passeios; trabalhos manuais; terapias ocupacionais; no intuito de desenvolver autoestima; mas, infelizmente, é no mesmo dia em que estou com os estudantes do PET Saúde. Nas vezes em que participei desse grupo, foi com esses alunos, quando usei algumas dinâmicas da TCI, a exemplo de um dia em que a gente fez o tema ‘voltando a ser criança’, estimulando as brincadeiras de infância, como: passa o anel, cai no poço, essas assim. Também já trabalhei com os temas diabetes e hipertensão, mas através de conversa em roda, como ensina a técnica da TCI. Só que, quando fiz o convite para fazermos uma roda de Terapia Comunitária Integrativa, eles disseram não aguentar mais. Isso me deixou impressionada e triste, porque para mim era o grupo certo para desenvolver essa estratégia de cuidado. Na verdade, a dentista já tinha até me alertado que eles já fizeram várias vezes e reclamaram muito, porque estava ficando desanimado. Eu acredito que essa desmotivação do grupo veio da maneira como foram conduzidos os encontros. Não sei, nem imagino quem foram os terapeutas comunitários. Talvez, uma condução, num momento infeliz, mas alguma coisa aconteceu para eles não gostarem! Quem sou eu como terapeuta para dizer isso?! Nossa, como isso me desestimulou!*

*Hoje mesmo, vai ter uma atividade com o PET, com as crianças daqui da creche; e eu estou tentando formar um grupo com elas; o que também não está sendo muito fácil, porque são crianças de todas as áreas. Vamos lá para desenvolver ações de educação em saúde, com fantoche, com conversas, sempre em roda, ou trazendo outros profissionais; só assim a*

*gente consegue prender mais a atenção, porque fica mais descontraído. Lembro que um dia a gente levou um profissional de educação física que entendia sobre o lixo reciclável, e passou o conteúdo usando dinâmicas.*

*A Terapia Comunitária Integrativa mudou muito meu processo de trabalho, me fez observar mais os problemas do outro, o que está por trás daquela fala do usuário [...]. Sou terapeuta comunitária e não tenho conseguido desenvolver as TCI, mas, individualmente, isso acontece todos os dias no atendimento; numa escuta mais qualificada em que posso perceber o que realmente está fazendo mal e mexendo com ele [...]. Por exemplo, dona Maria, ela vinha aqui doente todos os dias, de manhã e de tarde; já chegava com raiva, porque não conseguia atendimento com a médica. Então, eu comecei a conquistá-la: eu vinha, conversava e tentava resolver seu problema. Depois de muita escuta, hoje ela só aparece uma vez na vida para pegar sua receita controlada e agora ela é outra pessoa, já chega me chamando de minha querida. Isso mostra que o diálogo aumenta o vínculo e o respeito também!*

*A gente começa a saber lidar melhor com os relacionamentos. Mudou meu comportamento completamente! Lembro que, no auge da minha formação, eu estava com um problema sério na equipe no PSF, com ACS e com as coisas rotineiras do enfermeiro; mas, se eu não tivesse vivendo o curso, talvez meu comportamento fosse outro, teria perdido a cabeça mais fácil e não conseguiria me controlar para resolver o problema sem maiores proporções. Hoje, aqui, nunca vou ter esses problemas novamente, com certeza! Agora consigo lidar melhor com as relações de hierarquia, porque elas existem e devem existir, já que fazem parte da organização do sistema. Na verdade, o que aconteceu é que, embora meu temperamento nunca tenha sido autoritário, fui cobrada e tive que cobrar dos meus colegas para não me prejudicar. Aqui, ajo diferente, tento pedir opiniões, sugestões e nunca chegar com a decisão já tomada.*

*Com certeza, a Terapia Comunitária Integrativa mexeu na minha profissão e como pessoa também; até em casa, com minhas filhas, está sendo diferente. Às vezes, a gente está estressada, perde a paciência, porque passa o dia trabalhando, esquentando a cabeça, chega em casa e tem mais problemas e outras coisas para resolver. Ufa! Hoje mesmo aconteceu um fato que fico muito emocionada em lembrar: eu perdi a paciência com a minha filha mais velha, que encheu seus olhos de lágrimas e se encostou no canto, porque não lhe dei a atenção que merecia, mas parei e conversei e então nos entendemos e [...] já passou!*

*Na verdade estou muito desestimulada e triste, porque eu vi na Terapia Comunitária Integrativa que a gente é terapeutizada! Estou preocupada! Me sinto culpada e responsável porque investiram muito na gente, mas eu quero fazer parte!*

## Lara



Enfermeira jovem e determinada, que de maneira concisa contou suas experiências como terapeuta comunitária em diferentes tipos de grupos e revelou a dificuldade em trabalhar a Terapia Comunitária Integrativa na ambência da Unidade de Saúde, devido a uma cultura que estigmatiza o adoecimento mental. Demonstra saudade e fala com orgulho e muito carinho de sua terra natal, onde teve oportunidade de trabalhar com essa ferramenta.

Mostrou-se disponível como colaboradora, mesmo com a sobrecarga de atividades burocráticas. Foi objetiva em suas palavras, mas revelou as nuances de história como terapeuta comunitária e a sua importância como prática de educação em saúde.

*[...] depois do curso de TCI, a gente trabalha totalmente diferente, porque ela ajuda a passar educação em saúde [...]*

*Sou lara, me formei em 2008. Atuei seis meses num hospital, logo depois comecei a trabalhar em PSF e, há mais ou menos seis meses, vim para João Pessoa-PB. Sou terapeuta comunitária desde junho 2009. Na época em que iniciei o curso de Terapia Comunitária Integrativa, trabalhava no município de Santa Luzia-PB, mas fiz a formação em Souza-PB quando teve uma integração do MISC Paraíba com a UFPB. Quem estava como facilitadoras eram as professoras Djair, Maria Filha e Irmã Ana.*

*Desde a formação do curso, da primeira intervisão, a gente saiu fazendo Terapia Comunitária Integrativa junto à equipe de saúde da família da unidade Frei Damião, em que eu trabalhava, no município de Santa Luzia-PB. As rodas aconteciam num grupo fixo de*

*idosos, e a gente também fazia nas escolas com os funcionários e os estudantes, adolescentes e crianças, e ainda na reunião de grupos de igrejas.*

*As experiências com essa tecnologia de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, só tive até 2010, porque de lá para cá, saí de Santa Luzia-PB e vim para João Pessoa-PB. Desde que cheguei, em fevereiro de 2011, não consegui fazer TCI nessa unidade porque não encontrei nenhum terapeuta para fazer parceria. E como as rodas têm que ser feitas em duplas, ainda estou sozinha. Mas fui para dois encontros de terapeutas comunitários do município e fiquei contente em descobrir que minha nova apoiadora também é terapeuta. Anseio que, em breve, a gente comece a fazer nossas rodas de TCI.*

*Antes eu já fazia atividades de grupos, mas não era como depois da formação em TCI. A técnica da reunião de grupos ficava direcionada, praticamente, a passar informação, só com palestras sobre um tema abordado como: hipertensão, diabetes, aleitamento materno e depois se fazia um lanche. Mas depois do curso de TCI, a gente trabalha totalmente diferente, porque ela ajuda a passar educação em saúde.*

*Em Santa Luzia-PB, nosso trabalho acontecia com os diferentes grupos, e cada um tinha sua metodologia, por exemplo: os idosos entendem algumas coisas de maneira diferente; já com as crianças tem que ser usada uma linguagem diferente. Mas, os impactos da TCI foram os mesmos, principalmente no que diz respeito a sentir apoio e saírem mais fortalecidos para enfrentar suas situações. Nas Terapias, todos entendiam quando falávamos que, ao guardar nossas angústias, podemos trazer doenças; e aí eles começam a compreender o porquê de sentir tanta dor de cabeça.*

*A grande dificuldade está em fixar um grupo só para fazer a Terapia Comunitária Integrativa. Eu acredito ser uma dificuldade de todos os terapeutas, porque pode acontecer de ficarem monótonas, repetitivas, com as mesmas pessoas; e aí esses grupos acabarem se evadindo. Tanto é que, lá no outro PSF, às vezes nos encontros dava muita gente; e em outros, quase ninguém. Notei que as pessoas entendiam que só precisava participar das reuniões quem precisa de tratamento mental. Trabalhar as rodas com grupos dentro do PSF as vinculava a doença e, geralmente, isso acontecia com pessoas que não tinham conhecimento de como funcionavam as rodas. Então, a gente buscou fazer em outros locais: nas ruas; nas calçadas; na mesma área da unidade, à noite; numa associação. Assim o povo ia e a gente conseguia fazer muitas rodas de TCI desse jeito. Nas escolas, funcionou bem melhor. Fizemos em vários momentos: no dia de comemoração do dia das mães, das crianças; em sala de aula, principalmente, com adultos. Eles gostavam e sempre pediam mais. Era bem difícil acontecer na própria unidade de saúde, pois tinha aquele pensamento de só precisar da Terapia quem tem problema mental, mas a gente sabe que não é assim. Ah! como é difícil manter um grupo só de Terapia Comunitária Integrativa; eu acho que é a questão cultural mesmo.*

*Aqui temos um grupo de idosos que, no momento, está parado. Quando cheguei na unidade, tentei reativar o grupo com um passeio, fiz ainda uma TCI e realizei a festa de São João, mas depois do recesso das festas juninas o grupo desativou! Pretendemos renová-lo e também formar um outro de gestante. Hoje em dia, costumo trabalhar com grupos através de passeios, brincadeiras e ainda faço palestras, mas com outra abordagem. Embora não esteja fazendo a Terapia Comunitária Integrativa propriamente dita, com todos seus passos, utilizei o que aprendi com ela, como as danças e as dinâmicas de acolhimento; até mesmo para criar um vínculo; o que tem dado certo, pois a gente percebe essa mudança, e, agora, é totalmente diferente!*

*A TCI é isso mesmo, uma teia onde ocorre a troca de saberes e um ajuda o outro através de suas experiências de vida. Ela tem muito a ver com a enfermagem: é o cuidado, não só a medicação, não só a terapêutica. Existe o espaço para a escuta atenta, o ouvir e a partilha do sofrimento com outro. É muito bom perceber essa troca de conhecimento, porque todo mundo pode sempre passar um saber; e acreditar que, mesmo vivendo momentos ruins, ou passando pela maior tragédia, se pode tirar o lado positivo disso; tirar qual foi a lição. Isso é uma das coisas mais fortes que levo para minha vida. Percebo que agora as pessoas se sentem apoiadas e recebem mais carinho.*

*No curso, aprendi que devemos tentar conseguir respeitar nossos próprios limites! Sei que eu não sou ‘o salvador da pátria’, que sou humana do mesmo jeito. Após a formação em TCI houve também mudanças na minha maneira de trabalhar; hoje vejo que consigo ser compreensiva e enxergar mais o lado do usuário; tento me colocar no seu lugar para não julgá-lo. Acho que esse foi meu maior aprendizado: não julgar. Depois da TCI, eu aprendi a não ter pré-julgamentos de ninguém, principalmente, em mudanças de trabalhos ou com profissionais ou com usuários. Posso dizer que estou mais sensível, mais amorosa, mais carinhosa, mais compreensiva, mais solidária. Foi a partir do curso, que compreendi minha dificuldade em dizer o “não”, como dizer “não” sem machucar o outro. Mas tenho trabalhado essa questão e, até já consegui evoluir um pouquinho, embora ainda considere uma barreira em minha vida.*

*Quanto à comunidade, retomo à unidade lá de Santa Luzia-PB, já que foi lá que desenvolvi as TCI. Eles gostavam muito e todo mundo sente falta. Sei disso, porque, quando volto lá, todos têm um maior carinho em consequência do vínculo muito forte que criamos. Nossa! Como sinto saudades de minha cidade e da minha companheira de roda. Quando vim para cá, ela teve que ficar sozinha dando continuidade à TCI.*

*Deixo aqui registrada minha vontade de ter mais encontros entre os terapeutas comunitários, pois eles nos permitem reviver os momentos de formação e trabalhar nossas angústias, nossos sapos da vida; isso pode fortalecer nosso trabalho e dar mais motivação para continuarmos tentando realizar as rodas de Terapia Comunitária Integrativa.*

## Nelmira



Mulher, enfermeira, mãe forte e madura que confia em Deus, em si, e nas pessoas. Sua história conta o poder de resiliência despertada nos participantes da Terapia Comunitária Integrativa, e como uma decisão na vida pode ser o impulso para uma transformação de comportamentos.

Escolheu a Unidade de Saúde em que trabalha para nosso encontro, imprevisivelmente emocionante, que transcorreu numa atmosfera de muita serenidade, mesmo depois de um exaustivo dia de trabalho.

*Depois da TCI, houve uma mudança geral em tudo que está em volta. Hoje sou um ser humano muito melhor!*

***Meu nome é Nelmira. Em 1995, fui formada em enfermagem e, desde 1998, tenho experiência com atenção básica. Já, há seis anos, venho trabalhando na Unidade de Saúde da Família em Mangabeira VII; sendo que, em 2007, fiz a minha formação em Terapia Comunitária Integrativa e, desde então, iniciei aqui na unidade.***

*Durante esse período de experiência, a gente tentou formar alguns grupos, só que não foram muito adiante, porque sempre as pessoas começam a se desvincular um pouquinho. Acredito que, para a gente fazer e ajudar a conduzir um grupo, precisa de equipe, de pessoas motivadas, e isso falta por aqui. Sempre fui eu e a dentista, também terapeuta comunitária, que tomamos a frente das atividades na unidade.*

*Antes da Terapia Comunitária Integrativa, não existiam grupos. A partir dela, formamos o nosso grupo. Tudo partiu da Terapia Comunitária Integrativa, até porque não*

*tenho nenhum outro curso de formação complementar. A parte da educação em saúde era feita aqui na unidade, através de sala de espera ou ações de saúde, que fazíamos com palestras e passando DVD; ou no espaço que a gente tinha na comunidade, como a igreja e uma palhoça próximo daqui, na forma de campanhas, como as de hanseníase e dengue, e distribuindo material educativo. Por vezes fazíamos atividades noturnas, ou convidávamos outros profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, o pessoal do Centro 3 de março, ou do apoio, para vir fazer algumas oficinas, um dia especial, como no 'Dia da Mulher', em que convidamos as gestantes para falar sobre assuntos relacionados à gestação. Mas sempre feitas da forma tradicional, só falando, expondo uma cartolina e transmitindo conhecimento de cima para baixo.*

*Depois da TCI, isso mudou, porque vejo que interagindo com eles é bem melhor. Agora temos um grupo bem diversificado, na maioria de idosos, mas tem gente de todas as idades, que vem participar das nossas atividades, inclusive da Terapia Comunitária Integrativa. Eles também são convidados para fazer parte do planejamento das ações e pedimos opiniões sobre que atividades interessam a eles; e essa forma de trabalhar com grupos foi depois da TCI.*

*Quando iniciamos as Terapias na comunidade, não tínhamos espaço para fazer as rodas, então íamos para duas igrejas evangélicas daqui da comunidade, para a ESPEP (escola) e para uma palhoça aqui perto. Depois de algum tempo, a gente teve conhecimento dos comentários que algumas pessoas deixaram de frequentar por estarmos fazendo numa igreja evangélica. Então procuramos usar o espaço da Escola Pintando o Sete, aqui próximo, mas só podíamos ir em período de férias dos alunos. Tentamos levar as rodas para aqui dentro da unidade, mas a Terapia Comunitária Integrativa ficava sendo quebrada nos momentos mais importantes, porque sempre chegava gente para ser atendido, e aí eu tinha que me levantar: Como pode, eu como terapeuta ter que sair da roda?! Também não tínhamos privacidade, e algumas pessoas se inibiam de falar, porque estávamos em um lugar aberto, e outras pessoas chegavam a todo instante. Isso fez a gente repensar [...]. Foi quando ficou pronto o Centro Comunitário, e lá pudemos dar continuidade. O que acho engraçado é que, depois de algum tempo, as pessoas começaram a reclamar que era um pouco longe e se distanciaram um pouco. A gente fica sem entender mesmo, mas é nesse Centro Comunitário onde todas as nossas atividades coletivas são feitas.*

*Os encontros de TCI, durante esses anos todos, aconteciam semanalmente ou quinzenalmente; só parávamos em período de férias, geralmente, porque alguns profissionais também tiravam férias, e a própria comunidade se ausentava. Mas, passado esse tempo, a gente retornava ao trabalho. Infelizmente, no mês de julho desse ano, nós paramos e não conseguimos mais retornar! Com certeza, devido às dificuldades que a gente tem enfrentado. Eu me encontro, desde o mês de abril, sem o profissional médico na*

*unidade, e passei um período curto, também, sem o técnico de enfermagem. Fiquei trabalhando só, o que apertou muito a demanda e aumentou o fluxo de trabalho aqui na unidade. Na verdade, a gente acaba se sobrecarregando, porque trabalha com indicadores e metas, como pede o sistema.*

*Fora isso, mais ninguém da equipe quis enfrentar e tentar ir conduzindo o grupo adiante. Se espera muito de mim e da dentista, porque somos parceiras em todos os trabalhos que vamos fazer aqui dentro: se nós planejávamos, a coisa acontecia; mas se não fizéssemos nada, então nada acontecia! E foi o que aconteceu, as pessoas foram se afastando um pouquinho. Estou muito triste! Ora, fazer TCI requer um empenho, tempo e planejamento da equipe e da comunidade também. Para que a gente possa fazer um trabalho legal, precisa sentar, procurar uma dinâmica, fazer os convites, convidar as pessoas. Notei que também faltou compromisso da comunidade que participava do planejamento das atividades: se fosse passeio e diversão, era aquela multidão, mas se fosse atividade de saúde educativa ou a Terapia, a quantidade de gente era bem reduzida - cada um com suas desculpas, aquela coisa toda. Conversando com a dentista, decidimos nem sempre fazer prontamente como eles pediam [...]. A gente vai ficando triste com o próprio grupo. Mas, com certeza, posso dizer que a Terapia Comunitária Integrativa foi o que nos aproximou e trouxe mais vínculo com a comunidade, porque a TCI nos fez conhecer um pouquinho da história de cada um; a história do sofrimento da cada um. Durante as rodas, tudo era compartilhado: as dores, as alegrias e os acontecimentos bons, porque não só falávamos de tristeza.*

*Antes da minha formação como terapeuta comunitária, eu vivia muito incomodada. Era uma pessoa que tinha dificuldades para falar dos meus sentimentos e sobre minha dor, mas aprendi no curso a botar isso um pouquinho para fora. Nas Terapias que eu fazia, houve momentos em que eu falei também, e deixei de ser terapeuta para abrir minha dor. Isso me ajudou a responder um problema muito grande que eu tinha na minha vida. Eu era uma pessoa muito infeliz, porque minha filha não morava comigo. A minha mãe tomava conta dela, e eu já não sabia como trazê-la para perto de mim novamente. Fico emocionada quando lembro do sofrimento que passamos: a minha mãe ficou viúva, e eu morria de pena de tirar minha filha de perto dela, mas, ao mesmo tempo, era como se faltasse um pedaço de mim! Conseguí trazê-la ainda com cinco anos de idade, e recuperei a tempo aquele vínculo de mãe e filha, que a gente estava quase perdendo. Tenho plena convicção de que foram a Terapia Comunitária Integrativa e as pessoas que lá estavam e compartilharam essa dor comigo, que me impulsionaram a tomar decisão, ter coragem, a fazer o enfrentamento, e assim consegui resolver minha situação, graças Deus!*

*Depois da TCI, houve uma mudança geral em tudo que está em volta. Hoje sou um ser humano muito melhor! [...]. Foi uma mudança no meu comportamento: estou mais*

*paciente, capaz de ouvir as pessoas e não me estresso com pouca coisa. Antes eu era agitada e vivia um grande problema: atropelava a fala e não escutava as pessoa direito. Trabalhar isso, com certeza, foi um grande passo para mim como enfermeira, porque refletiu no meu processo de trabalho. Como a enfermeira é também responsável pela administração, minha abordagem com a equipe melhorou; agora a gente conversa para resolver um problema individualmente, antes de expor para o grupão.*

*Eu sempre me achei uma profissional humanizada com o paciente, mas talvez fosse mais técnica e não tivesse esse olhar que tenho hoje. A TCI me fez trabalhar a escuta; agora sou capaz de sentir e ver qual o sentimento e a dor que a pessoa traz no momento da Terapia Comunitária Integrativa e dentro do consultório. É muitas vezes, no consultório, que as pessoas vêm conversar sobre sua dor; e quando você pergunta: O que você está enfrentando? O que tem por trás dessa dor de cabeça? Então vem a história da dor de cabeça e outras dores mais.*

*Eu percebo que a comunidade está sentindo falta e cobrando, mas também não estamos satisfeitos porque paramos. Espero que, depois de passar este processo de integração de unidades de saúde, voltemos a realizar as rodas de TCI, pois lá teremos um espaço de reunião que nos proporcionará privacidade, no qual as pessoas terão um ambiente confiável e seguro que possam falar sobre suas alegrias e suas dores.*

## Verônica



Enfermeira esforçada, que acredita na profissão como prática social e valoriza a coparticipação do usuário com a saúde coletiva. Participou da primeira formação de terapeutas comunitários na Paraíba. Devido a sua longa caminhada de utilização dessa tecnologia de cuidado, conseguiu inovar seus trabalhos com grupos.

Com muita cordialidade, fui recebida em seu ambiente de trabalho, onde me contou sobre sua história e experiências com a Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Básica.

*A Terapia Comunitária Integrativa me deixou mais empoderada.*

*Eu sou Verônica Ebrain Queiroga, enfermeira com vinte e três anos de serviço no município de João Pessoa-PB e trabalho num hospital no Rio Grande do Norte como responsável pela vigilância epidemiológica. Sou Terapeuta Comunitária há quatro anos, formada na primeira turma da Paraíba, em 2007. Sempre quis me formar na área de saúde; pensava em odontologia, mas, no momento da inscrição do vestibular, decidi pela enfermagem. Hoje percebo que fiz a escolha certa; não me arrependo e pretendo terminar minha carreira da melhor forma possível, sempre contribuindo e trabalhando com a comunidade. Nunca trabalhei na assistência hospitalar. Há oito anos estou no PSF, é com a saúde pública que me identifico e onde me encontrei como enfermeira.*

*Em minha experiência enquanto Atenção Básica de Saúde digo que quase não se fazia educação em saúde com grupo. Esse tipo de atividade só veio, realmente, com o PSF. Na verdade, eu percebo que é muito difícil trazer o usuário para a unidade só para*

alguma atividade educativa. O usuário ainda vem esperando aquele atendimento curativo e, normalmente, o que ele quer é uma consulta com o médico para sair com aquela receita; se não for assim, é como se não tivesse feito uma consulta; isso já faz parte de nossa cultura. A médica, em seus atendimentos, orienta buscar a TCI, mas os usuários não entendem tenha ação terapêutica. É como se não acreditassesem que, participando dos encontros, vão conseguir resolver aquele problema de insônia, que muitas vezes é gerado por problemas do dia a dia que estão incomodando e tirando seu sono. Só querem um medicamento controlado e uma receita azul. Até hoje ainda existe essa dificuldade aqui na unidade.

Anteriormente, a formação de grupos era restrita só àqueles grupos específicos dos programas do PSF, como de gestantes, de idosos, de hipertensos e diabéticos. Hoje, além desses grupos, a gente procura fazer educação em saúde para a clientela com outras faixas etárias e com a demanda do momento na sala de espera. Isso porque têm aqueles usuários que são trabalhadores, e muitas vezes só têm tempo de vir à unidade para verificar a pressão ou pegar um medicamento.

Para realizar as atividades educativas, a equipe conta com a ajuda dos estudantes, pois essa unidade é cenário de práticas de vários estágios de enfermagem da UFPB: em saúde coletiva I e II; de fisioterapia; odontologia e ainda temos o apoio do PET Saúde. Eles trabalham em forma de dinâmicas, sempre interagindo com a comunidade.

A partir da formação em Terapia Comunitária Integrativa, a minha visão mudou. Ela me ajudou muito a entender que deve existir o sentimento de coparticipação e corresponsabilidade por parte do usuário também, porque ninguém consegue transformar uma pessoa se ela não desejar ser transformada. Hoje, vejo que aquela história de palestra, de ficar só falando, falando [...]; ou tentar transmitir e colocar tudo na cabeça da pessoa o que a gente acha que é certo já não surte efeito. Não funciona achar que sou o 'dono do saber', porque leio e estudo mais e sou um profissional de saúde; é preciso entender o contexto em que aquela pessoa vive e valorizar tudo que trouxe na bagagem de sua vida, de sua cultura. Até mesmo os preconceitos, os tabus, para que se consiga uma boa adesão ao tratamento e, assim, aceite bem a informação de saúde.

Eu nunca fui uma profissional preconceituosa, mas percebo que tem muito adoecimento mental e, na TCI, isso é trabalhado. Fico encantada, porque vejo que melhorando a saúde mental a gente está melhorando a qualidade de vida. Ah! isso dá muito estímulo ao profissional.

Hoje a gente costuma trabalhar em roda, sempre ouvindo e trocando experiências de superação do problema vivido, principalmente, dos casos de aceitação de alguma doença que não esperava ter, ou de receber a notícia, de repente, de que é um diabético ou hipertenso. E, na Terapia Comunitária Integrativa, a gente encontra apoio para superar esses problemas e faz aumentar o vínculo entre a comunidade, o usuário e o profissional;

porque, a partir do momento que você compartilha sua dor ou sua alegria; se cria um vínculo com aquela pessoa e melhora a relação. Por exemplo: tem pessoas que, quando vêm de longe a gente já imagina que vai criar problema e fazer um 'maior barraco' na unidade; mas, agora, a gente perceber, quando elas vêm armadas, e então fica fácil desarmar com um abraço ou um bom-dia. Isso, porque a gente já conhece a história de vida das pessoas da comunidade e aí entende o que ela vem trazendo. É engraçado essa coisa do abraço, porque depois da Terapia tenho mais facilidade para abraçar e chegar mais perto das pessoas. A TCI me transformou; e, a partir do momento em que você muda, toda sua visão muda também.

Hoje, já estou fazendo aquela Terapia diferente; não sigo todos os passos da Terapia Comunitária Integrativa básica, que se aprende no inicio do curso. Durante essa minha experiência fazendo as rodas de TCI, pude ver que as pessoas começaram a se afastar devido às regras que existem. Muitas vezes, tem gente que vai ansiosa para falar e acha que aquele momento é dela; só que, imediatamente, tem que se cortar aquela fala, e depois o problema escolhido é de outra pessoa. Outra coisa é a questão da religião, que mesmo se sabendo da necessidade de respeitar as diferenças e as religiões, tem pessoas que sugerem, por exemplo, cantar um hino católico, mas tem outra que, por ser evangélica, não aceita, porque fala de Maria [...]. Isso faz o grupo ir diminuindo até acabar de vez. Foi o que aconteceu aqui.

Eu fazia a Terapia Comunitária Integrativa propriamente dita no início da minha formação [...]. Llembro que realizei rodas terapêuticas em locais diferentes, porque foi preciso um certo número de encontros a cumprir para receber o certificado do curso. Foram muitas experiências: fiz na APAE, em associações de bairro, no salão da igreja, nos quintais das casas, e onde convidavam, a gente estava presente. Também fiz com um ACS na unidade em que trabalhava, a USF Nova Esperança, antes de ficar integrada com outras unidades. Depois da integração, comecei a fazer com mais duas colegas de profissão que também eram terapeutas; e lá funcionava bem, porque foi em Mangabeira onde tudo começou, com as professoras Djair e Maria Filha.

Aí eu vim para essa unidade, e aqui encontrei mais duas terapeutas, a dentista e a ACS, e sempre nós três nos sentávamos para planejar as TCI juntas. Era difícil, porque também não tivemos a colaboração dos ACS, que não aceitavam e, por isso, não repassavam a importância da TCI para os usuários; além disso não levavam os convites para casa de quem eles viam que precisavam e estão no contexto de uma situação de sofrimento. Entendo que é preciso aceitar a TCI para você transmitir, com confiança, que ela pode ajudar! Era uma pena, porque tinha dia que estava tudo preparado, a gente ficava aguardando, mas não vinha ninguém. Isso nos fez pensar em outras maneiras de fazer os encontros e foi assim que surgiu a ideia do 'fuxico'; para tentar resgatar esse povo de volta.

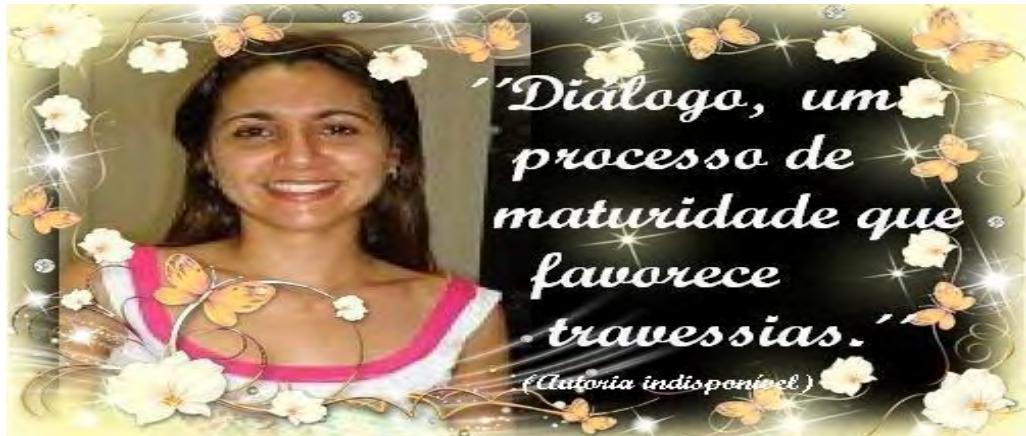
*Então, toda quarta-feira temos uma reunião com mulheres para fazermos fúxico aproveitando tecidos e pedaços de retalhos; e dali saem almofadas, toalhas, tiaras, 'xuxas', e se faz muita coisa. A gente também conta com a presença de um rapaz especial que já fazia esse trabalho na APAE e está vindo contribuir aqui conosco. E, assim, é nesses momentos que eu tenho conseguido fazer Terapias Comunitárias Integrativas temáticas, porque, enquanto a gente está lá 'fúxicando', a gente vai tentando puxar conversas, trazendo algum tema para ser comentado naquela tarde. Também utilizo alguns passos da TCI com o grupo de gestantes, principalmente no acolhimento ou no encerramento das atividades, quando costumo juntar todas em círculos e fazer com que as pessoas se abracem, sintam a presença e a energia da outra. É maravilhoso!*

*Tentamos fazer algumas TCIs com a própria equipe, mas não deu muito resultado, porque só alguns participavam. Entendo que algumas pessoas têm dificuldade de expor e compartilhar o que está vivendo, com os colegas. Talvez, consiga conversar até em outro lugar fora do trabalho, mas aqui se sentem acuadas, com medo de falar por não saberem como será a reação da equipe depois do desabafo.*

*Houve muitas mudanças no meu comportamento também [...]. Eu tinha muita dificuldade em dizer 'não'. Embora ainda não me sinta totalmente curada, sei que foi a Terapia Comunitária Integrativa que me ajudou a trabalhar isso em mim. Sorrio, porque hoje consigo dizer muitos 'nãos' que eu não tinha coragem; e fico extremamente aliviada pelo fato de me livrar de muitas 'cangaias' que carregava nas costas [...]; aquela história de você ser o 'burro de carga'. Isso também refletiu no relacionamento com minha família, e principalmente no trabalho, já que como enfermeira administradora da unidade consigo mostrar para as pessoas que naquele momento precisa ser 'não'. Também, como enfermeira, me sentia na obrigação de atender todo mundo que chegava, pois, sendo uma profissional de saúde era de minha responsabilidade aquela vida. Mas, hoje, vejo que tenho meus limites, e o usuário tem que ser corresponsável pela sua saúde.*

*Então vejo que o meu atendimento individual melhorou [...], melhorou em tudo! Eu como pessoa e como enfermeira. A Terapia Comunitária Integrativa me deixou mais empoderada, por isso hoje consigo saber lidar mais com meus sentimentos e com os dos outros. Com a formação em Terapia Comunitária Integrativa, aprendi que existe outra forma de enxergar o outro e sinto que sou outra pessoa, sou outra enfermeira também.*

# Lígia



Enfermeira inteligente, com visão ampliada e humana, está sempre em busca de qualificação profissional. Encontrou na Terapia Comunitária Integrativa a certeza da valorização do saber e se enche de orgulho quando retrata suas origens acadêmicas e reproduz sua educação em tudo que faz.

Consegue transmitir a alegria com seu sorriso aberto e contagiar a todos que têm o privilégio de sua afável companhia. Isso fez a nossa conversa acontecer em uma atmosfera agradável e tranquila, na USF Feirinha, seu ambiente de trabalho.

*[...] a Terapia Comunitária Integrativa veio me confirmar que essa maneira de trabalhar na partilha do saber é cada vez mais importante!*

*Sou Ligia Araújo Sá, enfermeira da USF Feirinha. Me formei na Universidade Federal da Paraíba em 2003. Desde 2006, sou especialista em Saúde da Família e fiz meu curso em Terapia Comunitária Integrativa em 2008.*

*A escolha de minha profissão partiu da identificação pessoal com o cuidar; apesar de minha família querer que eu fosse médica. Segui meu desejo e decidi: Eu quero ser enfermeira! Na enfermagem, a gente valoriza muito essa questão do olhar, do sentir e se aproximar mais do outro; acho que isso também me levou a fazer o curso de Terapia Comunitária Integrativa. Eu fiquei encantada quando participei de uma roda de TCI no*

*Giesel, com uma profissional da primeira turma, e então procurei também ser terapeuta comunitária.*

*Sempre trabalhei na Estratégia de Saúde da Família, e percebo o quanto é difícil conseguir formar grupos. Noto que a grande dificuldade está na própria cultura da comunidade, que só procura a unidade para se consultar e receber medicação. Então, aqui não há um grupo específico na unidade; no caso, há atividades coletivas de saúde; em que, sempre em datas comemorativas, eventos ou para educação em saúde, a gente reúne os hipertensos, os diabéticos, as gestantes.*

*Durante minha formação, fiz Terapia Comunitária Integrativa aqui e em outras Unidades de Saúde, com a enfermeira da USF Santa Bárbara e a ACS do PSF Nova União; fiz ainda TCI com grupos de crianças no Valentina. Depois da formação, basicamente, os encontros ficaram acontecendo só aqui mesmo, e estava até dando certo mas, havia momentos em que as pessoas aceitavam, e outras vezes rejeitavam e resistiam à TCI. Por isso, nesse ano, só consegui fazer umas quatro rodas. O que é uma pena, porque ela desperta no usuário a questão do enfrentamento das dificuldades e dos problemas do dia a dia, fazendo com que ele perceba que tem coisas que estão ao seu alcance, e ele pode resolver sem necessariamente depender do outro.*

*Eu já vim de uma formação com o olhar voltado para a horizontalidade; então, na maioria das vezes, quando eu faço as ações educativas, procuro não assumir aquela postura do profissional ali na frente, e o usuário só escutando e escutando [...]. Geralmente, a gente partilha os conhecimentos e tenta interagir para que eles expressem seus conhecimentos, e a gente só completa. Isso, desde antes; mas, a Terapia Comunitária Integrativa veio me confirmar que essa maneira de trabalhar na partilha do saber é cada vez mais importante!*

*Acho que, depois do curso em TCI, talvez o meu lado emocional tenha aflorado e me fez ficar ainda mais sensível para tentar compreender o agir do outro e o meu agir também! A formação nos abre esse horizonte de valorizar e perceber a forma de ser do outro e, a partir daí, a gente sabe se pode intervir ou não. O meu lado cognitivo deu um salto! Também já fiz curso de reicke, nível I, que contribuiu com esse olhar voltado para o cuidado e a busca do equilíbrio.*

*Essa sensibilidade acontece até no momento da consulta, quando o usuário já chega fragilizado com aquela angústia, com aquela dor; e começa a falar o que está sentindo e desabafa. Esse contato dá ao terapeuta a oportunidade de estimular a autonomia do usuário diante de problemas que ele pode superar. Isso é muito bom e me motiva para fazer a Terapia Comunitária Integrativa mais vezes, só que a própria sobrecarga de trabalho da enfermagem atrapalha.*

*A gente encontra muitas dificuldades em fazer a TCI [...]. É difícil, porque às vezes tudo está programado, mas, de repente, recebo a chamada para uma reunião fora daqui; então o encontro não acontece e isso quebra o vínculo e a confiança da comunidade. Outras coisas também impediram a gente de continuar fazendo as rodas, a exemplo da mudança de casa, de alguns problemas de relacionamento dentro da equipe; troca de profissionais; e ainda por questões administrativas. Tudo isso foi contribuindo para diminuir os encontros de TCI.*

*Recentemente, há mais ou menos três meses, a dentista está vendo se estabelece mais firmemente um grupo de idosos e, para isso, conta com a ajuda de todos nós da equipe. Até já aconteceram algumas reuniões, em que foram feitas atividades lúdicas, atividades de educação continuada, sempre tentando alternar para não ficar monótono; aproveitei e fiz uma vez a TCI com eles também.*

*Fazendo a Terapia Comunitária Integrativa na unidade, eu percebi a busca de ajuda com o outro; então, decidi tentar trazer para a própria equipe, mas não deu muito certo, porque alguns colegas não acreditam e não valorizam a TCI. Vejo isso como um processo de construção, que a cada dia a gente vai trabalhando um pouquinho mais e percebendo onde posde agir.*

*Enquanto diretora, a Terapia Comunitária Integrativa me ajudou a lidar com o processo de trabalho e a valorizar o coletivo com olhar multiprofissional. Ela me auxiliou no enfrentamento de determinadas situações relacionadas ao meu trabalho, porque me proporcionou um pouco mais de domínio e sabedoria para tomar algumas decisões a respeito de questões que, às vezes, causam muita apreensão e angústia na gente.*

*Eu, após a formação em Terapia Comunitária Integrativa, fiquei menos imediatista, mais tranquila e compreensiva; agora, busco evitar a individualidade e tento fazer com que cada um interaja com o grupo. Além disso, procuro ser mais flexível em determinados momentos em que preciso decidir diante das imposições do sistema; mas, às vezes, sou pouco compreendida por alguns colegas. A TCI me ajuda a cada dia e me faz ser forte na hora que tenho que ser forte.*

*Sou uma profissional que está aberta a discussão; sou passível de mudanças e acho que a gente tem a base para isso com o curso de Terapia Comunitária Integrativa, mas o aprendizado vem a cada dia. Noto que fui transformada pela TCI junto com os participantes, e me vejo como uma terapeuta em constante construção, porque acho que esse processo não para.*



## *5. ANÁLISE DO MATERIAL EMPIRICO*

Este capítulo foi reservado à análise empírica das histórias contadas pelas colaboradoras, no propósito de tecer uma reflexão a respeito da implementação da Terapia Comunitária Integrativa no município de João Pessoa- PB, como prática de cuidado à saúde utilizada na Estratégia de Saúde da Família pelas enfermeiras.

O material produzido nessa investigação aponta para os seguintes eixos:

Eixo I. Motivação das enfermeiras para buscar a formação em Terapia Comunitária Integrativa

Eixo II. Contribuição da formação em TCI para a vida pessoal e profissional das enfermeiras.

Eixo III. Dificuldades/desafios enfrentados para a implementação da TCI na ESF, sob a ótica das enfermeiras.

## 5.1 Motivação das enfermeiras para buscar a formação em Terapia Comunitária Integrativa

Os momentos revolucionários ascendentes da Medicina Comunitária e dos Cuidados Primários à Saúde sugerem um novo foco para as ações sanitárias, e exigem um novo desenho no campo da formação dos saberes e operacionalização do cuidado, como se observa no seguinte trecho da carta de intenções, que direciona o almejado modelo de promoção:

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (OMS, 1986).

Foi na década de 1980 que se começou a pautar a revisão do papel do enfermeiro e de suas funções na assistência de saúde às pessoas, aos grupos e à comunidade; pois a formação profissional ainda estava subordinada a dois fatores: à instrução recebida na sala de aula e à experiência nos diferentes serviços do hospital. Isso produziu poderosas marcas no saber e fazer da enfermagem e consequentemente, na reprodução desses ensinamentos (SIMÕES, 2007; KRUSE, 2008).

Essa conjuntura desponta desafios para as enfermeiras no que se refere a romper as questões dicotômicas construídas social e historicamente, como: curativo e preventivo, hospital e saúde pública, cuidar e gerenciar, ensinar e fazer, pesquisar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática, dentre outras (PEREIRA et al, 2009).

Em suas reflexões, Almeida (1986) observa que essas dicotomias são oriundas das lacunas existentes no corpo do conhecimento, o qual não prepara a enfermagem para atuar nas premissas da reforma sanitária. São vestígios, pois, da construção tecnicista da profissão que podem ser, notoriamente, percebidos nas histórias das enfermeiras:

*A gente saía da academia, na minha época, com a formação, teoricamente, da visão holística, mas a prática completamente centrada na doença (Isabela).*

*Entende que elas [os usuários] não são técnicas, é a gente que vem da academia com a mentalidade técnica. [...] uma enfermeira há 20 anos atrás era formada para ser administradora, uma gerente que manda e os subordinados obedecem (Kalina).*

*Eu sempre me achei uma profissional humanizada com o paciente, mas talvez fosse mais técnica e não tivesse esse olhar que tenho hoje (Neumira).*

Muito embora as vivências práticas das colaboradoras práticas já estivessem volvidas para o modelo reestruturado de saúde, a relação entre a formação profissional e a prática de atuação referida nos permite entender a herança da formação acadêmica ainda enraizada com um viés tecnicista.

As mudanças no processo de trabalho implicam em um perfil de profissionais comprometidos com aquilo que fazem. Atuar na atenção básica é ser capaz de modificar saberes e práticas e reinventar os modos de pensar, agir e lidar com a realidade de saúde.

De acordo com Ayres (2009), o modo como se operam as técnicas de cuidado voltadas para as máquinas, e a abordagem para a patologia das tecnologias duras e leves- duras do modelo unitário, fragmentado e curativista, é insuficiente para atingir a os novos paradigmas de saúde.

Sendo assim, a educação permanente é a alternativa para motivar os profissionais na procura de atualizar conhecimentos teóricos e tecnológicos que subsidiem sua prática e estão ligados ao projeto de mudança nos modos de cuidar.

Ceccim (2005) ressalta que uma ação organizada de capacitação profissional é um dispositivo fundamental para a recomposição das práticas de formação acadêmica, no intuito de minimizar suas falhas e promover um diálogo entre as tradicionais e as inovadoras concepções de ações em saúde: “individual x coletivo, clínica x saúde pública, sofisticação tecnológica x abordagem simplificada”.

Com a expansão da ESF, têm-se tornado crescentes as discussões para direcionar as práticas de cuidado, buscando-se sair de um modelo unitário para um modelo comunitário, valorizando as novas modalidades de técnica em saúde, especialmente as chamadas tecnologias leves, tendo em vista que são promissoras para consolidar o modelo comunitário e humanizado.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) aprovou, em 2006, sob a portaria GM nº 197, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com o intuito de atender às perspectivas da saúde, oferecendo à população práticas de cuidados que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde (BRASIL, 2006b).

Essas alternativas valorizam a percepção do indivíduo e seus aspectos físico, mental e espiritual. Articulada a essas práticas, encontra-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), como recurso terapêutico que promove o bem-estar e estimula o exercício da inclusão e da humanização.

Segundo Waldow (1998, p.83) “algumas práticas alternativas e não convencionais podem contribuir no sentido de sensibilizar para uma forma mais humanizadora no processo do cuidar”. É o caso da TCI, que permite o trabalho de autoconhecimento para reconhecer a integralidade do ser humano, o que não quer dizer “tornar humano”, mas refletir sobre suas dimensões subjetivas para conhecer a si mesmo, com suas limitações e fragilidades, e também descobrir a melhor maneira de desfrutar das suas potencialidades no processo de trabalho e na vida.

A capacitação nesse instrumento de cuidado alcança as perspectivas do SUS e suas diretrizes, tendo em vista que seus fundamentos teórico-metodológicos despertam o papel transformador dos profissionais, em especial do profissional de enfermagem, como pode ser percebido no projeto elaborado para a implantação da TCI como uma ação básica de saúde mental na ESF:

Nossa preocupação tem sido também a de focalizar a formação e qualificação de recursos humanos para atuar no cuidado com a saúde mental na atenção básica de saúde, onde o enfermeiro é um elemento essencial dessa prática e a Terapia Comunitária vem sendo utilizada como instrumento de reflexão do próprio processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família (FERREIRA FILHA; DIAS, 2006).

Segundo Oliveira (2008), a implantação da TCI nas Equipes da Saúde da Família é uma medida compatível, viável e coerente com os objetivos dessa estratégia.

A procura, de forma majoritária, das enfermeiras, para participar do curso de Terapia Comunitária Integrativa, sugere a preocupação da categoria diante das

novas exigências da reforma sanitária no viés da promoção à saúde e prevenção do adoecimento.

A formação em Terapia Comunitária Integrativa ajuda a direcionar o cuidar para o olhar sensível além das evidências clínicas trazidas pelo indivíduo. Assim sendo, ela desponta como recurso que aproxima o usuário do profissional e permite que as nuances da vida cotidiana sejam entendidas. O relato que segue simboliza a simpatia que aproxima a categoria e a TCI:

*Na enfermagem, a gente valoriza muito essa questão do olhar, do sentir e se aproximar mais do outro; acho que isso também me levou a fazer o curso de Terapia Comunitária Integrativa. Eu fiquei encantada quando participei de uma roda de TCI no Giesel, com uma profissional da primeira turma, e então procurei também ser terapeuta comunitária (Ligia)*

Dessa maneira, a TCI propõe um resgate do cuidar em sua essência, que se mistura entre o cuidado humano e o objeto da enfermagem. Trata-se de ver mais, aquilo que não é falado; ouvir mais o que estar no olhar; ou seja, perceber como o corpo se expressa. Essa sensibilidade aguçada favorece à relação de confiança que possibilita um cuidado integral e mais humanizado; desperta as competências e habilidades dos profissionais e; além disso, possibilita o estreitamento de vínculo (ROCHA et al, 2009; GUIMARAES; FERREIRA FILHA, 2006).

Com essa perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa desponta no sentido de suscitar a competência das pessoas, valorizar a construção do saber e ampliar o acesso à saúde, já que possibilita acolher, simultaneamente, um grande número de pessoas e aumentar o alcance das práticas educativas.

Corrobora essa ideia, a enfermeira Iara:

*A TCI é isso mesmo, uma teia onde ocorre a troca de saberes e um ajuda o outro através de suas experiências de vida. [...] Existe o espaço para a escuta atenta, o ouvir e a partilha do sofrimento com outro. É muito bom perceber essa troca de conhecimento, porque todo mundo pode sempre passar um saber; e acreditar que, mesmo vivendo momentos ruins, ou passando pela maior tragédia, se pode tirar o lado positivo disso; tirar qual foi a lição (Iara).*

Destarte, a organização de um grupo de TCI promove um espaço facilitador para trocas de experiências de vidas, sofrimentos, dificuldades e desafios; e potencializa o processo de transformação em busca das aptidões que favoreçam a autonomia e despertem o poder resiliente dos participantes. Para Araújo (2010), as

ações educativas encaradas como prática social são um instrumento de empoderamento para os participantes, pois melhoram a qualidade de vida e servem como proposta efetiva de trabalho para os profissionais da ESF.

A TCI, como ação de educação sanitária, adota os conceitos de uma metodologia problematizadora proposta por Paulo Freire, que torna a prática educativa em uma prática de responsabilidade social e coletiva; valorizando o saber científico e popular na construção do saber, como citado pela enfermeira Kalina no seguinte trecho narrativo:

*Paulo Freire trouxe os ensinamentos da educação popular e, aí, Adalberto Barreto encaixou o saber comum na proposta da Terapia Comunitária Integrativa. Realmente, é o que acontece na prática com os grupos; o conhecimento é partilhado, e dessa forma, eles aprendem muito mais; porque a gente está discutindo um problema comum, que é de todo mundo (Kalina).*

Dessa maneira, a TCI minimiza o distanciamento provocado pelas relações, supostamente, de superioridade entre saber científico/saber popular ou enfermeira/usuários, e desperta a humildade dos grandes sábios, como demonstra o tom vital da colaboradora Isabela:

*Depois da formação em TCI, eu sei que não sei de tudo e tenho muito que aprender [...] (Isabela).*

Através da capacitação em TCI, o profissional entende a importância da educação sanitária, que pode modificar uma realidade, e apreende uma inovadora forma de construir o conhecimento, como aponta as referências das colaboradoras:

*A minha prática com grupos antes da Terapia Comunitária Integrativa era totalmente diferente, porque existia uma formação técnica: quando o usuário vai ouvir o que a gente sabe. Então, as atividades grupais eram voltadas somente para palestras em que eu passava o meu conhecimento, como 'dona do saber', para aqueles que não sabiam de nada (Kalina)*

*A parte da educação em saúde era feita aqui na unidade, através de sala de espera ou ações de saúde, que fazíamos com palestras e passando DVD; ou no espaço que a gente tinha na comunidade, como a igreja e uma palhoça próximo daqui, na forma de campanhas, como as de hanseníase e dengue, e distribuindo material educativo. [...] Depois da TCI, isso mudou, porque vejo que interagindo com eles é bem melhor (Nelmira)*

*Hoje, vejo que aquela história de palestra, de ficar só falando, falando [...]; ou tentar transmitir e colocar tudo na cabeça da pessoa o que a gente acha que é certo já não surte efeito. Não funciona achar que sou o 'dono do saber', porque leio e estudo mais e sou um profissional de saúde; é preciso entender o contexto em que aquela pessoa vive e valorizar tudo que trouxe na bagagem de sua vida, de sua cultura. Até mesmo os*

*preconceitos, os tabus, para que se consiga uma boa adesão ao tratamento e, assim, aceite bem a informação de saúde (Verônica).*

*Fui treinada para transmitir um conhecimento de forma expositiva mesmo, só passando a teoria sem me preocupar se as pessoas estavam aprendendo ou não. Era apenas uma transmissão de conteúdo; depois da TCI, isso mudou, porque agora faço parte do processo de aprendizagem de saúde/doença, e estou aprendendo junto; brincando junto com o certo e o formal (Isabela).*

Na leitura das histórias das colaboradas a grande maioria enfoca, que o viés tecnicista e as dificuldades em desenvolver ações coletivas e atividades com grupos, decorrem da falta de base de conhecimento de formação acadêmica. Citam que os obstáculos, ora são por falta de manejo técnico, ora por dificuldade em criar vínculos com a comunidade, ou dificuldade de comunicação. O relato da colaboradora Clotilde reforça que essa questão motiva a busca pelo curso de Terapia Comunitária Integrativa:

*O que me motivou a procurar essa estratégia de cuidado foi, justamente, pensando em superar minha dificuldade de desenvolver trabalhos com os grupos (Clotilde).*

Esse trabalho de educação popular em saúde com grupos é uma realidade dos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária, como é o caso da USF. É uma das atividades que faz parte do dia a dia dos profissionais de saúde da ESF, em especial da enfermeira, mas, o pouco contato com essa ação dificulta seu direcionamento; como percebemos nas histórias contadas pelas enfermeiras que acompanharam o processo de transição do modelo individual para o comunitário:

*Em minha experiência enquanto Atenção Básica de Saúde digo que quase não se fazia educação em saúde com grupo. Esse tipo de atividade só veio, realmente, com o PSF (Veronica).*

*Antes do PSF, não existiam atividades voltadas para grupos; a gente foi se organizando, a partir da implantação do PSF. Geralmente se trabalhava com o coletivo de maneira improvisada, até porque a comunidade não tinha esse costume e só procurava a unidade em busca de medicamentos, de consulta médica, ou de algum procedimento, mas nunca para atividades em grupo (Socorro).*

A experiência reduzida de atividades de cunho coletivo faz com que o profissional adote o empirismo para desenvolvê-las, pois não há um protocolo de classificação geral dos grupos que embase ou sistematize passo a passo a realização dessas práticas (SIMÕES; STIPP, 2006).

Estudos mostram que, na ESF, existe uma frequente utilização da abordagem grupal para os programas preconizados pelo Ministério da Saúde (GODOY; MUNARI, 2006; MUNIARI; RODRIGUES, 1997). Isso também é, predominantemente, percebido nos grupos formados pelas colaboradoras, como revelam as falas de Iara e Kalina:

*Antes eu já fazia atividades de grupos, mas não era como depois da formação em TCI. A técnica da reunião de grupos ficava direcionada, praticamente, a passar informação, só com palestras sobre um tema abordado como: hipertensão, diabetes, aleitamento materno e depois se fazia um lanche. Mas, depois do curso de TCI, a gente trabalha totalmente diferente, porque ela ajuda a passar educação em saúde (Iara).*

*Realmente, é o que acontece na prática com os grupos; o conhecimento é partilhado, e dessa forma, eles aprendem muito mais; porque a gente está discutindo um problema comum, que é de todo mundo. É diferente de você estar numa palestra e trazer um tema pronto para discutir, por exemplo: Vamos falar hoje sobre hipertensão e diabetes- a hipertensão é lá, lá, lá [...] (Kalina).*

Essa estratégia tem seu lado positivo, quando consiste em promover educação em saúde ou uma ação terapêutica que incite a corresponsabilidade do processo saúde-doença. No entanto essa abordagem deixa de aproximar outras temáticas que também provocam adoecimento, como aquelas que estão intimamente relacionadas com o meio em que vivem ou pela maneira que se comportam.

Habitualmente, os profissionais utilizavam uma metodologia tradicional e verticalizada de transmissão de conhecimento para abordar o público, reproduzindo o treinamento apreendido pela sua formação acadêmica. Tal postura fazia parte do passado histórico da maioria das colaboradoras:

*Então, as atividades grupais eram voltadas somente para palestras em que eu passava o meu conhecimento, como 'dona do saber', para aqueles que não sabiam de nada (Kalina).*

*Eu acredito que talvez antes existisse muita técnica e, por isso, não tinha uma boa aceitação do grupo. Os temas já vinham prontos e ficava aquela coisa: o profissional lá e o usuário cá [...] (Socorro).*

*Antes, as atividades coletivas eram feitas através de palestras, de maneira mais parada, e eu não me permitia usar o aconchego (Clotilde).*

Embora as ações sanitárias coletivas façam parte de um longo passado histórico; o reconhecimento de novas maneiras de trabalhos de educação popular em saúde tem sido enfatizado mais atualmente; apesar de serem ainda pouco efetivadas. Segundo Brasil (2007b, p. 25):

Os poucos recursos para ações educativas do Ministério eram canalizadas para o apoio de projetos pontuais, desvirtuando-se, assim, a função da esfera federal que seria de implementar diretrizes e políticas que expandam de forma descentralizada os princípios norteadores do SUS. No vazio de uma atuação do Ministério, no incentivo de ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário de educação em saúde mantém-se dominante, apesar de muitas vezes ser anunciado com discursos aparentemente progressistas (BRASIL, 2007b, p. 25).

Diante disso, em 2007, o Ministério da Saúde lança um Caderno de Educação Popular em Saúde, que contem textos de reflexão, informação e formação que possibilita o conhecimento de várias experiências exitosas de educação popular em saúde, vivenciadas pelos profissionais da área (BRASIL, 2007b). O novo modelo sanitário de educação carece de qualificação para melhorar a abordagem dos profissionais, a fim de aperfeiçoar as relações de confiança e vínculo tão necessárias para a qualidade da assistência.

É insuficiente, pois, usar apenas a metodologia tradicional, que emprega a pedagogia da transmissão verticalizada e privilegia o conhecimento teórico e memorizado, pois essa postura estabelece um distanciamento entre os profissionais e o usuário (GASTALDI; HAYASHI, 2003). Essa pedagogia faz parte da educação “bancária”, que se sustenta na concepção mecânica, fragmentada, compartimentada da consciência, que aliena as pessoas e torna-as vazias de conhecimento.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde também reconhece essa necessidade e apresenta a educação popular em saúde:

como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos (BRASIL, 2007b, p.5).

Sendo assim, o modelo dialógico problematizador é o mais apropriado para as práticas na ESF, porque possibilita uma relação de corresponsabilidade e compromisso dos profissionais e comunidade quanto à resolutividade dos problemas de saúde e compreensão ampliada do processo saúde-doença (CECCIM; FEUEWERKER, 2004).

Para Caricio (2010), é uma assertiva utilizar os recursos metodológicos da TCI, pois estes conferem maior ênfase à educação dialógica, numa abordagem do campo da educação popular em saúde, como potência do cuidado; além disso,

favorecem a ampliação da escuta e o estreitamento das relações entre usuário, profissional e serviço.

As ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo-os a uma prática consciente para suscitar comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável (BRASIL, 2006c; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

De acordo com Paulo Freire (1987, p. 38), a consciência que estimula a libertação autêntica dos homens: “A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo”.

Segundo as falas das colaboradoras, o manejo dos recursos da Terapia Comunitária Integrativa pode auxiliar o desenvolvimento de outras atividades, a exemplo de introduzir ou encerrar a atividade com a integração do grupo, ou da maneira de posicionar, em forma de círculo, os participantes do grupo. As enfermeiras concordam com essa ideia e, após sua formação em TCI, utilizam-se, com frequência, dessa abordagem na condução de suas práticas coletivas, como é citado:

*A Terapia Comunitária Integrativa também dá para ser feita [...] usando-a como técnica; por exemplo: na forma de acolher ou fazer o fechamento das atividades, usando as músicas e dinâmicas integrativas (kalina).*

*Acredito muito na Terapia Comunitária Integrativa, na técnica de ficar em roda, de todos estarem se olhando, convivendo e observando mais o outro; não existe outra forma melhor de trabalhar. Aprendi com a TCI essa nova maneira de desenvolver atividades com muitas pessoas, e não necessariamente só com grupo formado [...] (Isabela).*

Segundo Dias; Silveira; Witt (2009), uma educação em saúde organizada segundo o “Método da Roda” tem sua eficácia na construção do conhecimento, o que faz a educação em saúde ser mais do que difundir informações; proporciona também ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto, quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

Confirmam, Socorro e Kalina, que esse método aproxima o profissional e o usuário, o que facilita a partilha do saber:

*Então, foi no momento em que surgiu a TCI na comunidade, com as professoras, que houve uma maior aproximação das pessoas - dos usuários - com a equipe. A cada encontro terapêutico, iam surgindo demandas da própria comunidade. [...] A questão é que você se aproxima mais do usuário, conhece melhor a vida dele e seu meio; o que tem sido muito bom e facilitado o meu processo de trabalho. [...] Apenas estou como facilitadora, e também como profissional, mas a gente se coloca na mesma posição de todos; e assim é possível entender melhor até as dificuldades de adesão aos tratamentos (Socorro).*

*[...] como é uma partilha, algumas vezes a gente deixa de ser terapeuta comunitário para contar as nossas experiências de vida na roda. Então essas pessoas passam a ser nossos amigos, nossos companheiros do dia a dia [...] (Kalina).*

É visível que essa maneira de conduzir o grupo, utilizando a abordagem circular e horizontal, estreita os vínculos e fortalece a construção do saber quando consegue dissolver os estigmas da soberania do saber científico (profissional) em detrimento do saber popular (usuário). Além disso, esse intante oportuniza o usuário falar, o que não consegue em um momento mais formal, como: em uma consulta.

O vínculo proporciona ao profissional identificar situações de risco que envolve as pessoas e as famílias, ofertar intervenções precoces para o acompanhamento de maneira integral à saúde da população; bem como dar apoio ao usuário para aceitar suas limitações; lidar melhor com seus problemas, fortalecer as relações familiares e sociais; resgatar os valores culturais e morais, e buscar melhorar a qualidade de vida.

Diante do exposto, percebe-se que, o principal motivo que impulsionou a procura do curso de Terapia Comunitária Integrativa, foi possível entender que ela pode ajudar a superar as carências da formação acadêmica e os limites do sistema normativo e institucional da saúde comunitária. A TCI incitou as competências das enfermeiras para fazer do seu trabalho uma arte do cuidar humano.

## **5.2 Contribuição da formação em TCI para a vida pessoal e profissional das enfermeiras.**

Na Terapia Comunitária Integrativa, os participantes são considerados verdadeiros especialistas na superação do sofrimento, tendo em vista que o resgate da sua história, a partir de suas experiências, desperta saberes e oferece oportunidade aos participantes de (re)significar suas histórias de vida e (re)construir sua identidade (BARRETO, 2008).

O contato com os fundamentos da Terapia Comunitária Integrativa, seja nas rodas ou nas formações de terapeuta comunitário, propõe às pessoas mergulharem no seu eu interior para fazerem emergir a sua dimensão humana. É um espaço sagrado, capaz de garantir um processo de imersão no qual todos são convidados a ficar concentrados no desígnio de entrega para cuidar de si.

A formação em TCI é diferenciada a começar pelo desenho do curso, que acontece em um lugar aconchegante, em caráter de recanto, para os participantes se dedicarem às atividades propostas, as quais se desenvolvem em meio às vivências terapêuticas e às dinâmicas que abrem canais para o autoconhecimento. Dessa maneira, a pessoa consegue se desvincular das coisas do mundo que as aprisionam e alienam seus pensamentos, e entram em contato com seu íntimo, revisitam sua história de vida e reconhecem o seu lugar nela.

De acordo com Rocha (2009), os participantes durante o curso se aproximam dos fundamentos teóricos e metodológicos da TCI e de outras fontes de conhecimentos que evocam momentos reflexivos, a fim de condicioná-los a realizar as rodas de TCI. O conteúdo teórico aborda a arte de cuidar e a resiliência no propósito de resgatar as competências e habilidades do participante e como elas foram construídas.

Essas vivências terapêuticas fazem aflorar “a antiga dor que se torna fonte de competência sanadora” e ajudam as pessoas a se verem, olharem, e perceberem numa relação dinâmica de cuidado, na qual se aprende a cuidar de si cuidando do outro (BARRETO, 2008).

Entender as subjetividades aludidas no processo de formação dos profissionais é de grande valia, pois cogita-se que o curso de TCI trata-se de uma ação inacabada e dinâmica e dispara progressivas transformações, como cita a enfermeira Lígia:

*[...] sou passível de mudanças e acho que a gente tem a base para isso com o curso de Terapia Comunitária Integrativa, mas o aprendizado vem a cada dia. Noto que fui transformada pela TCI junto com os participantes, e me vejo como uma terapeuta em constante construção, porque acho que esse processo não para (Lígia).*

A Terapia Comunitária Integrativa é, pois, um caminho que transforma a vida, fazendo com que a pessoa se perceba como um ser humano melhor; acredite no seu potencial e no potencial do outro; tenha fé na vida e esperança no outro.

Tal entendimento pode ser apreciado nos tons vitais das terapeutas comunitárias Kalina e Nelmira, que apontam a TCI como instrumento de mudança que (re)significaram suas histórias:

*[...] na formação em Terapia Comunitária Integrativa, a pessoa passa por um processo de mudança interior; e essa mudança é para a vida inteira (Kalina).*

*Depois da TCI, houve uma mudança geral em tudo que está em volta. Hoje sou um ser humano muito melhor! (Nelmira).*

Essas histórias deixam transparecer o impacto gerado pelo processo reflexivo motivado pela formação em TCI, tendo em vista que as dinâmicas realizadas no curso contribuem para trabalhar o “saber, fruto da vivência de cada participante” (BARRETO, 2008).

Sendo assim, os encontros terapêuticos permitem ao indivíduo perceber ‘sua sombra’ e despertar-se para o autoconhecimento. Segundo Rocha (2009) o autoconhecimento se torna possível, quando estamos disponíveis a enfrentar o desconhecido; isso oportuniza-nos entrar em contato com as personagens que são criadas ao longo da vida e resgatar a verdadeira essência.

Para descobrir suas verdades, as colaboradoras fazem uma viagem na sua trajetória de vida, na sua cultura, nos seus valores, no seu projeto de futuro. Com isso, as várias máscaras, que esconderam nas falsas imagens sobre si, são desveladas, gradativamente, ou de uma só vez, de maneira tal, que desperta a

reflexão sobre seu lugar no mundo, e a sua capacidade de gerar transformações (LAZARTE, 2010; CHAGAS, 2007).

O fato de alcançar a si faz com que as pessoas passem por um momento de crise existencial, que as instiga a reajustar-se às novas realidades. Conforme Lazarte (2010, p. 21), “quando a pessoa começa a se perceber como alguém que venceu muitas batalhas, que poderiam tê-la quebrado ou desviado do seu caminho, o conceito de si começa a emergir de uma maneira positiva”. Nessa sintonia, a TCI proporciona uma meditação do participante sobre si, a fim de resgatar suas angústias e sofrimentos e condicioná-lo para ser agente transformador, como vemos no recorte narrativo da colaboradora Iara:

*[...] pois eles [encontros intervisões da TCI] nos permitem reviver os momentos de formação e trabalhar nossas angústias, nossos sapos da vida; isso pode fortalecer nosso trabalho e dar mais motivação para continuarmos tentando realizar as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (Iara).*

Sendo assim, o curso possibilita ao participante se descobrir capaz de direcionar sua própria vida, dar um significado a sua existência e decidir sobre o seu próprio ser. Em seu texto “A alma do mundo”, Chico Xavier cita: “leve na sua memória, para o resto da vida, as coisas boas que surgiram nas dificuldades. Elas serão uma prova de sua capacidade, e lhe darão confiança diante de qualquer obstáculo”.

A TCI desperta lembranças da vida da pessoa, evocando sua infância e revelando sua pérola. Entender a criança que fui como primeiro mestre de sabedoria; e a família, como a primeira escola permite um trabalho reflexivo sobre a consciência do papel de cuidador. Interpretar que as pérolas surgem como respostas às agressões da vida convida-os a transformar o sofrimento em energia reparadora (BARRETO, 2008). Corrobora Hoga (2004) que o autoconhecimento permite-nos o entendimento de nossas limitações e fragilidades, bem como a descoberta de melhor aproveitamento de nossas potencialidades.

Destarte, a Terapia Comunitária Integrativa faz o profissional adentrar seus nuances no intuito de trabalhar os traumas, sofrimentos e limitações que o possam fazer descobrir suas habilidades para contribuir no movimento da arte de cuidar. Segundo Barreto (2008), “uma ostra que não foi ferida não produz pérolas”, portanto,

trazer a memória das dores acende o ser resiliente e empodera as pessoas na busca de sua autonomia. Essa autonomia pessoal disparada pelo conhecimento da própria vida, resulta no sentimento de empoderamento. Uma vez empoderado, o ser humano fica preparado para o processo dinâmico e contínuo de transformação (BRAGA, 2009).

A TCI é um instrumento terapêutico capaz de evocar o *empowerment* do participante e fazê-lo protagonista de sua história, como afirma narrativa que agrupa o tom vital da terapeuta Veônica:

*A Terapia Comunitária Integrativa me deixou mais empoderada, por isso hoje consigo saber lidar mais com meus sentimentos e com os dos outros (Verônica).*

O empoderar-se torna a pessoa capaz de conduzir sua vida, tomar decisões e exercer o controle de suas relações interpessoais e institucionais. Segundo Fazenda (2009), o empoderamento decorre da tomada de consciência da prática libertadora que transforma e confere autonomia. A fala da colaboradora Lígia registra a TCI como potencializadora do processo de transformação na descoberta de suas competências que favoreçam a autonomia:

*A TCI me ajuda a cada dia e me faz ser forte na hora que tenho que ser forte (Lígia).*

Desse modo, o autoconhecimento emerge na dinâmica de construção e desconstrução da percepção sobre si própria, no reconhecimento dos seus limites e na descoberta de sua capacidade que desvela um sujeito reflexivo capaz de gerar mudanças pessoais e em seu entorno social e do profissional.

Segundo Barreto (2008, p.38), a Terapia Comunitária Integrativa:

é um momento de transformação, transmutação do KAOS, da crise, do sofrimento para o KYROS, espaço sagrado onde cada um reorganiza seu discurso e resignifica seu sofrimento dando origem a uma nova leitura dos elementos que o fazem sofrer. É esta dimensão sagrada de transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência que faz da Terapia Comunitária um espaço sagrado (BARRETO, 2008, p.38, grifos do autor).

Na TCI, cada pessoa se torna terapeuta de si mesmo. Partindo dessa premissa, Braga (2009) ressalta que despertar a capacidade resiliente do terapeuta comunitário contribui para o empoderamento dos participantes, pois suscita a idoneidade para superar situações adversas e mostrar-se fortalecido.

Dessa maneira, falar de experiências dolorosas e sofridas, que podem trazer memórias de processos de transformação, é salutar, pois desencadeia uma dinâmica de superação das relações pouco resolvidas que tomaram fim impulsionadas pela resiliência despertada pela TCI. A significância do poder resiliente desse recurso se destaca na história da colaboradora Nelmira:

*Antes da minha formação como terapeuta comunitária, eu vivia muito incomodada [...] era uma pessoa muito infeliz, porque minha filha não morava comigo [...] Tenho plena convicção de que foram a Terapia Comunitária Integrativa e as pessoas que lá estavam e compartilharam essa dor comigo, que me impulsionaram a tomar decisão, ter coragem, a fazer o enfrentamento, e assim consegui resolver minha situação, graças Deus! (Nelmira).*

Sendo assim, a roda de TCI se constitui num espaço de cura para todos, inclusive para os terapeutas que coordenam essa ferramenta; tendo em vista que o terapeuta deve interagir e falar dos seus sentimentos fortalecendo uma corrente solidária com o grupo e despertando a autoestima.

Essa autoestima permite uma reação ativa e positiva às oportunidades que a vida apresenta. Segundo Branden (1998, p.15), “nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos.” Ou seja, nossas atitudes e posturas diante das situações são reflexos dos pensamentos que temos sobre nós; portanto o autoconhecimento nos dá as respostas para entender a nós e ao outro. Isso fortalece uma influência às nossas escolhas e decisões.

Segundo Pinheiro (2004), o apoio emocional, a rede solidária e as atividades grupais são fatores importantes para estimular a resiliência; isso porque são elementos que manifestam sentimento de pertença, sensação de ser cuidado e acolhido. Ressalva o autor que as atividades que desenvolvem o diálogo contribuem para despertar essa competência.

Mediante reflexões sobre sua formação em TCI, Lazarte (2010, p.11) afirma que, nas rodas de TCI, acontece “um reencontro consigo mesma, mas não com essa ‘mesmidade’ que pode parecer coisa intimista ou excluente do coletivo, do social, e sim com a sua totalidade, com tudo que ela é”. Entende-se pois, que as

crises vivenciadas não resultam de situações isoladas, elas são parte de um cenário familiar, comunitário ou social que ecoam nos diferentes sistemas de relações.

Sendo assim, pode-se entender a resiliência - uma competência que constitui um dos alicerces teóricos da TCI – é despertada de um processo sistêmico que envolve o conhecimento sobre a dimensão humana, em sua plenitude, interligada aos fatores do mundo.

Essa abordagem sistêmica nos possibilita entender que as crises e os sofrimentos estão intrincados em uma rede complexa que integra um todo (o homem), a partir das ligações entre suas partes (o corpo, a mente e a sociedade), de tal modo que cada parte reflete e interfere na outra, ou seja, a pessoa na sua relação com a família e com a sociedade, colaborando para a compreensão/transformação do indivíduo.

Nos encontros terapêuticos, há um momento de contextualização para que a pessoa possa organizar as ideias e perceber que nada é por acaso de que tudo está interligado. Dessa maneira, o indivíduo encontra no caos a matéria-prima para o crescimento (BARRETO, 2008). Sendo assim, os princípios da abordagem sistêmica dão a oportunidade de discernir a dimensão do problema em sua totalidade e enxergar suas habilidades e os recursos para encontrar as soluções.

Ressalta Capra (2004, p. 31) que:

de acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. [...] embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema, essas partes não são isoladas, e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes (CAPRA, 2004, p. 31).

A dinâmica da Teoria Sistêmica é outro conceito metodológico da TCI que podemos identificar como influente no comportamento de enfermeira Socorro nas suas relações com os usuários; como traz sua narrativa que agrega o seu tom vital:

*[...] quando a gente pára um pouquinho para escutar melhor, percebe que é mais o sofrimento emocional. A Terapia Comunitária Integrativa nos dá a possibilidade de perceber e ver através e, com isso, modificar nossa percepção, tanto como profissional, e muito, enquanto pessoa (Socorro).*

A TCI, por sua vez, possibilita um espaço aconchegante e ausente de julgamentos que suscita confiança para os participantes contarem suas experiências de vida, desabafarem seus medos e dúvidas, e curarem seu sofrimento. Ressalta Barreto (2008, p.15) que, nos encontros de Terapia Comunitária Integrativa: “aqui o remédio é a palavra”; despertando assim a importância de expressar-se para curar as “doenças” do corpo e da mente.

Elucida Cairo (1999) que a natureza criou a comunicação universal através de formas visíveis e invisíveis à sensibilidade humana; procurar organizar os pensamentos é a direção para harmonizar o corpo. A autora afirma que todas as emoções negativas são projetadas em forma de doença e refletem-se através da linguagem do corpo, pois o inconsciente relaciona cada emoção a uma função dos órgãos.

Segundo Lazarte (2010), a teoria da comunicação humana, formulada por Watzlawick, Helmick-Beavin e Jackson, permite compreender que todo comportamento humano é transmissor de mensagens, inclusive quando não se tem a pretensão de comunicar-se - muito embora seja impossível essa neutralidade, tendo em vista que todo comportamento é comunicação.

A comunicação é um recurso da TCI para oportunizar um salto qualitativo numa interação, pois valoriza o sentido desse instrumento de transmissão de significados entre as pessoas, no intuito de causar uma integração na organização social e a transformação pessoal e coletiva.

Dessa maneira, a TCI reconhece as mensagens advindas da comunicação verbal e não verbal promovendo mudanças no mundo das relações das pessoas, como nas histórias de Clotilde e Nelmira, que revelaram a capacidade de superar as barreiras impostas pela comunicação. Isso implica (re)pensar suas relações interpessoais com os colegas e os usuários:

*Posso dizer que a Terapia Comunitária Integrativa me transformou, porque eu era muito fechada, e foi ela que ajudou a trabalhar minha introspecção, para melhorar na comunicação (Clotide).*

*Foi uma mudança no meu comportamento: estou mais paciente, capaz de ouvir as pessoas e não me estresso com pouca coisa. Antes eu era agitada e vivia um grande problema: atropelava a fala e não escutava as pessoa*

*direito. Trabalhar isso, com certeza, foi um grande passo para mim como enfermeira, porque refletiu no meu processo de trabalho (Nelmira).*

O ato de comunicar-se é uma necessidade básica do homem; sendo assim, pode ser entendida como o processo pelo qual se constroem relações no universo. É um movimento de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura.

O homem é um ser gregário, que sofre influências culturais, sociais e espirituais, e deve, assim, ser compreendido em sua integralidade como um sistema que está em constante transformação. A expressão das raízes culturais dos indivíduos motiva fortemente o comportamento e as decisões tomadas diante das situações habituais, uma vez que é um importante referencial pelo qual a sociedade desprende sua habilidade para pensar, avaliar, discernir valores e fazer suas opções no cotidiano (BARRETO, 2008).

Segundo Morais (2010), o modo como as pessoas se comportam é aprendido e transmitido progressivamente pelas gerações, e não se trata de um comportamento instintivo, mas de algo que deriva de mecanismos comportamentais introjetados pelo indivíduo que são fundamentais para a construção de sua identidade.

Através da história da enfermeira Isabela, nota-se a influência das crenças e dos valores que adquirimos em nossas raízes culturais e reproduzimos nas atitudes; como podemos observar neste recorte:

*Vim de uma cultura católica bem fechada e restrita a uma única visão: família, marido, e igreja católica. Hoje, depois da Terapia Comunitária Integrativa, posso questionar algumas coisas, porque vejo diferente e mais horizontal. Enxergo o outro sem me preocupar de qual religião, ou de que formação, ou de que categoria social ele faz parte (Isabela).*

É inegável a presença da herança cultural na construção da identidade das pessoas e de suas atitudes com o resto do mundo. Nesse caso em especial, a espiritualidade, que se revela na TCI “como um embrião de religiosidade primitiva, sem o tom eclesiástico ou institucional que a palavra possa ter ou despertar. Religiosidade, no sentido de pertencimento, de união com o real, sem fissuras nem cisões” (LAZARTE, 2010, p. 11). Ou seja, nos encontros terapêuticos, o sentimento

espiritual é valorizado em sua plenitude e sem distorções, tal qual todo valor antropológico-cultural.

A TCI é uma ferramenta de cuidado que trabalha com a visão e o respeito às diversidades. Portanto, uma roda de TCI, é um espaço de acolhimento às diferenças, às crenças, e aos medos. Nesse cenário, não se permitem preconceitos acerca dos valores morais e sociais que subjugam as posturas ou os comportamentos das pessoas; ao contrário, eles são compartilhados nas histórias trazidas e reveladas, isso possibilita a construção da cidadania.

A Terapia Comunitária Integrativa apoia-se na proposta de Paulo Freire, que valoriza a cultura e sabedoria popular como fontes de conhecimento para a construção de uma identidade. Esse conhecimento não está separado do contexto de vida, sendo assim, o saber não é algo a ser transferido, e sim compartilhado para tornar os indivíduos conscientes, na perspectiva de se apropriarem de sua realidade para poder transformá-la.

Entende-se que essa opção teórica favorece uma reflexão sobre a dimensão crítica da consciência, a qual não se modifica a não ser na práxis. Esta, por sua vez, explica as finalidades das ações transformadoras dos seres humanos sobre o mundo, superando o caráter alienador da quotidianidade (FREIRE, 1981).

A abordagem dos métodos da educação problematizadora e libertadora confere ao terapeuta comunitário, a função de facilitador que instiga a reflexão crítica dos participantes, cumprindo seu papel de agente social. Essa metodologia sugere a valorização da educação popular tanto quanto do conhecimento científico para a construção do saber; o que proporciona o processo contínuo de ação e de reflexão possibilitando a aprendizagem. A formação em TCI suscita a importância da partilha do saber, como podemos perceber através do tom vital que percorre a história da enfermeira Ligia:

*[...] a Terapia Comunitária Integrativa veio me confirmar que essa maneira de trabalhar na partilha do saber é cada vez mais importante! (Ligia).*

Além disso, segundo as colaboradoras, a abordagem dialógica e circular da TCI provoca impactos positivos nas relações com a comunidade, por fortalecer

vínculos de afetividade e confiança, como referido por todas as colaboradoras nos seguintes trechos:

*[a TCI] Mudou minha vida social também, mas a maior mudança foi profissional, houve mais aproximação com a comunidade e a equipe; além disso, os outros profissionais também mudaram junto (Clotilde).*

*E naquele momento [na Terapia] as diferenças foram possíveis de serem quebradas e todos tivemos a oportunidade de conhecer melhor o outro e se conhecer. Essas situações contribuem para diminuir a distância entre o profissional e o usuário (Socorro).*

*Então essas pessoas [usuários] passam a ser nossos amigos, nossos companheiros do dia a dia. É impressionante como a visão deles muda. Deixam de nos ver como algo tão distante, que ordena para ele fazer; e agora passa a nos enxergar como uma pessoa que está junto e sofre junto. Dessa forma, o vínculo entre nós melhora visivelmente (Kalina).*

*[...] com certeza posso dizer que a Terapia foi o que nos aproximou e trouxe mais vínculo com a comunidade [...] (Nelmir).*

*E, na Terapia Comunitária Integrativa, a gente encontra apoio para superar esses problemas e faz aumentar o vínculo entre a comunidade, o usuário e o profissional; porque, a partir do momento que você compartilha sua dor ou sua alegria; se cria um vínculo com aquela pessoa e melhora a relação (Verônica).*

Ayres (2009) refere que o vínculo não se constrói de maneira isolada; é construído pelas oportunidades e encontros, que são capazes de favorecer a intersubjetividade e produzir uma ação compartilhada. As enfermeiras, quando apostam na TCI como instrumento que possibilita essa interação, responsabilizam-se mutuamente com o outro, sua razão social.

Como pode ser visto, a Terapia Comunitária Integrativa consiste em uma tecnologia voltada para a criação de uma teia de relações sociais gerando um sentimento de pertença ao grupo. Isto é importante para que o indivíduo se sinta parte integrante do sistema grupal, e, assim, possa buscar meios para melhorar sua qualidade de vida e da própria comunidade.

Desse modo, a função do terapeuta comunitário é suscitar a competência dos participantes, para que promovam estratégias voltadas para o crescimento humano e coletivo; e ainda identificar as mudanças na vida dos participantes das rodas de TCI. Isso consente a Terapia Comunitária Integrativa enquanto tecnologia de cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para estreitar os vínculos entre os envolvidos (BARRETO, 2008; GUIMARÃES; FILHA, 2006).

Além dos vínculos de confiança e solidariedade fortalecidos no ambiente de trabalho, as narrativas demonstraram que as vivências terapêuticas possibilitaram às colaboradoras (re)significarem suas relações familiares:

*A Terapia Comunitária Integrativa também tem mudado minha vida em casa, com meu companheiro e meus filhos; agora a gente se entende melhor e consegue crescer juntos (Socorro).*

*Com certeza, a Terapia Comunitária Integrativa mexeu na minha profissão e como pessoa também; até em casa, com minhas filhas, está sendo diferente (Isabela).*

Dessa maneira, podemos perceber que os conceitos teóricos metodológicos vivenciados durante o curso de formação em TCI permitem a melhor compreensão de si e do outro, refletindo nas mudanças de comportamento, as quais são positivas para aprimorar o estreitamento de vínculos afetivos.

Portanto, as narrativas apresentadas fazem emergir a Terapia Comunitária Integrativa como dispositivo de mudança, pois, ao longo do processo de formação, as enfermeiras apreendem as bases conceituais dessa tecnologia terapêutica e são sensibilizadas a atuarem como sujeitos críticos e reflexivos na dinâmica das relações interpessoais, dos valores e práticas culturais; valorizando o indivíduo, a família e a comunidade. Ou seja, a formação em TCI provoca mudanças na dimensão pessoal e profissional que qualificam as enfermeiras para o processo de (re)organização no seu trabalho sob o enfoque da saúde do indivíduo, da família e da comunidade; como é possível apreciar na narrativa da colaboradora Verônica:

*A TCI me transformou; e, a partir do momento em que você muda, toda sua visão muda também (Verônica).*

Essa mudança é processual; a formação em TCI possibilita à enfermeira descobrir sua competência humana na medida em que são afloradas qualidades pouco valorizadas por ela mesma, mas que podem fazer toda diferença nas relações de trabalho e com a comunidade. São qualidades que despertam os elementos do cuidado humano, como: amor, solidariedade, respeito, honestidade, compaixão (WALDOW, 1998).

A capacidade de a TCI resgatar esses atributos do cuidar está evidente nos relatos das colaboradoras:

*Posso dizer que estou mais sensível, mais amorosa, mais carinhosa, mais compreensiva, mais solidária (lara).*

*Acho que, depois do curso em TCI, talvez o meu lado emocional tenha aflorado e me fez ficar ainda mais sensível para tentar compreender o agir do outro e o meu agir também! [...] Eu, após a formação em Terapia Comunitária Integrativa, fiquei menos imediatista, mais tranquila e compreensiva; agora, busco evitar a individualidade e tento fazer com que cada um interaja com o grupo (Ligia).*

Tais sentimentos revigoraram o conceito de cuidado em sua essência. Observa-se que o cuidar é inerente à significância do enfermeiro, pois antes mesmo de ser regulamentado enquanto artifício de prática; estes distribuiam seus cuidados às pessoas em situações de sofrimento; prestados por caridade e movidos pelo sentimento de bondade para com o outro.

Segundo Pires (2009); Waldow (1998), existe uma estreita relação entre o cuidado humano e o objeto da enfermagem, que não se contesta: um está intrínseco no outro. Essa verdade foi contada nas narrativas das colaboradoras:

*Como enfermeira, sempre fui “muito coração” no meu trabalho com a comunidade. É assim desde que eu, praticamente, me formei [...] (Clotilde).*

*Eu não escolhi à toa minha profissão – enfermagem. O cuidar do outro já fazia parte da minha essência, porque eu sempre fui ‘muito gente’ (Isabella).*

Dessa maneira, o cuidar é entendido não como uma meta a seguir, mas como uma atitude essencial ao ser humano e se fazer presente ao longo da vida (Boff, 1999). Sendo assim as práticas integrativas têm resgatado o cuidado humano a partir do equilíbrio interno buscado pelo entendimento do eu e de sua relação com os demais. Os profissionais são despertados para um processo de autoaprendizagem e amor (WALDOW, 1998).

Nessa mesma perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa fortaleceu os “sentimentos humanos”, o que impactou positivamente na prática das enfermeiras, tanto no atendimento individual, como nas atividades em meio coletivo.

No que diz respeito à atenção individual, os conhecimentos apreendidos da tecnologia no curso puderam otimizar seu valor terapêutico e atender ao ser humano numa dimensão total; como sugerem as narrativas das enfermeiras:

*A Terapia Comunitária Integrativa mudou muito meu processo de trabalho, me fez observar mais os problemas do outro, o que está por traz daquela fala do usuário [...] individualmente, isso acontece todos os dias no*

*atendimento; numa escuta mais qualificada em que posso perceber o que realmente está fazendo mal e mexendo com ele [...] (Isabela).*

*Então vejo que o meu atendimento individual melhorou [...] melhorou em tudo! (Verônica).*

*Eu costumo aproveitar minha vivência em Terapia Comunitária Integrativa em tudo que eu vou fazer; tanto no atendimento individual como em grupos, e ainda nas reuniões de equipe (Kalina).*

Desse modo, a valorização da escuta qualificada permite uma maior aproximação do profissional com o usuário e facilita sua intervenção, porque consente atenção para a dor de cabeça e outras dores mais que surgem com a interpretação singular da comunicação verbal e não-verbal no momento do encontro.

A enfermeira Nelmira também revela o poder da escuta qualificada, valorizada pela TCI, que mudou seu comportamento e pôde direcionar sua atividade laboral com uma abordagem mais holística, entendendo as subjetividades do indivíduo inserido em seu contexto de vida:

*A TCI me fez trabalhar a escuta; agora sou capaz de sentir e ver qual o sentimento e a dor que a pessoa traz no momento da Terapia Comunitária Integrativa e dentro do consultório. É, muitas vezes, no consultório, que as pessoas vêm conversar sobre sua dor; e quando você pergunta: O que você está enfrentando? O que tem por trás dessa dor de cabeça? Então vem a história da dor de cabeça e outras dores mais (Nelmira).*

Observa-se que, a TCI sensibiliza a compreensão do que está por trás dos sintomas clínicos trazidos em uma consulta, além disso, possibilita alcançar a importância de abordar os sistemas que circundam os indivíduos, percebendo-os inseridos na família e na comunidade; vulneráveis ao adoecimento pelo contato com os “germes” da sociedade, como: a fome, a violência, os vícios e outros elementos que, por vezes, são os maiores causadores de doenças.

Essa percepção mais aguçada dos múltiplos problemas que causam o adoecimento instiga o enfermeiro a direcionar sua intervenção para estimular as competências e a autonomia do usuário e conscientizá-lo como copartícipe da ação terapêutica; como fundamenta a narrativa da enfermeira Lígia:

*Essa sensibilidade acontece até no momento da consulta, quando o usuário já chega fragilizado com aquela angústia, com aquela dor; e começa a falar o que está sentindo e desabafa. Esse contato dá ao terapeuta a oportunidade de estimular a autonomia do usuário diante de problemas que ele pode superar (Lígia).*

Nesse sentido, o enfermeiro terapeuta comunitário exalta os recursos de cuidado, desvia o olhar para o sofrimento na rede relacional, e direciona suas ações também para o âmbito coletivo.

Segundo Medeiros; Silveira (2007) tem sido cada vez mais importante estimular atividades coletivas, pois, assim, grande parte da comunidade pode se tornar autônoma e responsável pela construção do conhecimento em saúde.

Mediante o exposto, é possível afirmar que a Terapia Comunitária Integrativa tem-se mostrado um dispositivo de mudança que resignifica o movimento do cuidar. Quando os participantes encontram em sua verdades introjetadas e despertadas, entendem que pode ser capazes de modificar as concepções sobre si e sobre sua prática.

### **5.3. Dificuldades/desafios enfrentados para a implementação da TCI na ESF, sob a ótica das enfermeiras.**

Em seu contexto histórico, observou-se que enfermagem atravessou as várias mudanças dos paradigmas da saúde, e “tropeça” nas dificuldades de adaptação para atender a promoção da saúde com suas bases na integralidade e a universalidade, reconhecendo o usuário inserido no seu contexto social e familiar.

A Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante do SUS tem apresentado provocações importantes aos gestores e profissionais de saúde, pois, apesar da disponibilidade de algumas ferramentas destinadas a facilitar as transformações em curso, suas implementações têm-se mostrado lentas diante de resistências políticas e culturais (PINHO, 2010).

Trata-se de um processo de mudança e, como toda transformação, é permeado por crises e desafios. É o caso da Terapia Comunitária Integrativa um recurso terapêutico com experiências exitosas, cientificamente comprovadas, mas tentando ainda superar obstáculos para ser implementada. Segundo Oliveira (2008), esse recurso tem enfrentado problemas de ordem estrutural, histórica e funcional, que, embora tenha sido analisados desde sua implantação na rede básica de saúde,

no município de João Pessoa-PB; alguns desses problemas permanecem e outros foram passíveis de interpretações diferenciadas.

No que diz respeito aos recursos de estrutura, alguns relatos apontam que as USF não dispunham de local apropriado para desenvolver as atividades de âmbito coletivo, inclusive a Terapia Comunitária Integrativa, como demonstram as falas das colaboradoras:

*Infelizmente, no momento não estou fazendo, a TCI, nesta unidade, por conta dos atropelos físico; mas, na outra unidade de saúde, em que eu trabalhava, a prática [a TCI] acontecia toda semana [...] (kalina).*

*Quando iniciamos as Terapias na comunidade, não tínhamos espaço para fazer as rodas, [...] Também não tínhamos privacidade, e algumas pessoas se inibiam de falar, porque estávamos em um lugar aberto, e outras pessoas chegavam a todo instante (Nelmir).*

Dessa maneira, não ter um local privativo e confiável fragiliza o desenvolvimento dos encontros, pois os usuários não se sentem confortáveis para expor suas intimidades. Segundo Oliveira (2008), esse é um empecilho que vem desde o momento da inserção da TCI e ainda se registra ao longo de sua implementação.

Quando se trata das dimensões históricas, referimos-nos à importância da formação da categoria e pouca experiência em desenvolver as atividades, motivos que impactaram negativamente na condução dos encontros de Terapia Comunitária Integrativa, como se referem nestes trechos narrativos das enfermeiras Iara e Isabela:

*A grande dificuldade está em fixar um grupo só para fazer a Terapia Comunitária Integrativa. Eu acredito ser uma dificuldade de todos os terapeutas, porque pode acontecer de ficarem monótonas, repetitivas, com as mesmas pessoas; e aí esses grupos acabarem se evadindo (Iara).*

*Eu acredito que essa desmotivação do grupo [de TCI] veio da maneira como foram conduzidos os encontros. [...] Talvez, uma condução, num momento infeliz, mas alguma coisa aconteceu para eles não gostarem! (Isabela).*

Entendo que isso seja reflexo do processo da formação acadêmica que privilegia uma visão de mundo bastante limitada, voltada para a educação bancária, que aliena e não prepara o profissional para uma abordagem problematizadora, como propõe a TCI. Essa lacuna também é parte de um processo de adaptação das enfermeiras às novas propostas do modelo comunitário.

Compartilha Araújo (2010); Medeiros; Silveira (2007), em seus estudos, que as atividades de educação sanitária ainda mostram dificuldades, semelhantes às apresentadas para a sistematização, como: falta de estrutura física, metodologias pouco aceitas, desmotivação dos profissionais, desinteresse dos usuários; no entanto podem revelar experiências exitosas e possibilidade de mudança.

Assim como as enfermeiras encontraram desafios para desenvolver outras práticas coletivas ou atividades de educação em saúde a nível de ESF, como discutido no primeiro índice deste capítulo, também referiram dificuldades para realizar os encontros de TCI, tendo em vista que essa atividade de cuidado se apresenta como uma nova proposta.

O curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa procura estimular maneiras dinâmicas de trabalhar com grande número de pessoas, com o uso de músicas, danças e trabalhos, com a valorização dos recursos culturais da comunidade. Segundo Feuerwerker (2005), os profissionais da ESF ainda enfrentam muitas barreiras para lidar com a grande demanda, pois a forte influência do modelo curativo de queixa-receita-remédio ainda permanece arraigado na cultura. Tal dificuldade pode ser observada nas falas de Clotilde e Socorro:

*Tem sido muito difícil, não só usar a estratégia da TCI, mas desenvolver outras atividades, inclusive as realizadas pela equipe com o apoio dos alunos do PET Saúde (Clotilde).*

*Mas, é bom lembrar que a gente sempre teve, e tem, algumas dificuldades; no que diz respeito a formar grupos, principalmente com os hipertensos, porque muitos têm resistência e só vão mais à unidade de saúde em busca da prescrição e da medicação (Socorro).*

Outras narrativas apontam nessa mesma perspectiva e ressaltam o descompromisso dos usuários como mais um obstáculo para a implementação dessa estratégia:

*Na verdade, eu percebo que é muito difícil trazer o usuário para a unidade só para alguma atividade educativa. O usuário ainda vem esperando aquele atendimento curativo e, normalmente, o que ele quer é uma consulta com o médico para sair com aquela receita; se não for assim, é como se não tivesse feito uma consulta; isso já faz parte de nossa cultura (Verônica).*

*Sempre trabalhei na Estratégia de Saúde da Família, e percebo o quanto é difícil conseguir formar grupos. Noto que a grande dificuldade está na própria cultura da comunidade, que só procura a unidade para se consultar e receber medicação (Ligia).*

Diante dessa situação, afirma Ayres (2009) que o sucesso prático do projeto de felicidade, que significa a noção de cuidado, só é possível quando existe um envolvimento efetivo e participativo dos usuários e comunidade. Isto se torna viável com a sabedoria compartilhada através das tecnologias que possibilitam o diálogo e favorecem o estreitamento dos vínculos.

A estratégia de abordagem da Terapia Comunitária Integrativa condiz com as expectativas colocadas, pois encontra um dos seus pilares nos preceitos da educação problematizadora proposta por Paulo Freire. No entanto outras questões ainda atreladas à representação cultural permanecem para dificultar o processo de implementação da TCI.

As narrativas de Clotilde e Iara despertam um viés as para representações cultural e social do uso da palavra terapia, por elucidar o estigma de saúde mental, como mostra nos trechos:

*Era bem difícil acontecer na própria unidade de saúde, pois tinha aquele pensamento de só precisar da Terapia quem tem problema mental, mas a gente sabe que não é assim. Ah! como é difícil manter um grupo só de Terapia Comunitária Integrativa; eu acho que é a questão cultural mesmo (Iara).*

*Por isso, mais uma vez tentamos fazer diferente, não mais com grupos formados, mas aqui dentro da unidade com as pessoas que iam chegando para serem atendidas; na sala de espera, onde a gente chamava para conversar e não usava o termo terapia (Clotilde).*

É uma representação cultural/social sobre a palavra “terapia” gerada a partir de um “senso comum”, que marca a saúde mental. Segundo Moreira (2011, p.12) “toda representação é construída da relação do sujeito com o objeto.” Isso elucida que a representação é um fenômeno que está engrenado na comunicação e nos processos de interações sociais. Nessa perspectiva de análise sob a ótica das representações culturais e sociais, é importante um maior aprofundamento de conhecimentos, a fim de traçar as minúcias que envolvem a temática, portanto não poderia deixar de provocar e sugerir novos estudos.

Nas leituras das entrevistas, foi possível compreender que o reflexo cultural do modelo biológico limita o desenvolvimento de tecnologias leves no cenário da saúde, em especial a Terapia Comunitária Integrativa.

Essa reação à inovação tecnológica do cuidado também aparece na interpretação referida quanto à “falta de sensibilização e apoio da equipe” para a formação de grupos de Terapia Comunitária Integrativa, como mostram esses recortes narrativos:

*[...] não tive apoio da equipe, porque não aceitavam a Terapia, principalmente os ACSs, a quem eu pedia para convidar a comunidade, mas eles não colaboravam de jeito nenhum. Então eu ia, de casa em casa deixando o convite para quem já tinha vínculo. Assim, ainda consegui fazer alguns encontros terapêuticos no serviço (Isabela).*

*[...] acredito que para gente fazer e ajudar a conduzir um grupo precisa da equipe, de pessoas motivadas e isso falta por aqui [...] mais ninguém da equipe quis enfrentar e tentar ir conduzindo o grupo adiante [...] se nós [terapeutas comunitários] planejávamos, a coisa acontecia; mas se não fizéssemos nada, então nada acontecia! (Nelmir).*

*Fazendo a Terapia Comunitária Integrativa na unidade, eu percebi a busca de ajuda com o outro; então, decidi tentar trazer para a própria equipe, mas não deu muito certo, porque alguns colegas não acreditam e não valorizam a TCI (Ligia).*

*Era difícil, porque também não tivemos a colaboração dos ACS, que não aceitavam e, por isso, não repassavam a importância da TCI para os usuários; além disso não levavam os convites para casa de quem eles viam que precisavam e estão no contexto de uma situação de sofrimento. Entendo que é preciso aceitar a TCI para você transmitir, com confiança, que ela pode ajudar! Era uma pena, porque tinha dia que estava tudo preparado, a gente ficava aguardando, mas não vinha ninguém (Verônica).*

Nesses trechos, evidencia-se o esforço das enfermeiras para fazer acontecer a ação terapêutica e realizar o convencimento do restante da equipe sobre a importância desse recurso terapêutico que traz a perspectiva ampliada de saúde e contribui para sair de um modelo unitário para um comunitário. Nessa ótica, a colaboradora Isabela deixa claro essa importância de transmitir a essência da TCI como fomentadora de transformação:

*A gente tentou fazer com os trabalhadores para sensibilizá-los; existiam quase setenta, mas compareciam dez ou quinze, no máximo. Isso me deixa indignada, porque, apesar de no curso termos sido orientados sobre a questão de sensibilizar a equipe, a gente não estava conseguindo. Como foi difícil! Meu Deus do céu! Acho que todo mundo deveria fazer o curso para sentir e saber o que é, como a TCI ajuda; como é importante [...] (Isabela).*

Isso suscita a necessidade do artifício da sedução do terapeuta comunitário no intuito de envolver os profissionais pelo sentimento positivo e contagiate da arte do cuidar, para transformar a concepção acerca da Terapia Comunitária Integrativa. Já diz o antigo jargão “as palavras convencem e os exemplos arrastam”, sendo assim, é mister usar da criatividade para transmitir com veemência a compreensão do

cuidado humano apreendido pelas vivências terapêuticas. Esse artifício se faz importante, principalmente, porque a reação de estagnação de alguns companheiros de equipe pode estar fortemente interligada às sensações de ruptura do velho e do despertar de algo novo que não teve oportunidade de vivenciar em sua plena essência para entendê-la.

O processo reflexivo das leituras nos consente sugerir que a dificuldade de sensibilizar os profissionais ou conseguir apoio é projeção do medo, apreensão, dúvidas, desconfianças, e inseguranças dos companheiros de trabalho; ou seja, dos sentimentos provocados pela ruptura dos modelos, perspectivas, ideologias acerca do processo de cuidar. Ou mesmo nos faz levantar a suspeita de sentimento de rejeição ou competitividade por não terem sido privilegiados com o curso de formação, tendo em vista que faz parte da dinâmica da seleção um encontro de sensibilização para que os interessados esclareçam suas dúvidas acerca dos objetivos e das propostas da TCI e das atribuições do terapeuta comunitário, mas nem todos conseguem dar continuidade.

Essa ideia traz intrínseca a noção de que a assistência à saúde demanda participação interdisciplinar, pois nenhuma categoria profissional consegue contemplar, por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença (HOGA, 2004; ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

A participação multidisciplinar é uma condição exigida pelo SUS que, dentre as atribuições técnicas de cada um dos profissionais que compõe a equipe das USF, enfatiza a identificação com “uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo” (BRASIL, 1998, p.13). Em 2007, o Ministério da Saúde reafirma que essa integração entre a equipe é primordial para o desenvolvimento de atividades de educação popular (BRASIL, 2007b).

As ações multiprofissionais têm como base a integralidade da assistência; se esta não acontece, dificulta todo o processo de desenvolvimento de uma atividade, nesse caso, da TCI. Não obstante, essa conjuntura nos permite discernir a fragilidade das relações dos profissionais e a dificuldade em desenvolver o trabalho em equipe.

Pensando nessa ótica, quando a USF trabalha a ideia de “equipe”, a enfermeira se sobrecarrega de atividades e encontra nesta situação mais um obstáculo a ser superado para operacionalização do seu trabalho e implementação da Terapia Comunitária Integrativa. Na ESF a enfermagem desempenha as mais diversas funções. Além das atribuições próprias a sua profissão, responsabilizam-se por aquelas comuns a toda a equipe, como educação em saúde e vigilância epidemiológica; e, por vezes, assume o papel de administrador/supervisor da Unidade de Saúde da Família decorrente das suas competências/habilidades de gerenciamento e atribuição da instituição empregadora.

De acordo com Reis (2001, p.53), o cargo de supervisor é criado para “fazer cumprir as regras e normas técnicas definidas pela organização”, dessa maneira, o profissional delegado para cumprir a tarefa de “autoridade hierárquica” deve ser qualificado e especialista, para servir como um “elemento de ligação entre a autoridade superior e o nível de execução”.

Acrescenta Amaral; Campos (2011, p.5) que “outro aspecto essencial da vida das organizações são as relações políticas inerentes a ela, expressas por meio do processo de tomada de decisões e da gestão de conflitos.” Portanto, o perfil da metodologia de abordagem do profissional que desempenha essa função pode interferir positivamente ou negativamente nas relações com a equipe de trabalho e influenciar no desenvolvimento de suas atividades.

Segundo Costa; Miranda (2008), a função de administrador da equipe de saúde segue a mesma ideia de supervisor, proposta por Reis (2001), e, neste caso, decorre da influência histórica, tendo em vista que o êxito do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) oportunizou a idealização e desenvolvimento da ESF, sendo que a responsabilidade de gerenciamento/supervisão das ações de saúde era delegada ao enfermeiro.

Assegura Amaral; Campos (2011, p. 4) que:

Os avanços teóricos acerca de novos modelos para as políticas de pessoal não tem sido acompanhados de mudanças práticas em escala suficiente para gerarem um novo padrão de governança para o SUS. A Política Nacional de Humanização tem trazido alguns referenciais para a gestão do trabalho em saúde, propondo a atuação em dois eixos: transformar a forma de produzir e prestar serviços de saúde (novos arranjos organizacionais) e também alterar as relações sociais que envolvem os trabalhadores e

gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução dos serviços (formas de gestão participativa) (AMARAL; CAMPOS, 2011, p. 4, grifos da pesquisadora).

Nesse aspecto, a Terapia Comunitária Integrativa apresenta resultados favoráveis às interações com a equipe, sobretudo nas relações de hierarquia, pois a enfermeira, em decorrência dos seus conhecimentos na área da administração, por vezes, assume o papel de 'diretora' do serviço e se coloca na responsabilidade de resolver assuntos que envolvem toda a equipe. Isso eventualmente também acontece devido à cultura organizacional da instituição que incumbe atribuições à categoria de acordo com expectativas próprias.

As narrativas das enfermeiras demonstram que a Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado a melhorar a sua postura diante das adversidades gerenciais assumidas e a dissolver algumas discrepâncias relacionais decorrentes dessa função:

*[...] estou mais paciente, capaz de ouvir as pessoas e não me estresso com pouca coisa [...] Como a enfermeira é também responsável pela administração, minha abordagem com a equipe melhorou [...] (Nelmir).*

*Enquanto diretora, a Terapia Comunitária Integrativa me ajudou a lidar com o processo de trabalho e a valorizar o coletivo com olhar multiprofissional. Ela me auxiliou no enfrentamento de determinadas situações relacionadas ao meu trabalho, porque me proporcionou um pouco mais de domínio e sabedoria para tomar algumas decisões a respeito de questões que, as vezes, causam muita apreensão e angustia na gente (Ligia).*

*[...] eu estava com um problema sério na equipe no PSF, com ACS e com as coisas rotineiras do enfermeiro [...], mas se eu não tivesse vivendo o curso, talvez meu comportamento fosse outro [...] Hoje aqui, nunca vou ter esses problemas, com certeza! Agora consigo lidar melhor com as relações de hierarquia, porque elas existem e devem existir, já que fazem parte da organização do sistema [...] (Isabela).*

O acúmulo de atividades e responsabilidades, especialmente de gerenciamento, por vezes pode desviar os profissionais das reais prioridades de saúde, tendo em vista que são sufocados no regime de 40 horas semanais para prover cuidados a indivíduos, famílias e comunidades; e para desenvolver atividades de promoção, prevenção e reabilitação, vinculadas a um módulo de saúde. Essa carga de trabalho gerada pelas inúmeras atribuições foi verbalizada pelas enfermeiras, como podemos observar nos seguintes relatos:

*A gente, enfermeira que trabalha em PSF, passa o maior tempo da nossa vida junto da comunidade e da equipe [...] (Clotilde)*

[...] durante o atendimento no consultório, onde não temos tempo suficiente para escutar e identificar melhor o sofrimento que aquele usuário traz [...] (Socorro).

[...] como enfermeira, me sentia na obrigação de atender todo mundo que chegava, pois, sendo uma profissional de saúde era de minha responsabilidade aquela vida [...] (Verônica).

*Tentei fazer [a TCI] aqui na própria USF, mas a demanda é enorme! É um sufoco grande! Faltam dias para eu atender: se tivesse dez dias na semana, ainda era insuficiente (Isabela).*

A demanda exagerada de atividades realizadas pelas enfermeiras torna limitante o desenvolvimento do seu trabalho com grupos, inclusive a Terapia Comunitária Integrativa. Esse problema é de natureza supostamente funcional e pode suscitar conflitos nos modos de pensar e de atuar dos profissionais que se encontram neutralizados pela ideologia do sistema de produção do trabalho que o esgota e desmotiva sua prática.

Essa é uma questão também nos incita a refletir sobre a organização da rede básica de saúde no SUS, que opera de maneira limitante com suas normatizações, as quais restringem a “autogovernabilidade” do trabalho pelo profissional. Isso se agrava quando o sistema funciona sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, senhas, metas e indicadores a cumprir, tendo ou não a disponibilidade de certos recursos (FRANCO, 2006).

Tal conjuntura nos permite afirmar que existiu uma disponibilidade da gestão em ofertar o curso de qualificação da tecnologia de cuidado; no entanto o modelo de gerenciamento dispunha de limitantes recursos de ordem estrutural, cultural ou funcional para a implementação da Terapia Comunitária Integrativa.

“A adesão dos profissionais é um desafio que não tem a ver só com o comportamento da equipe ou do profissional, mas também com o processo de formação dos profissionais e com o processo de gestão, uma vez que tudo, todas as decisões vinham de cima para baixo”, cita Oliveira (2008, p. 155) em seu estudo sobre a implantação da TCI na Paraíba.

As colaboradoras corroboram essa afirmação quando mencionam as dificuldades enfrentadas, e atestam suas narrativas de inúmeras tentativas, por vezes fracassadas, para desenvolver as rodas de TCI:

*A gente encontra muitas dificuldades em fazer a TCI [...]. É difícil, porque às vezes tudo está programado, mas, de repente, recebo a chamada para uma reunião fora daqui; então o encontro não acontece e isso quebra o vínculo e a confiança da comunidade. Outras coisas também impediram a gente de continuar fazendo as rodas, a exemplo da mudança de casa, de alguns problemas de relacionamento dentro da equipe; troca de profissionais; e ainda por questões administrativas. Tudo isso foi contribuindo para diminuir os encontros de TCI (Ligia).*

*Acredito que se fosse possível fazer no horário que a gente pode, seria mais fácil ter mantido a TCI nessa continuidade. Tenho consciência de que tentei tudo que estava ao meu alcance (Clotilde).*

Percebe-se, portanto, que o profissional não tem poder de gerenciar integralmente seu processo de trabalho, uma vez que é limitado pelas atividades burocráticas impostas pelos condicionantes do sistema de saúde, e recebe influência dos desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder dos sujeitos que estão envolvidos.

Enfatiza Reis (2001, p. 57) que, geralmente, nas instituições de saúde “a burocratização avança e, pela necessidade de racionalização, obriga o processo supervisor a realizar-se de maneira funcional, enfatizando métodos, técnicas e processos, diminuindo a eficácia dos serviços”.

Para tanto, Campos (2010) reforça que a metodologia da cogestão e participação do trabalho em saúde é como um trabalho artesanal que necessita de trabalho em equipe, e não necessariamente depende de máquinas e artefatos burocráticos. Dessa maneira, o profissional se sente com maior autonomia e motivado a desempenhar melhor suas funções, estabelecendo compromisso com os interesses dos outros sujeitos.

Segundo Merhy; Franco (2005) o “autogoverno” é um atributo determinante frente à organização de serviços de saúde, e está ligado à autonomia como dispositivo para mudanças, pois permite o profissional intervir e conduzir seu processo de trabalho.

Portanto, mudar o processo de trabalho só é possível quando os profissionais discutem e, efetivamente, podem intervir nas decisões sobre os serviços na Unidade de Saúde, apoiados por uma gestão participativa, baseada nos princípios democráticos e de interação entre a equipe.

Desse modo, os gestores têm uma participação direta na configuração dos serviços, juntamente com os profissionais, pois são protagonistas na construção das práticas de saúde e das diferentes possibilidades de se produzir novas tecnologias de cuidado orientadas para as necessidades de saúde dos usuários (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Nesse caso, a funcionalidade diz respeito apenas às questões de domínio do profissional para organizar suas atividades no serviço em ação conjunta com a gestão.

Vale salientar que, durante a contação das histórias, prevaleceu o discurso da desmotivação e impotência diante das dificuldades e dos desafios, o que é preocupante e permite-se cogitar a dimensão que essa insatisfação pode alcançar no desempenho profissional das colaboradoras. Sendo assim, implantar a Terapia Comunitária Integrativa por si só não é suficiente, é imperioso possibilitar a sua implementação.

Situações como as que foram referidas, as quais são altamente estressantes sob a influência de grande “pressão”, podem provocar o esgotamento físico e/ou emocional das enfermeiras culminando no adoecimento.

Segundo Trindade; Lautert (2009) e Campos (2007), os enfermeiros da ESF são susceptíveis a adquirir doenças relacionadas ao trabalho, a exemplo da síndrome de *Burnout*, tendo em vista que são vulneráveis por entrarem em contato com aspectos e situações limítrofes, que provocam frustrações com relação a si e ao trabalho, a exemplo de poucos recursos e muita demanda. Portanto, é preciso investir em estratégias que possibilitem o exercício do autocuidado, o bem-estar do profissional e o fortalecimento das relações sociais de apoio à equipe.

Diante dos achados, é essencial construir um olhar analisador sobre as adversidades encontradas na implementação da Terapia Comunitária Integrativa no intuito de identificar onde e como cada protagonista (profissional, gestor, usuário) pode contribuir para efetivar essa tecnologia, que não deixa dúvidas quanto a sua legitimidade como instrumento de transformação.



## *6. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

*"Não haverá BORBOLETAS se a vida não passar por longas e silenciosas METAMORFOSES".  
(Rubem Alves)*

A metáfora da borboleta nos remete a refletir sobre as metamorfoses vividas pelas enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB, durante o curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa, e as transformações do tempo presente que se configuram na adaptação às novidades e novas perspectivas do modelo sanitário vigente.

O processo de transformação é marcado por emoções evocadas pela visita às histórias do tempo passado, dos momentos, crises, feridas não cicatrizadas, traumas; a partir da qual se trabalha o autoconhecimento dos participantes. Por sua vez, esse autoconhecimento consente revelar suas limitações e fragilidades, bem como despertar o poder resiliente que empodera e permite o melhor aproveitamento de suas potencialidades. É um processo inacabado e, por isso, muitas outras transformações acontecem e vêm acontecendo a cada dia.

Durante o curso, as vivências terapêuticas e as dinâmicas que fazem parte da formação em Terapia Comunitária Integrativa permitem ao profissional adentrar suas emoções, reconhecendo-as como parte do seu processo vital, que é dele e de todos que atravessarem sua história. Esse movimento trabalha aspectos subjetivos que podem interferir na condução de uma roda de TCI, no seu conhecimento da devida distância entre suas emoções e as que irão surgir no seu trabalho terapêutico.

Cada fragmento das história contadas pelas colaboradoras revelou a necessidade incessante de se dar continuidade à edificação da Terapia Comunitária Integrativa como recurso terapêutico de cura, que sana as suas dores, seus sofrimentos e embala a dinâmica da arte de cuidar para quem cuida e precisa ser cuidado.

A interpretação de cada tom vital e das verdades/interpretações reveladas pelas enfermeiras permitiu dar viabilidade e atingir os desígnios propostos pelo estudo. No que diz respeito ao objetivo de conhecer as razões que impulsionaram as

enfermeiras na ESF do município de João Pessoa-PB a realizar a formação em Terapia Comunitária Integrativa, foi possível perceber que a aproximação dos propósitos da estratégia com o objeto da prática de enfermagem seduziu as colaboradoras a procurarem o curso.

Indiscutivelmente, a filosofia da Terapia Comunitária Integrativa aproxima-se do artifício de trabalho da enfermagem - o cuidar, na sua essência humana, com resgate de todos os seus elementos: o amor, respeito, humildade, compaixão. Dessa maneira, esse recurso terapêutico apresenta-se como uma potente estratégia que desponta para as premissas da nova política sanitária voltada à humanização.

Esta pesquisa mostrou que a carência de conhecimento para trabalhar os aspectos do novo paradigma da saúde - que exige a ruptura de um modelo centrado na doença e passa a olhar a pessoa e seu contexto de vida familiar e comunitária - foi outro importante aspecto considerado na busca pela qualificação em TCI, tendo em vista que esse instrumento aproxima o profissional, usuários e colegas de trabalho, fortalecendo a rede de relações necessária para promover saúde e prevenir o adoecimento.

Nessa perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa se apresenta como uma teia de socialização na qual cada fio se fortalece quando encontra um apoio, fazendo um desenho que encanta com sua beleza e complexidade. Isso implica entender que a essência dos encontros terapêuticos está no sentimento de pertença do grupo, na valorização e respeito às diversidades, bem como na solidariedade, com o propósito de compartilhar experiências e gerar competências.

Vale salientar, a aproximação dos aspectos metodológicos da Terapia Comunitária Integrativa; estes atravessam as histórias contadas pelas enfermeiras, de maneira tal, que revelam mudanças de comportamento e disparam uma cascata de transformações nas suas relações sociais e no trabalho.

No entanto, é imperioso cogitar que, para a viabilidade do processo de mudança e efetivação dessa tecnologia de cuidado, faz-se imprescindível a participação de outros protagonistas: gestores, usuários/comunidade e os outros profissionais da rede de atenção da ESF, no intuito de conferir-lhes a ideia de autogovernabilidade, que elucida as questões de domínio do profissional para

organizar suas atividades no serviço. É necessária, portanto, uma ação conjunta, com a corresponsabilidade de uma gestão participativa e o apoio dos atores envolvidos.

No estudo, ficou evidente que o próprio sistema normativo do SUS e suas exigências dificultam o autogoverno das enfermeiras frente à exigência de atingirem-se metas: é a preocupação com a quantificação e não com a qualificação do trabalho dessas profissionais. Essa cobrança burocrática restringe tempo e direciona a conduta do profissional para um modelo reducionista e tecnicista.

Aliado a isso, conduziu-nos a entender que a suposta participação da gestão municipal não consegue dar apoio necessário para se dar continuidade à implementação da TCI como estratégia de cuidado na ESF. Tendo em vista que a incumbência de uma função administrativa para as enfermeiras limita o período para dedicação a essa atividade e reduz a competência da autogovernabilidade do profissional mediante seu processo de trabalho. Na leitura do material, ficou compreendido que se trata de uma estrutura política que qualifica o profissional, mas não dá subsídios para que ele desenvolva a competência.

Outros fatores corroboram e tornam-se desafiadores para as enfermeiras enquanto terapeutas comunitárias, realizarem os encontros terapêuticos, como: locais impróprios, escassa participação dos membros do grupo, pouca criatividade, pouca experiência nas abordagens coletivas, descrédito e desvalorização da técnica por parte de alguns colegas de trabalho, e ainda falta de espírito de equipe. São aspectos que remetem compreender a importância de fortalecer as relações entre os sujeitos que participam ou que, pelo menos deveriam participar do processo de construção do trabalho em saúde, a exemplo do usuário e outros profissionais.

É pertinente ressaltar que os encontros de TCI convidam para um espaço de escuta e fala que possibilita a quebra dos sentimentos de poder entre usuário/profissional; saber popular/ saber científico; diretor/profissionais, através do respeito e fortalecimento de vínculos de confiança, afetividade e solidariedade. Essa ferramenta desperta a consciência crítica e empodera as pessoas como agentes de transformação de sua realidade de vida e da coletividade, acordando a cidadania.

A TCI influencia a superação da deficiência da formação acadêmica que reproduz uma educação bancária, verticalizada e alienadora, que privilegia o conhecimento teórico e memorizado e não prepara o profissional para lidar com os aspectos subjetivos da realidade, bem como estabelece um distanciamento entre os profissionais e o usuário e dificulta a resolutividade das atividades terapêuticas de educação sanitária.

Dessa maneira, os investimentos na capacitação em TCI de profissionais da área de saúde são válidos e podem contribuir para a eficácia na aplicação da prática de grupos, pois o método possui uma abordagem horizontal do saber, valoriza a competência dos usuários enquanto agentes de transformação de sua realidade e favorece o fortalecimento de vínculos. Além disso, a Terapia Comunitária Integrativa se destaca como nova técnica de trabalho com grupos, que pode sistematizar qualquer outro tipo de atividade desse tipo.

Sendo assim, a Terapia Comunitária Integrativa se apresenta com sua estruturação metodológica de base circular, guiada por fundamentos teóricos metodológicos que lhe conferem *status* de tecnologia leve de cuidado, pois utiliza dos instrumentos relacionais para tratar. Também pode ser considerada como uma atividade grupal de reabilitação e apoio; quando é utilizada como atividade de caráter educativo em grupos específicos dos programas do MS, ou como técnica, orientando outras atividades “emprestando” seus fundamentos e parte de sua estrutura. Através dela, podem ser abordados temas relacionados à saúde e assim prevenir adoecimento e promover saúde, pontos chaves das consideradas atividades educativas.

Percebe-se, portanto, que o modo de fazer Terapia Comunitária Integrativa está em consonância com a edificação do modelo comunitário de saúde com a adoção de ações básicas de saúde coletiva na Estratégia Saúde da Família. É relevante sublinhar que a ESF apresenta um importante modelo teórico de saúde. Para tanto, as equipes de saúde da família devem estar preparadas para desenvolver saúde com o cerne da promoção e humanização. Conclui-se que é fundamental o apoio de uma gestão participativa e que promova a educação permanente para qualificar os profissionais e preparar para as inovações desse modelo que se destaca cada vez mais como resoluto e eficaz.

Este estudo sugere outras pesquisas sobre a temática, tendo em vista que as experiências do processo de formação de terapeutas comunitários e transformação das enfermeiras podem ser compreendidas e exploradas por outros vieses investigativos.



## REFERENCIAS

ALMEIDA, M. C. P. DE. A Formação do Enfermeiro Frente à Reforma Sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p. 505-510, 1986.

ALMEIDA, M. C. P. DE; MISHIMA; S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, ago. 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041169200000600014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000600014&lng=es&nrm=iso). Acesso em 03 dez. 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, F. B. **A Terapia Comunitária Como Um Instrumento De Inclusão Da Saúde Mental**: avaliação da satisfação dos usuários. 2009. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ARAUJO, V. S. **Educação Em Saúde para Idosos na Atenção Básica**: Olhar Dos Profissionais de Saúde. 2010. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciencias da Saúde, Universidade Federal da Pariaba, João Pessoa-PB.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, abr/jun, 2009. supl.2.

AZEVEDO, E. B. **Rede de Cuidado na Saúde Mental**: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande - PB. 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRETO et. al. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/ SUS**: A Inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar, ética do humano – Compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOM MEIHY, J. C. S. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

BOM MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

BOM MEIHY, J. C. S.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral**: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011.

BRAGA, L. A. V. **Terapia Comunitária e Resiliência: histórias de mulheres.** 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BRANDEN, N. **Como Mejorar su Autoestima.** Barcelona: Paidos Iberica, 1998, 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 196/96.** Disposição sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assstência à Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasilia, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização.** 2.ed. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06\\_0438\\_M.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06_0438_M.pdf)>. Acesso em 21 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais Saúde:** Direitos de Todos, 2008-2011. Série C. Projetos, Programas E Relatórios. 2. ed, Brasília-DF, 2008.

CAIRO, C. **Linguagem do corpo:** aprenda a ouvi-lo para uma vida saudável. São Paulo: Mercuryo, 1999.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador:** uma proposta para os profissionais de saúde. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2337-2345, 2010.

CARÍCIO, M. R. **Terapia comunitária:** um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. João Pessoa, 2010. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CARVALHO, V. de. Enfermagem e História da Enfermagem: Aspectos Epistemológicos Destacados na Construção do Conhecimento Profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 500-508, sep. 2007.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2004/2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHAGAS, N. S. **Aprendizados da Formação em Terapia Comunitária**. ABRATECOM, 2007. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/cientificos/artigo05.asp>. Acesso em: 12 fev. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL,4,2010, Brasilia, DF. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: MS/CNS, 2010. 210p.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. de. O Enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: Contribuição para a Mudança do Modelo Assistencial. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun. 2008.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: [www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/330/205](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/330/205). Acesso em: 20 abr. 2011.

DIAS, M. D. **Mãos que acolhem vidas**: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. 2002. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FAZENDA, I. **Empowerment e participação, uma estratégia de mudança**. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, 2009. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

FRANCO, TB. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho e Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FERREIRA FILHA M. O.; DIAS, M. D. **Terapia Comunitária**: uma ação básica de saúde mental. João Pessoa: UFPB/CCS/DESPP, 2006. Projeto de Extensão (PROBEX).

FERREIRA FILHA, M. O et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v.11, n.4, 2009. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11\\_n4a22.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11_n4a22.htm). Acesso em: 22 fev. 2010.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. Terapia Comunitária: uma estratégia de promoção da saúde mental na atenção básica. In: \_\_\_\_\_ **Saúde e Realidade**. 2010, v.3, p.47-66.

FERREIRA FILHA, M. O.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.232-239, jun. 2010.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 5. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1981. 149 p.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_ **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

**GOVERNO adota terapia comunitária em Programa Nacional de Saúde**. Folha de São Paulo, 5 abr. 2008. Disponível em: [http://www.integrando.org.br/tous\\_articles.php](http://www.integrando.org.br/tous_articles.php). Acesso em: 11 nov. 2008.

GASTALDI, A. B.; HAYASHI, A. A. M. O Processo Grupal em Enfermagem como Estratégia de Promoção da Saúde. **TERRA E CULTURA**. Ano 19, n.36, 2003. Disponível em: [http://web.unifil.br/docs/revista.../36/Terra%20e%20Cultura\\_36-13.pdf](http://web.unifil.br/docs/revista.../36/Terra%20e%20Cultura_36-13.pdf). Acesso em: 01 fev. 2011.

GODOY, M. T. H.; MUNARI ,D. B. Análise da Produção Científica sobre a Utilização de Atividades Grupais no Trabalho do Enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14. n.5., set/out2006. Disponível em: [www.eerp.usp.br/lae](http://www.eerp.usp.br/lae). Acesso em: 01 fev. 2010.

GUIMARÃES, F. J.; FILHA, M. O. F. Repercussões da Terapia Comunitária no Cotidiano de seus Participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p.404-414, 2006. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm). Acesso em: 01 fev. 2008.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.38, n.1, p.13-20, 2004.

HOLANDA V. R., DIAS M. D., FERREIRA FILHA M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n1, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>. Acesso em: 01 fev. 2008.

JÚNIOR, J. M. L. et al. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 229-233, 2010.

KRUSE, M. H. L. É Possível Pensar de outro modo a Educação em Enfermagem? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 348-352, jun. 2008.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico / Roque. 14.ed. Rio de Janeiro: Jorge "Zahar, 2001

LAZARTE, R. **Terapia Comunitária**: reflexões. ABRATECOM, 2010. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/02Livros/pdf/LivrosTerapiaComunitariaReflexoes.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2011.

MEDEIROS, B.; SILVEIRA, J. L. G. C da. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecno-científica**, v.13, n.1, p.120 -126, out-dez/2007.

MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOVIMENTO INTEGRADO SAÚDE COMUNITÁRIA/Paraíba-MISC-PB. **Curso de Terapia Comunitária**: Lista dos Profissionais que Concluiram o Curso de Terapia Comunitária Segundo os Critérios da ABRATECOM. João Pessoa, 2011

MORAIS, F. L. S. L. **Rodas de terapia comunitária**: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.31, n.2, p.237-50, ago. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>>. Acesso em 16 de mar. 2011.

OLIVEIRA, D. G. S. de. **A história da Terapia Comunitária na atenção básica em João Pessoa - PB**: uma ferramenta de cuidado. 2008. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PAIM, L. et al. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 18, n. 3, p. 542-548, 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411760018>. Acesso em: 02 mar. 2011.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 771-777, 2009.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PINHO, M. A. L. **Sofrimento no processo de trabalho na estratégia saúde da família**: um diagnóstico através da terapia comunitária. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

PINTO, A. N. **Terapeutas Comunitários**: processo de formação e suas transformações. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, 739-744, 2009.

ROCHA, E. F. L. **A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS**. 2009. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROCHA, I. A. da, et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v.62, n.5, p.687-94, 2009.

REIS, C. C. L. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família**: Limites e Possibilidades. 2001. 122f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde Pública). Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

SOBREIRA, M. V. S. **Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família**: um estudo representacional. 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 19, n.1, p. 176-184, 2010.

SIMÕES, S. M. F. O significado do pensar/fazer da prática do enfermeiro: uma revisão sistemática em artigos da REBEn 1932 – 1971. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 509-514, set. 2007.

SIMÕES, F. V.; STIPP, M. A. C. Grupos na Enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.1, p.139-44, abr. 2006.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, 2009.

VALE, E.G et al. Saberes e práxis em Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p.174-180, 2009. Disponível em: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org). Acesso em: 20 jan. 2011

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzato, 1998.



## *GLOSSÁRIO*

## GLOSSÁRIO

**Gnosiologia** (também chamada Gnoseologia): é o ramo da filosofia que se preocupa com a validade do conhecimento em função do sujeito cognoscente, ou seja, daquele que conhece o objeto.

**Grupo:** Conjunto de pessoas ou de objetos reunidos num mesmo lugar. Conjunto de pessoas que apresentam o mesmo comportamento e a mesma atitude, e com um objetivo comum que condiciona a coesão de seus membros: um grupo político; um grupo de trabalho; psicologia de grupo.

**Implantação:** Ação de implantar ou implantar-se. Estabelecer, introduzir (sistema, costume, moda etc.).

**Implementação:** Ato ou efeito de implementar. Pôr em prática, em execução ou assegurar a realização de (alguma coisa). Igual a Executar.



## *APÊNDICES*

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa, intitulada **Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação**: histórias de enfermeiras está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Aralinda Nogueira Pinto de Sá**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Profª. Drª. Maria Djair Dias. Tem como objetivos: conhecer as razões que impulsionaram as enfermeiras da ESF a realizarem a formação em Terapia Comunitária Integrativa; revelar as contribuições trazidas pela formação em TCI na dimensão pessoal e profissional das enfermeiras da ESF; discutir as dificuldades/desafios encontrados pelas enfermeiras para implementação da TCI na ESF. Solicito a sua contribuição para participar com a pesquisadora através de uma entrevista individual, utilizando o sistema de gravação, para obter informações necessárias para elaboração do estudo. Não haverá nenhum risco previsível para o entrevistado e os resultados do estudo poderão trazer benefícios no sentido de ampliar os conhecimentos acerca da temática.

De acordo com o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, será garantido: 1) acesso as informações e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa; 2) a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem que isto ocasione nenhum prejuízo; 3) a segurança de não ser identificado e o caráter confidencial da informação. Porém, além do seu consentimento, solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentação em eventos científicos e publicações em revista ou outros veículos de comunicação dos resultados obtidos neste estudo.

A pesquisadora agradece a colaboração e a confiança depositada. E estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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, \_\_\_\_\_, 2011.

---

Assinatura do Colaborador da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

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

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

Aluna: Aralinda Nogueira Pinto (83) 88197342 /arallinda@yahoo.com.br

Orientadora: Dra. Maria Djair Dias \_ email: mariadjair@yahoo.com.br

**APÊNDICE B - Carta de Cessão**

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_ (RG), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcriada e autorizada para que Aralinda Nogueira Pinto de Sá /PPGEnf/UFPB possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouví-la e usar citações, ficando o controle à pesquisadora, que tem sua guarda. Declaro ainda estar ciente dos objetivos do estudo intitulado: Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras; como também autorizo a divulgação de imagens fotográficas realizadas ao longo dos encontros.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente.

---

Assinatura do colaborador

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura da Testemunha

## APÊNDICE C – Ficha Técnica

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

### **Terapia Comunitária Integrativa e os desafios para sua implementação: histórias de enfermeiras**

**Mestranda:** Aralinda Nogueira Pinto de Sá

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

#### **Ficha Técnica**

Data \_\_\_\_\_ Local da entrevista: \_\_\_\_\_

#### **Dados de identificação da colaboradora:**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

UBS que trabalha: \_\_\_\_\_

A quanto tempo é terapeuta comunitário? \_\_\_\_\_

A quanto tempo faz uso da Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de cuidado? \_\_\_\_\_

#### **Questões norteadoras:**

1. Conte para mim como ocorreu sua aproximação/motivação com a Terapia Comunitária Integrativa?
2. Descreva para mim quais as contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para dimensão pessoal e profissional e com a comunidade?
3. Você tem encontrado alguma dificuldade para desenvolver os encontros de Terapia Comunidade Integrativa na USF?



## *ANEXO*

## ANEXO A- CERTIDÃO COMITE 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 3ª Reunião realizada no dia 08/06/2011, o projeto de pesquisa intitulado “TERAPIA COMUNITÁRIA: MUDANÇAS NA PRÁTICA DO CUIDAR DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, da Pesquisadora Aralinda Nogueira Pinto de Sá. Protocolo nº. 054/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
Eliane Marques D. de Souza  
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB