

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CARMEN SOCORRO DUARTE ARANTES SOARES

**Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família: implicações no modo de
andar a vida dos usuários**

RIBEIRÃO PRETO

2008

CARMEN SOCORRO DUARTE ARANTES SOARES

Terapia Comunitária no Programa Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuários

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa: “Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição B. de Mello e Souza

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Soares, Carmen Socorro Duarte Arantes

Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuários. Ribeirão Preto, 2008

103 f.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello.

1. Saúde Mental. 2. Enfermagem. 3. Saúde da Família. 4. Atenção Básica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carmen Socorro Duarte Arantes Soares

Título: Terapia Comunitária no Programa Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuários.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Linha de pesquisa: "Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas".

Orientadora: Profª Drª Maria Conceição B. de Mello e Souza

Dissertação de Mestrado apresentada em _____ de _____ de 2008

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Drª _____

Instituição: _____ Assinatura _____

ProfªDrª _____ Assinatura _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Ao meu amado esposo Divino, por acreditar que era possível realizar esse sonho. Seu apoio foi fundamental e de grande valor. Por ter cuidado com dedicação dos nossos filhos, durante minha ausência. Sua compreensão e amizade me ajudaram muito, por me ouvir, ser companheiro e se dispor a trilhar esse caminho ao meu lado. Amo você!

Aos meus preciosos e queridos filhos Débora, Samuel e Davi, que torceram por mim em todo tempo, mesmo sendo privados da minha presença em muitos momentos, vocês me inspiram a sonhar mais alto. Vocês são presentes de Deus!

À equipe da Estratégia Saúde da Família, pelo incentivo e por estarem junto comigo nesse trabalho.

Aos usuários da Estratégia Saúde da Família e aos participantes da Terapia Comunitária dos últimos três anos, do Bairro Santa Luzia, cada história levo comigo, sinto que sou mais sensível e humana, alegro-me e emociono com suas conquistas.

Agradeço pela confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus Todo Poderoso, que sempre está comigo, inspirando-me e suprindo-me nas pequenas e grandes coisas. Todas as minhas fontes estão em ti.

Aos meus pais (*In memoriam*), pelos princípios de vida ensinados, de respeito e valorização do ser humano.

A minhas irmãs Ivanir e Jesuína, por acreditarem em mim e me incentivarem durante todo o tempo.

A Comunidade Sara Nossa Terra, seus líderes me ensinaram a sonhar!

A Sara Nossa Terra - Uberlândia, pelas orações e pela compreensão quando estive ausente.

A minha orientadora, Maria Conceição, por sua paciência, compreensão e generosidade.

As professoras Maria José Bistafa e Toyoko Saeki, pelas contribuições relevantes no processo de qualificação.

A minha companheira de estudo Karine Santana de Oliveira Zago — andar junto com um amigo é melhor que andar só — Valiosa foi sua presença em todo o processo desse trabalho e por se dispor a entrevistar os sujeitos dessa pesquisa.

A Secretaria Municipal de Uberlândia, por acreditar na importância da qualificação profissional.

A psicóloga Maria de Fátima Caixeta e à Assistente Social Neuma Martins de Sá, por abraçarem a Terapia Comunitária, por caminharem comigo, pela abertura profissional e pelo compromisso com uma assistência a saúde mais humanizada.

A todos os que contribuíram, de alguma forma, com a realização desse trabalho.

Meus sinceros agradecimentos!

“... Se clamares por inteligência e por entendimento alçares a voz, se buscares a sabedoria como a prata e como tesouros escondidos a procurares, então, entenderás o temor do Senhor e acharás o conhecimento de Deus. Porque o Senhor dá sabedoria e da sua boca vem a inteligência e o entendimento.” (Provérbios 2: 3-6)

RESUMO

SOARES, C. S. D. A. **Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuários.** Ribeirão Preto, 2008.103f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A Terapia Comunitária (TC) é um instrumento que pode auxiliar no acolhimento dos conflitos emocionais que resultam em manifestações psicossomáticas presentes nas demandas da Estratégia Saúde da Família (ESF). Novas formas de cuidar precisam ser implementadas para acolher aqueles que se encontram em sofrimento psíquico. Os objetivos do atual estudo foram apontar a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária desenvolvida em uma ESF, localizada em um município do interior do Estado de Minas Gerais e identificar as implicações no seu modo de andar a vida. Trata-se de um estudo de caso, exploratório descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos foram cinco usuários que freqüentaram a TC, no mínimo cinco encontros, durante o ano de 2007. Na análise e discussão dos dados, foram identificados três grandes temas: Motivos que levaram a buscar a Terapia Comunitária; Compreensão sobre a Terapia Comunitária e Implicações da Terapia Comunitária no modo de andar a vida de seus usuários. Os resultados apontaram que na compreensão dos usuários, a Terapia Comunitária é um espaço para falar, desabafar, ser escutado pelo grupo, melhorar os sentimentos de tristeza e medo e sair do isolamento. Além disso, para eles, ela possibilita a troca de experiência e a aprendizagem. Essa nova forma de cuidar baseia-se em tecnologias leves e, quando presente na Atenção Básica, pode implicar o modo de andar a vida dos usuários, proporcionando o estabelecimento de vínculos e novos relacionamentos, além de desenvolver o empoderamento, a capacidade de resiliência e o fortalecimento das relações familiares. Entendemos que a TC pode contribuir para o atendimento humanizado, ajudar na formação de redes comunitárias solidárias e promover a cidadania.

Palavras chave: Saúde Mental, Enfermagem, Saúde da Família e Atenção Básica.

ABSTRACT

SOARES, C. S. D. A. **Community Therapy in Family Health strategy: implications on users' way of living. Ribeirão Preto**, 2008.103f. Mastership Dissertation. Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, São Paulo, Brazil.

Community Therapy (CT) may aid to shelter Health Service users emotional conflicts which result from psychosomatic manifestations which are present in Family Health Strategy (FHS) demands. New ways to shelter have to be implemented to receive those people under psychic suffering. The aim of this search was to point users comprehension on Community Therapy carried in a Nursing High School in a city in Minas Gerais State, as well to identify implications in their way of living. It is a descriptive case study, with qualitative approach. Data collection was made through a half-structuralized interview. Search subjects were five CT users, who were present in at least five meetings, in 2007. In data analysis and discussion, three main themes were identified: the reasons which led users to seek CT; Users comprehension on CT and CT implications in its user lives. The results showed that, in CT user minds, it is a place where they can talk, to relieve, to be listened, to overcome sadness and fear feelings as well to get out of isolation. For them, CT allows experience exchange as well learning. This new way of sheltering is based on light technologies that, when are present in Basic Attention, may have implications in the users way of living, allowing to establish new ties and new kinds of relationship. It also develops empowerment, resilient capacity as well family relationship. We are sure that CT may contribute for a humanized sheltering, help to create mutual community nets and to promote citizenship.

Key words: Mental Health, Nursing, Family Health, Basic attention.

RESUMEN

SOARES, C. S. D. A. **Terapia Comunitaria en la Estrategia Salud de la Familia: implicaciones en el modo de vivir de los usuarios.** Ribeirão Preto, 2008. 103f. Disertación de Mestrado. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

La Terapia Comunitaria (TC) es un instrumento que puede ayudar en el abrigo de los conflictos emocionales de los usuarios del Servicio de Salud, resultantes de manifestaciones psicosomáticas presentes en las demandas de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Hace que implementarse nuevas formas de cuidar para ayudar las personas in sufrimiento psíquico. Los objetivos del actual estudio fueran apuntar la comprensión de los usuarios sobre la Terapia Comunitaria desarrollada en una ESF in una ciudad del estado de Minas Gerais y identificar las implicaciones los modos de vivir de los usuarios. Es un estudio de caso, exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativa. En la coleta de datos, fue utilizada la entrevista medio estructurada. Los sujetos fueran cinco usuarios que frecuentaran la TC, en, no mínimo cinco reuniones, en 2007. En la analice y discusión de datos, fueran identificados tres grandes temas: Motivos que llevaran el paciente a buscar la Terapia Comunitaria; Comprensión cerca la Terapia Comunitaria y Implicaciones de la Terapia Comunitaria en la vida de sus usuarios. Los resultados apuntaran que, en la comprensión de los usuarios, la TC es un espacio para hablar, relevar, ser escuchado, mejorar sentimientos de tristeza y medo y salir del asolamiento. Para ellos, la TC posibilita el intercambio de experiencia e y aprendizaje. Esa nueva forma de cuidar es basada en tecnologías leves y, cuando presente en la Atención Básica, puede tener implicaciones en el modo de vivir de los usuarios, proporcionando el establecimiento de vínculos y de nuevos relacionamientos, más allá de desenvolver el empoderamiento, la capacidad de resiliência y el fortalecimiento de las relaciones familiares. Nos creemos que la TC puede contribuir para el atendimento humanizado, ayudar formar redes comunitarias solidarias y promover ciudadanía.

Palabras clave: Salud Mental, Oficio de enfermera, Salud de la Familia Atención Básica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. QUADRO TEÓRICO	20
2.1 Atenção Básica em Saúde Mental	21
2.2 Fundamentos da Terapia Comunitária	41
3. PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1 Local do estudo	54
3.1.1 Município de Uberlândia – breve histórico	54
3.1.2 Aspectos gerais	55
3.1.3 O Sistema de Saúde Pública em Uberlândia	55
3.1.4 Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Santa Luzia.....	57
3.2 Aspectos éticos	60
3.2.1 Sujeitos do estudo	60
3.3 Procedimentos para coleta de dados	61
3.4 Procedimentos para análise dos dados.....	62
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	65
4.1 Motivos que levaram a buscar a Terapia Comunitária	66
4.1.1 Os sintomas físicos e psicológicos	67
4.1.2 Os problemas do dia-a-dia	70
4.2 A compreensão da Terapia Comunitária	71
4.2.1 Na Terapia Comunitária o “remédio” é a palavra	71
4.2.2 Espaço de troca de experiência e aprendizagem	75
4.3 Implicações no modo de andar a vida	77
4.3.1 Oportunidades de novos relacionamentos e formação de vínculos....	78
4.3.2 Empoderamento e capacidade de resiliência	81
4.3.3 Fortalecimento da relação familiar	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE.....	99
APÊNDICE 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100
APÊNDICE 2 - Roteiro para entrevista.....	101
ANEXO	102

1. INTRODUÇÃO

“... Ansiedade! Dores de cabeça demais! Não sabia controlar, sabe aquele nervo, aquela dor no peito.” (E1).

Em 1986, concluí o Curso de Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal de Goiás. Durante oito anos, trabalhei em instituições particulares, clínicas e hospitais. A partir de 1994, após um concurso público, iniciei atividades na área de Saúde Pública junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no Centro de Saúde do Paranoá, atuando na área de Saúde da Mulher e no Programa de Hipertensão e Diabetes.

Em maio de 2001, fui convidada, pela gerente da Unidade acima citada, a participar do Programa de Assistência Integrada ao Adolescente (PRAIA). O referido programa funcionava desde 1998 e tinha como proposta prestar assistência às necessidades biopsicossociais dos adolescentes residentes na cidade-satélite do Paranoá. A equipe de profissionais era composta por duas ginecologistas, duas auxiliares de enfermagem, dois Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e eu, como enfermeira. Os adolescentes que procuravam a Unidade, em situações de demanda ambulatorial, eram encaminhados para o atendimento do programa que acontecia uma vez por semana, com duração de até quatro horas, em um salão ao lado do Centro de Saúde. Essas atividades objetivavam a educação para a saúde e eram desenvolvidas por meio da problematização de diversos assuntos sugeridos pelos participantes, que traziam inquietações nas áreas de educação sexual, desemprego, violência doméstica, atualidades e outras. Além disso, eram realizadas técnicas grupais, para facilitar as relações no grupo e o atendimento individual aos adolescentes. Esse último era realizado pelos profissionais da equipe de nível superior que acolhiam o adolescente em relação às suas queixas atuais, preenchiavam uma ficha a respeito dos seus hábitos de vida, condições do ambiente físico e social e, quando havia necessidade, como por exemplo, queixas dermatológicas, eram encaminhados para serviços específicos.

No desenvolvimento do trabalho com adolescentes e à medida que me aproximava da comunidade, sentia necessidade de aprimorar meus conhecimentos e também surgia uma grande inquietação: como ajudar aqueles que procuravam o serviço de saúde com questões que iam além dos sintomas físicos e envolviam situações emocionais, familiares, sociais, relacionais e políticas?

No mês de setembro desse mesmo ano (2001), surgiu a oportunidade de participar do Curso de formação em Terapia Comunitária (TC), que foi promovido pelo Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitário (MISMEC) – DF, em parceria com a Universidade Federal do Ceará.

A Terapia Comunitária foi criada no ano de 1986, por Adalberto Barreto, psiquiatra, teólogo, antropólogo e docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. A referida terapia surgiu na favela do Pirambu em Fortaleza – CE, onde o professor Adalberto e seus alunos da disciplina Antropologia da Saúde foram realizar um trabalho de prevenção e de cuidados psicológicos para os excluídos da sociedade (BARRETO, 2005).

Cinco grandes eixos teóricos fundamentam a Terapia Comunitária: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e o Princípio da Resiliência.

Em seu livro “Terapia Comunitária passo a passo”, Barreto (2005) define a Terapia Comunitária como um espaço onde se partilham experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Propõe encontrar soluções para os problemas e sofrimentos, de forma que um indivíduo possa ser ajudado e ajudar o outro, por meio da troca de experiências, em que cada membro do grupo encontra respostas para o que está buscando, além de possibilitar a formação de vínculos. A referida terapia tem como finalidade prevenir e oferecer apoio a indivíduos e a famílias que vivem situações de estresse e sofrimento psíquico, encorajando a busca de soluções criativas para os seus problemas.

Para Camarotti *et al.* (s/d), podem participar da TC pessoas com as mais variadas situações psicoemocionais, com problemas psicossomáticos, temáticas gerais ou específicas, hipertensos, diabéticos, gestantes, dependentes químicos, adultos, idosos, crianças, adolescentes, vizinhos, parentes, colegas de trabalho, entre outros.

Esse curso colaborou de forma expressiva em minhas atividades profissional e pessoal, permitindo uma nova visão sobre a Saúde Mental e sobre o adoecimento psíquico. Assim, pude estar diante de um cenário diferente daquele que tinha registrado em minha mente, da Psiquiatria baseada no modelo manicomial, que vivenciei durante minha formação acadêmica. A abordagem da TC amenizava a inquietação citada anteriormente, pois tem por objetivo promover a auto-estima, a importância das questões sociais, familiares e a não exclusão.

O Curso de Terapia Comunitária era dividido em quatro módulos teórico-vivenciais, a carga horária era de 360 horas e a proposta era capacitar profissionais das áreas de Saúde, de Ciências Humanas e líderes comunitários, para intervir em

situações de crise e sofrimento, tanto de indivíduos e famílias, como de comunidades, por meio de subsídios da Psicologia e das Ciências Sociais.

Os participantes do curso foram orientados a realizar grupos de TC, ou a participar em algum grupo já existente, como terapeuta ou co-terapeuta, logo após o término do primeiro módulo. Receberam, paralelamente, as realizações das sessões de TC, supervisão quinzenal dos professores. Nessa supervisão, eram discutidas as dificuldades enfrentadas na prática da Terapia Comunitária, além de textos, compartilhamento de experiências e foram lembrados os fundamentos da Terapia Comunitária.

Em outubro de 2001, juntamente com a equipe do PRAIA, iniciamos o trabalho com a TC, como instrumento de acolhimento no grupo de adolescentes do Centro de Saúde do Paranoá – DF. Mais tarde, ainda como aluna do Curso, tive oportunidade de utilizar a TC em encontros com idosos, jovens, membros de igrejas e estudantes do Nível Médio de ensino. Ao término de cada terapia, sempre me questionava sobre qual seria a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária e a implicação da TC na vida dos participantes.

No ano de 2002, fui morar na cidade de Uberlândia-MG e continuei realizando sessões de TC em igrejas e com grupos de adolescentes de escolas de Ensino Médio.

A Secretaria de Saúde da cidade onde residia realizou, em setembro de 2003, processo seletivo com objetivo de contratar profissionais para as primeiras equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF¹). Participei do processo seletivo e fui uma das selecionadas; após contratada, iniciei meu trabalho como enfermeira de uma equipe de ESF no Bairro Joana D'Arc.

A equipe da ESF Joana D'Arc era composta por uma médica, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um oficial administrativo e um auxiliar de serviços gerais. A carga horária dos membros da equipe era de 40 horas semanais de segunda a sexta-feira. Após alguns meses, integraram-se à equipe uma assistente social e um psicólogo, ambos atendiam duas vezes por semana, totalizando oito horas semanais.

A ESF – Joana D'Arc, no ano de 2005, possuía 1053 famílias cadastradas e uma população de 3802 habitantes (SIAB, 2007). Os moradores apresentavam

¹ Neste trabalho, será usada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme estabelecido na Portaria 648, de 28 de março de 2006.

vários problemas relacionados a situações de exclusão social, como o analfabetismo, a baixa escolaridade e condição financeira, além do alto índice de desemprego e de precárias moradias.

Nesse cenário, observei que o sofrimento das famílias que vivenciavam tais situações, freqüentemente, gerava conflitos familiares, angústia e ansiedade que resultavam em manifestações psicossomáticas e, conseqüentemente, no aumento da demanda de atendimento, na reincidência de paciente, no aumento da prescrição de medicamentos psicotrópicos e na pouca resolutividade do serviço.

A conduta da equipe era a seguinte: o médico apenas transcrevia a prescrição dos medicamentos psicotrópicos, embora soubesse que essa não era a melhor solução e afirmava que a equipe precisava traçar alguma estratégia para tentar mudar essa situação. Os agentes comunitários de saúde e a auxiliar de enfermagem verbalizavam dificuldades no relacionamento com as pessoas que apresentavam problemas emocionais e com os pacientes que já tinham histórico de acompanhamento psiquiátrico, como, por exemplo, os usuários acompanhados no Centro de Abordagem Psico-Social (CAPS). Além disso, referiam ter medo dos pacientes e receio de sofrer alguma agressão física no momento da visita domiciliar, ou mesmo durante o atendimento na unidade de saúde. O psicólogo e a assistente social desenvolviam suas atividades por meio do atendimento individualizado.

Como enfermeira coordenadora de uma equipe de Saúde da Família e terapeuta comunitária, conjecturei que a TC poderia ser uma alternativa para lidar com as questões emocionais, familiares, de sofrimento e de exclusão.

De acordo com Luisi (2006), a Terapia Comunitária tem-se mostrado uma forma de intervenção bem sucedida junto à população de baixa renda, possibilitando aos seus participantes o empoderamento, o resgate da auto-estima, o desenvolvimento do potencial humano individual. Além disso, proporciona a criação de redes solidárias com capacidade de gerar os recursos que promovem a mudança pessoal e coletiva, a partir de um espaço de expressão e escuta do sofrimento de cada participante.

Em relação à inserção da TC na rede de cuidados básicos, Holanda (2006) considera que ela pode promover a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos, permitindo mudança do modelo tradicional, que é reducionista e médico-centrado. Além disso, oportuniza ações de saúde comunitária, de resgate da

cidadania e da autonomia das famílias que são o alvo principal da ação na atenção básica.

Em março de 2005, o Dr. Adalberto Barreto esteve em Uberlândia, ministrando o “Seminário em Terapia Comunitária” promovido pela Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade Federal de Uberlândia. Durante o Seminário, conheci um professor do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Triângulo (UNITRI), que se identificou com a com o modelo da TC. Conversamos sobre a realidade da equipe do ESF Joana D’Arc e sobre o meu interesse em iniciar nesse local a TC.

O psicólogo acenou a possibilidade de que uma aluna do curso de Psicologia poderia acompanhar, junto comigo, um grupo de TC, uma vez por semana, na ESF Joana D’Arc, atuando como co-terapeuta e, assim, iniciamos o grupo no final do mês de março do mesmo ano.

A Terapia Comunitária acontecia semanalmente, com duração média de uma hora e meia com o objetivo de ser um espaço para escuta, descontração e que possibilitasse a formação de vínculo entre a equipe e a comunidade. As pessoas da comunidade eram convidadas a participar do grupo de TC depois que algum integrante da equipe do Joana D’Arc detectava, no usuário, durante o atendimento, sentimentos de angústia, de tristeza ou problemas familiares. Também eram encaminhados para o grupo os usuários que faziam acompanhamento na rede de Saúde Mental, como CAPS.

Nos encontros de TC, estávamos presentes: uma aluna do curso de Psicologia, os agentes comunitários de saúde que se dispuseram a participar e eu como terapeuta comunitária. Os demais profissionais da equipe, o médico, a assistente social e o psicólogo, apesar de também terem sido convidados, não participavam do grupo, entretanto, encaminhavam os usuários para participar da TC.

Nas terapias realizadas, emergiram temas como solidão, dependência química, depressão, dificuldades familiares, pobreza e violência. Com o passar do tempo, após os encontros realizados, pude observar alguma mudança da equipe no trato com os pacientes em acompanhamento no CAPS e com os que apresentavam algum sofrimento emocional. A equipe parecia ter maior compreensão, paciência e diminuição do medo. Os usuários demonstravam estar mais vinculados à equipe e menos agressivos em suas falas.

Depois de algum tempo, inquietações ressurgiram, pois, da mesma forma que acontecera no grupo de Adolescente (PRAIA), comecei a questionar sobre qual era a compreensão dos usuários da ESF sobre a Terapia Comunitária e sua implicação na vida dos participantes.

Em agosto de 2005, fui transferida para outro local de trabalho - Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Luzia - em Uberlândia, e a TC desenvolvida no ESF Joana D'Arc foi interrompida.

Atualmente, atuo como enfermeira na Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Santa Luzia, uma unidade básica de saúde inaugurada em 1973 que, para atender aos princípios gerais da Estratégia Saúde da Família (ESF), teve seu funcionamento reestruturado, passando, assim, em outubro de 2003, a ser a Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) do Bairro Santa Luzia.

A população do Bairro Santa Luzia apresenta condições socioeconômicas melhores do que a do Bairro Joana D'Arc. Entretanto, também apresenta um alto índice de usuários com abuso de álcool e drogas e portadores de sofrimento psíquico, que fazem uso de medicações psicotrópicas e freqüentam os CAPS.

A equipe da UBSF – Santa Luzia é composta por um médico de família, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, três oficiais administrativos, uma psicóloga, uma assistente social, três dentistas, dois auxiliares de serviços dentários, uma técnica de higiene dental e dois auxiliares de serviços gerais.

Até agosto de 2005, as atividades em saúde mental da UBSF Santa Luzia, eram desenvolvidas pela psicóloga, por meio da psicoterapia individual. Além disso, eram promovidos, ocasionalmente, passeios a parques, clubes e festas de confraternização para os usuários por ela atendidos.

Após alguns dias de trabalho nessa equipe, apresentei a experiência da Terapia Comunitária como instrumento para minimizar o sofrimento emocional e como terapia complementar para os que tomavam medicações psicotrópicas e os que tinham alta do CAPS. Houve receptividade por parte dos profissionais em aceitar a proposta.

Assim, a partir do dia 14 de setembro de 2005, iniciamos o grupo de Terapia Comunitária, do qual participaram dez pessoas da comunidade, duas agentes comunitárias de saúde, a assistente social, a psicóloga e eu como terapeuta comunitária.

A equipe multiprofissional do ESF – Santa Luzia encaminha os usuários para participar do grupo a partir de queixas como: angústia, solidão, depressão, perda do sono, tristeza, conflitos familiares, dependências químicas, dificuldades emocionais diversas e outras situações que ocorrem no dia-a-dia e podem causar algum tipo de sofrimento psíquico. Os encontros são realizados uma vez por semana, em um salão de uma igreja próxima à unidade de saúde.

A equipe da UBSF - Santa Luzia tem buscado acrescentar ao horário da Terapia Comunitária, outras atividades como leitura de textos para discussão e reflexão, relaxamento corporal, passeios a clubes e parques, como forma de lazer e promoção da saúde mental.

As mesmas questões que permearam nos grupos de TC que realizei, voltaram a me inquietar: qual é a compreensão dos participantes acerca da Terapia Comunitária? Como a Terapia Comunitária influencia os seus participantes no modo de andar a vida ²?

Em decorrência destes questionamentos surgiu o interesse em realizar este estudo que tem como objetivo: **apontar a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária desenvolvida na ESF e identificar as implicações da Terapia Comunitária no modo de andar a vida dos usuários.**

² Neste estudo, usaremos a expressão “modo de andar a vida” conforme cita Campos (1994) “dar-se o direito de ousar pensar o novo, repensar a mudança e a instituição de sociedades mais justas, igualitária, democratas e felizes”. Entendemos que a Terapia Comunitária “ousa pensar o novo” nas práticas de Saúde Mental.

2. QUADRO TEÓRICO

“Eu tinha medo de tudo... Eu tinha medo dos pacientes..., medo dos meus filhos morrerem.” (E2)

2.1 Atenção Básica em Saúde Mental

Pode-se afirmar que assistência à saúde recebeu a influência do modelo econômico estabelecido no decorrer da História. Um breve histórico pode nos levar a compreender essas influências.

No período pré-republicano – antes de 1889 – a economia no Brasil era centrada na agricultura cafeeira e havia poucas ações governamentais na área da saúde. Os objetivos eram controlar as epidemias e sanear o espaço urbano. Os pobres eram assistidos por instituições religiosas, constituindo o *modelo campanhista* que se configurou no final do século XVIII até as duas primeiras décadas do século XIX. Nesse período, as questões de saúde passaram a constituir um problema econômico para o Brasil, devido ao aumento das doenças infecto-contagiosas nos principais centros urbanos e ameaçavam as relações comerciais do país e a política de imigração (MENDES, 2002).

O referido pesquisador analisa o período compreendido entre 1925 e 1960, que foi marcado pelo *modelo médico sanitário*. Nesse período, acontece uma precarização nas condições de vida da população com aprofundamento das desigualdades sociais, pela perda da hegemonia da oligarquia cafeeira. O País passa pelo processo de industrialização e emergem duas novas classes sociais: o proletariado e a burguesia.

O *modelo médico-sanitário* é entendido como um sistema de intervenções sanitárias, para combater doenças transmissíveis por meio de forte concentração das decisões e estilo repressivo sobre os corpos social e individual:

Os Centros de Saúde, que surgiram em 1924, permaneceram insulados no Rio de Janeiro e São Paulo. A primeira expansão da atenção primária à saúde deu-se no início dos anos 40 com a criação do Serviço Especial de Saúde (SESP). Este modelo foi pioneiro na criação de unidades de atenção primária à saúde que articulavam ações preventista e curativas, mas restritas ao campo das doenças infecciosas e carências (MENDES, 2002, p.24).

Tal modelo marcou-se pela atenção médica ofertada a grupos populacionais determinados (como o materno-infantil), a manutenção de campanhas sanitárias e a incorporação de ações educativas. Vale ressaltar que a medicina previdenciária teve significativa expansão nesse período.

A partir dos anos 1960 até metade dos anos 1980, o *modelo médico-assistencial privatista* com base na medicina previdenciária foi o modelo adotado. Por volta de metade dos anos 1960, a Atenção Primária à Saúde desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, focalizando suas ações de promoção da saúde e na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas e carências que constituíram nos programas de saúde pública. A década de 1970 foi marcada por uma crise econômica mundial que atingiu, inclusive, todos os países desenvolvidos. Nessa época houve a redução da arrecadação dos Estados e, como resultante, a dificuldade em financiar os programas sociais incluindo os serviços de saúde, que tinham o modelo assistencial centrado no médico, em seu saber, atos e procedimentos (FRANCO; MERHY, 2007).

Para Mendes (2002) diante da crise recessiva vivenciada, os dirigentes políticos enfrentavam o desafio de evitar situações de conflitos sociais e econômicos em decorrência do aumento da pobreza e das crescentes demandas na saúde pública. Assim, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou a Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata, com o tema “Cuidados Primários em Saúde”, visando a obter melhor qualidade de vida e a contribuir para a paz mundial.

Essa Conferência definiu os componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programa de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (MENDES, 2002).

Uma das definições mais conhecidas e abrangentes para Atenção Primária a Saúde é a formulada pela Organização Mundial de Saúde:

Cuidados essenciais à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que a comunidade e países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É a parte integral do sistema de saúde do país, do qual é sua função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, tornando a atenção a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, sendo assim, o primeiro elemento de um processo de atenção contínua a saúde” (ALMA ATA, 1978, p. 14).

Em 1988, em decorrência do processo de redemocratização pelo qual passou o Brasil, instituiu-se a nova Constituição Brasileira e juntamente com ela, o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou uma vitória e um avanço político, fruto, em grande parte, do Movimento de Reforma Sanitária, que lutou por um conjunto de reformas administrativas, políticas e organizativas dentro do campo das políticas públicas da saúde no País.

Com o SUS, a quantidade de unidades básicas de saúde aumentou e houve certa melhora na qualidade da assistência, principalmente por democratizar o direito de assistência a saúde a todos os brasileiros e estabelecer como responsabilidade do Estado garantir a assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

Segundo a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, constitui o Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. O SUS tem, dentre os seus princípios, *a universalidade* de acesso aos serviços em todos os níveis da assistência; *a integralidade* entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; a preservação da *autonomia das pessoas*; *igualdade à saúde*; *participação da comunidade*; *descentralização política administrativa*; *integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico*.

Os anos 1980 e 1990 foram influenciados pelos ideais do Estado mínimo como modelo de organizar a economia e sociedade. A influência dos organismos internacionais, especificamente o Banco Mundial sobre os países em desenvolvimento como objetivo de gerar o ajuste econômico, com base no modelo neoliberal, propõe uma agenda fundamentada no princípio que desconsidera a saúde como bem público; o Estado deveria ter suas ações minimizadas atuando nas ações consideradas essenciais. Assim, o Estado se responsabilizaria somente por programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, doenças infecto contagiosas, doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS) e programas nutricionais direcionados a apenas a crianças (FRANCO; MERHY, 2007).

Os autores supracitados relatam que a média e a alta complexidade ficariam sob a responsabilidade do setor privado e deveriam ser pagas pelo consumidor, visando a reduzir custos ao Estado. No Brasil, tal proposta não foi possível de ser

aplicada, pois constituía uma contradição aos princípios do SUS, conquistado pelos movimentos sociais, aprovado pela Constituição de 1988. A resposta a essa situação de pressões do Banco Mundial, e por outro lado, do direito público, foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo existente.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, inspirado nos princípios da Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), quando foi definido o princípio geral da Atenção Básica em Saúde como a estruturação do sistema de saúde por meio da organização dos cuidados primários, a intersectorialidade e a participação cidadã.

No ano de 2006, a Portaria número 648 / GM, de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece, dentre suas determinações, a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Nessa Portaria, o PSF passa a ser uma estratégia de abrangência nacional para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2007).

O significado dessa mudança de programa para estratégia torna-se relevante, ao refletirmos sobre o conceito desses termos, segundo a análise de Morin (2003). Esse autor afirma que programa é a determinação *a priori* de uma seqüência de ações para cumprir um objetivo, é eficaz em condições estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Quando influências desestabilizadoras surgem nessas condições, elas desregulam a execução do programa e o obrigam a parar.

A estratégia, assim como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo, determina os desenvolvimentos da ação e escolhe um deles em função do que é conhecido sobre um ambiente incerto. A estratégia procura reunir informações e traz em si a consciência da incerteza que vai enfrentar. Dessa forma, procura trabalhar com os desafios e imprevistos de forma criativa durante o percurso sem precisar parar (MORIN, 2003).

Ao se propor reorganizar a Atenção Básica, é preciso considerar as diversas situações e influências, com potencial de desestabilizar esse processo, então, faz-se necessário enfrentar as adversidades e os imprevistos de forma criativa, dando continuidade ao processo de mudanças, sem estagnar e com a estratégia apropriada.

Como estratégia de mudança, a Saúde da Família propõe-se a repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Além disso, amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Os integrantes da Estratégia Saúde da Família devem estar preparados para dar solução aos principais problemas de saúde da comunidade e devem organizar suas atividades em torno das seguintes atribuições: Planejamento de ações, Saúde, Promoção e Vigilância, Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem integral à família (BRASIL, 2001).

Planejar as ações é a capacidade de diagnosticar a realidade local, elaborar e avaliar planos de trabalho que possam interferir positivamente nas condições sanitárias da população, das famílias e dos indivíduos da área de abrangência da ESF. Quanto à Saúde, Promoção e Vigilância, é fundamental entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que é conquistado no dia-a-dia e envolve a intersetorialidade e a participação social; as pessoas são sujeitos e não apenas pacientes. O Trabalho interdisciplinar em equipe ressalta a importância de a equipe ser formada por profissionais de diferentes áreas e capazes de desenvolver diferentes disciplinas e por fim, a Abordagem integral da família que é compreender a família de forma integral e sistêmica, como um espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e suscetível a crises (BRASIL, 2001).

Nesse sentido a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais que norteiam a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família tem como diretriz: I - ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional nos territórios em que a Equipe Saúde da Família atua; II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV – buscar a integração com instituições e organizações

sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V – ser um espaço de construção de cidadania. As equipes de Saúde da Família priorizam as ações de promoção, educação e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, tendo como princípios fundamentais a co-participação da comunidade e a formação de vínculos entre a equipe e a comunidade (BRASIL, 2007).

A equipe mínima da Saúde da Família deverá constar de um médico (generalista ou de família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Conforme Vieira *et al.*(2004), com a ESF, a família passa a ser o objeto principal da atenção à saúde, entendida a partir do ambiente onde a pessoa vive, incluindo desde a proteção e promoção à saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças. E as ações de saúde que tinham o foco somente no indivíduo doente passam a ter um enfoque familiar.

A ESF inicia suas ações fazendo reconhecimento de sua área de abrangência por meio do levantamento das condições de saúde, sociais, culturais, econômicas e ambientais. Após esse reconhecimento, é realizado um diagnóstico e elaborado um plano de ação que visa a prevenir e a minimizar os agravos à saúde encontrados na comunidade.

Dentre as vantagens da Estratégia Saúde da Família ressaltam-se: identificação dos principais fatores que podem levar as pessoas a adoecerem ou morrerem; humanização das relações da comunidade com os serviços de saúde municipal; melhoria da saúde e da qualidade de vida; assistência integral ao indivíduo e à família; diminuição da mortalidade infantil; participação no controle do sistema de saúde e aumento da vacinação em crianças, gestantes, adultos e idosos (UBERLÂNDIA, s/d).

Em 2008, a Saúde da Família está completando quinze anos de existência e os seus números são: 28.100 equipes de Saúde da Família, 218.300 agentes comunitários de saúde, 16.552 equipes de Saúde Bucal. A cobertura da ESF até maio do mesmo ano compreende mais de 90.000.000 de pessoas (BRASIL, 2008).

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) tem contribuído com estes números. O Proesf é uma iniciativa do Ministério da Saúde,

viabilizada pelo acordo de empréstimo firmado, no ano de 2003, com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) que tem como objetivo principal apoiar, por meio de financiamento, a expansão da cobertura e a qualificação da ESF nos municípios com mais de 100.000 habitantes. Na Fase 1 desse Projeto, de dezembro de 2003 a junho de 2007, a cobertura média da população assistida passou de 25.7% para 43.4% nesse período. A Fase 2 do Proesf está prevista para o início de 2009 (BRASIL, 2008).

De acordo com Sucupira (2002), a ESF tem como ênfase a integralidade da atenção, a promoção da saúde, mudando o foco para a atenção à saúde, e não mais à doença. Compreende a saúde como produto da qualidade de vida, socialmente determinada, superando o paradigma da biomedicina organicista e incorporando um referencial que considera os aspectos históricos, culturais e sociais que passam ser determinantes na assistência à saúde da comunidade. A ESF tem como cliente a família, dentro de uma comunidade, e está sujeita a intervenções da comunidade e do Estado, trazendo a noção da intersectorialidade.

A identificação das condições e dos fatores envolvidos no processo saúde/doença requer a ação intersectorial, para o conhecimento do modo de atuação desses fatores e a sua possível superação. Na ESF, como o novo modelo de assistência à saúde, é fundamental garantir a universalidade, a equidade e a integralidade com um salto de qualidade e deve estar centrado na comunidade, considerando os aspectos antropológicos, sociais e culturais da população (SUCUPIRA, 2002).

A Atenção Básica a Saúde (ABS) internacionalmente é denominada Atenção Primária a Saúde. Para o Ministério da Saúde a Atenção Básica caracteriza-se:

Um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.12).

Segundo Starfield (2002), a Atenção Primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Fornece a atenção para a pessoa, em todo o ciclo de vida, e não é direcionada para enfermidade. Presta assistência a todas as condições de saúde, exceto as muito incomuns ou raras, e integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Está inserido em sua responsabilidade abordar os problemas mais comuns da comunidade, lidar com esses problemas mais comuns e menos definidos e oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Uma característica que deveria distinguir a Atenção Primária é a maior familiaridade dos seus profissionais com o paciente e os seus problemas.

De acordo com Mendes (2002), a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais: *Resolutividade* – tem como objetivo resolver a maioria dos problemas de saúde da população, em torno de 85% da demanda; *Organização* – visa a organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde e *Responsabilização* – responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Para Starfield (2002), a Atenção Primária à Saúde deve ser orientada pelos princípios: - *Primeiro Contato* – a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde; *Longitudinalidade* – é a relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Este princípio está associado a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menor frequência de doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações e custos totais mais baixos.

Integralidade – reconhece as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las; *Coordenação* – é a disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados, é um estado de estar em harmonia em uma ação ou esforço comum.

Centralização na Família – remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas. E sua aplicação requer mudança na prática das equipes de saúde, por meio da abordagem familiar. A equipe de saúde

realiza, na prática, várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, por compreender a estrutura familiar.

Por último, temos o princípio da *Orientação Comunitária*, que utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida e também diz respeito ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis da atenção (STARFIELD, 2002).

A expansão e a qualificação da Atenção Básica organizada pela Estratégia de Saúde da Família compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas, é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e está bem próxima da família e da comunidade (BRASIL, 2006).

Quanto às equipes de saúde, é necessária a construção de novos conhecimentos sobre as configurações familiares que possibilitem uma assistência livre de preconceitos, julgamentos e juízos de valores. Faz-se necessário, no entanto, que a equipe de saúde passe a compreender o indivíduo como um ser integral, com necessidades diversas (biopsicossociais), que está inserido em uma família e na sociedade e precisa de cuidados para não adoecer.

Em seu estudo, Santos *et al.* (2000) afirmam que os princípios de promoção da saúde, por meio do fortalecimento da Atenção Básica, propicia a construção da saúde mediante uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros.

A ESF trabalha com várias prioridades estabelecidas, uma delas é a saúde mental; a equipe de Saúde da Família deve prestar cuidados e acompanhar os casos de sofrimento psíquico, com a participação da família. Dentre os agravos à saúde, encontramos, com frequência, um alto índice relacionado ao sofrimento psíquico. Essa situação evidencia a necessidade de se adotarem instrumentos capazes de acolher essas pessoas e que ofereçam certo alívio aos que estão sofrendo.

A Estratégia Saúde da Família tem contribuído para a transformação do modelo assistencial vigente. Esse novo modelo de assistência à saúde possibilita a observação, a compreensão e a análise da dimensão social dos fatores potencialmente geradores de doenças, e tem sua lógica baseada na vigilância à saúde e à qualidade de vida, dirigida à família e à comunidade. Ele inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças. O perfil dos profissionais desse programa é o de envolvimento com o bem-estar das comunidades, com a construção do compromisso, disponibilidade, intimidade e da relação de confiança (BRASIL, 2001).

Paralelamente a essas mudanças ocorrem, na saúde mental, importantes transformações conceituais e operacionais, que resultam na reorientação do modelo hospitalar com base manicomial, centrado na patologia, para um novo modelo de atenção descentralizada e de base comunitária. A incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica contribui para alavancar esse novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) avalia como importante e necessário o entrosamento entre a Saúde Mental e a Atenção Básica e orienta que o diálogo e vínculos sejam organizados utilizando equipes de apoio matricial da saúde mental na Atenção Básica. Recomenda que as equipes de apoio matricial sejam compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em saúde mental, dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, entre outras) e auxiliares de enfermagem, para, no mínimo, seis e, no máximo, nove equipes de ESF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes. Orienta que os encontros entre as equipes de saúde mental e a Atenção Básica ocorram semanalmente e haja formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências (BRASIL, 2003).

O Plano Nacional de incorporação de ações de saúde mental no conjunto de ações da Atenção Básica coopera para uma melhor compreensão quanto à realidade familiar e visa a criar condições para os profissionais atuarem com resolutividade e integralidade diante do sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Esse Plano propõe o diálogo entre a saúde mental e a Atenção Básica, apoiando as Equipes de Saúde da Família, por meio de capacitações que possibilitem o tratamento e o acompanhamento de pacientes em sofrimento

psíquico, de maneira a lidarem com as demandas em saúde mental da comunidade de formas mais abrangentes, não focadas na doença, mas nos múltiplos fatores que podem afetar a saúde mental das pessoas. Estas ações de capacitações seriam desenvolvidas pelas equipes matriciais. O “matriciamento” consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da Atenção Básica. Uma Equipe de Referência em Saúde Mental, sediada ou não em um CAPS, deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove Equipes ESF ou da Atenção Básica em geral (BRASIL, 2001).

Parece que há dificuldades para que as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao acompanhamento matricial seja colocado em prática, as equipes matriciais ainda não estão em funcionamento em grande parte dos municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família. Assim, as equipes de Saúde da Família ficam desprovidas de conhecimentos que os ajudem a lidar com o usuário de saúde mental. Em vários municípios, ainda persiste o modelo focado na patologia e não em práticas que promovam a saúde mental na comunidade. Precisamos de instrumentos que ajudem as equipes de Saúde da Família a se aproximarem da comunidade e possibilite a construção de novos conceitos em saúde que valorizem a subjetividade.

Associado a toda e qualquer doença pode-se afirmar que existe um componente de sofrimento subjetivo que poderá atuar como entrave a adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também - e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2003).

Em seu estudo sobre a implantação da política de saúde mental para a rede básica de saúde no município de Campinas-SP, Amaral (1997), analisa os dados da assistência prestada pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e da rede ambulatorial de 1992 e 1993, no qual constata: ineficácia da rede básica e da equipe de saúde mental de assistir pacientes egressos de hospital psiquiátrico, não conseguindo os objetivos de desospitalizar e desinstitucionalizar. Relata ainda, que o doente mental ou o paciente em sofrimento mental, não reconhecia a rede básica como alternativa para a resolução de seus problemas de saúde, revelando, também, a dificuldade de prestar assistência integral à saúde, embora um dos objetivos de se

instalarem as equipes de saúde mental nos centros de saúde fosse facilitar a assistência integral. Observa também que, naquele momento, havia um despreparo da rede básica para assistir a clientela necessitada de cuidados em saúde mental.

Em relação ao estudo citado, pode-se perceber que o período em que foram realizadas as mudanças na Saúde Mental e na Atenção Básica em Campinas-SP constituía-se em um período de transição para o processo de mudança. Todo processo de mudança demanda tempo para que a clientela possa compreendê-las, absorvê-las e aderir a elas; outro aspecto é a necessidade de promover capacitação para as equipes e manter um diálogo aberto com a comunidade para tirar dúvidas e estar atento à expectativa dessa comunidade.

Para prestar uma assistência integral, a indivíduos e a famílias, é necessário entender que múltiplos fatores podem interferir no bem-estar das pessoas, inclusive questões concernentes à saúde mental. Por isso, são importantes estudos e instrumentos que capacitem os profissionais para lidar com essas demandas cada vez mais freqüentes na atenção primária à saúde.

Segundo Oliveira e Colvero (2001), a metodologia orientadora das ações da Estratégia Saúde da Família está baseada na vigilância à saúde e no enfoque do risco, buscando otimizar os recursos disponíveis de acordo com as necessidades da população. Para as autoras, esse cenário de mudanças no SUS é privilegiado para implementar transformações relevantes na área de saúde mental.

Atender as demandas de saúde mental na ESF é fundamental para efetivar a nova proposta de assistência em saúde mental dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Essa demanda deve ser identificada, tratada e acompanhada. A reorganização da saúde deve buscar compreender a dimensão social do cuidado. Criatividade, sensibilidade e renovação do conhecimento são necessárias aos profissionais da equipe de saúde da família, abrindo oportunidades e novos caminhos para uma assistência competente e humanizada (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Para Souza e Scatena (2005), o profissional de saúde precisa rever conceitos e buscar compreender a família em sua singularidade, oferecendo apoio, a fim de torná-la parceira e alvo do cuidado em saúde mental. Pensar a família e a assistência sob diversos ângulos lhe possibilitará descobrir novas formas de intervenções e de ajuda. Consideram, ainda, que esse profissional possa ajudar a família mudar sua forma de lidar com o doente mental.

Para as autoras Rosa e Labate (2003), a ESF tem uma característica de grande importância para o atendimento às famílias, que é ter o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento que facilita a criação de vínculos e a aproximação dos profissionais com o dia-a-dia das famílias. As mesmas autoras afirmam que os profissionais precisam aprender a trabalhar em equipe e com a família, considerando as necessidades da comunidade por meio da sua participação no planejamento das ações.

A mudança no modelo de assistência à saúde abre novos caminhos para o diálogo com a diversidade de saberes e áreas de conhecimentos em como tratar prevenir, acompanhar e promover a saúde mental do indivíduo e da comunidade.

No que diz respeito às questões de saúde mental, observa-se que o sofrimento de um indivíduo doente repercute em toda a família. Por isso, tratar somente o doente torna-se ineficaz; será necessário envolver a família no planejamento do tratamento, dar apoio e acompanhamento. A assistência mais abrangente possibilitará maior envolvimento da comunidade, podendo gerar a diminuição de preconceitos e de exclusão do doente mental.

Como citado anteriormente, as equipes de Atenção Básica deparam-se, cotidianamente, com o problema psíquico. Por sua proximidade com famílias e com comunidades, essas equipes são recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, de drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

É importante destacar alguns dados apontados pelo Ministério da Saúde a respeito da saúde mental: - 3% da população sofrem com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso do álcool e de outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento atual do SUS são para Saúde Mental; 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação em saúde mental” (BRASIL, 2003).

Em seu estudo realizado em Maceió (AL), Brêda e Augusto (2003) observam que o alcoolismo aparece dentre as cinco principais doenças citadas pela comunidade. Os depoimentos da equipe estudada destacam o alcoolismo, a depressão, o uso indiscriminado de psicofármacos e as recentes tentativas de suicídio, como problemas psíquicos predominantes no serviço que atuam. As autoras comentam que na unidade pesquisada é comum o relato de mulheres que

sofrem dos nervos ou que desencadeiam um processo de hipertensão arterial devido à presença de alcoolismo na família.

Essa situação parece ser comum a outras ESFs, onde a dependência química e o alcoolismo desestabilizam a família, ocasionando diversos transtornos de saúde a outros membros da família, geram conflitos e a desestruturação emocional e psicológica dos indivíduos. É freqüente o aparecimento de diversos tipos de violência nesses núcleos familiares.

As autoras supracitadas conjecturam, ainda, que a equipe de Saúde da Família lida com os transtornos psiquiátricos de forma individual, centrada na medicalização, na internação e nos encaminhamentos. Além disso, afirmam que os agentes comunitários de saúde são os únicos membros da equipe que visitam os portadores de adoecimento psíquico em seu domicílio e que essa ação proporciona a formação de vínculos.

Dentro da experiência na ESF – Uberlândia, a realidade quanto à visita domiciliar é não é a mesma da equipe de Maceió - AL. Todos os componentes da equipe têm o compromisso de visitar, quando necessário, aqueles que estão impedidos de ir à unidade de saúde, inclusive os portadores de adoecimento psíquico. Os agentes de saúde têm como atividade diária prioritária as visitas domiciliares. Quanto aos problemas psíquicos predominantes, observamos certa semelhança, e também no que diz respeito à forma de lidar com esses transtornos.

Em seu estudo, Pinto (2002) observa que os profissionais de Saúde da Família parecem atuar em saúde mental com a lógica da exclusão e com conceitos psiquiátricos reducionistas e organicista. Entretanto, ressalta que o agente comunitário de saúde destaca-se como profissional que responde melhor e mais rapidamente à capacitação e que passa a representar na comunidade uma referência para as situações de crise.

A realidade apresentada no estudo acima citado encontra-se divergente dos princípios da ESF, que estão pautados na integralidade e numa abordagem continuada, multiprofissional e que vê o indivíduo como um todo no seu contexto. Observa-se, então, a necessidade de trabalhar com os profissionais para ajudá-los a assimilar um novo entendimento relativo à saúde mental baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de transformar suas ações.

De acordo com Souza *et al.* (2007), a ESF é um aliado em relação a promoção, prevenção e intervenções básicas de saúde para a saúde mental,

principalmente por atender as famílias e o ter o domicílio como espaço terapêutico. Todavia apontam que os profissionais de enfermagem podem encontrar dificuldades em desenvolver ações em saúde mental, por não terem formação específica na área de saúde mental e/ ou por falta de treinamento e atualizações. Os autores referidos acreditam que a ESF poderá contribuir de forma expressiva para a diminuição das internações psiquiátricas, desde que haja um trabalho realizado por uma rede de atendimento comprometida com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em seu trabalho “Unidade de Referência e a Equipe Volante” Lancetti (s/d), refere à necessidade de discutir mais o papel dos agentes comunitários de saúde, pois eles são elementos fundamentais para o desenvolvimento das intervenções e para o acompanhamento das famílias e da comunidade; admite que sejam sobrecarregados de trabalho burocrático e excluídos do processo de planejamento e definição das estratégias de trabalho.

O autor supracitado relata o trabalho das oficinas de saúde mental com as equipes Saúde da Família, em Camaragipe (CE), 1996 e 1997, em que foram encontradas as seguintes dificuldades: baixo nível de informação das equipes Saúde da Família acerca dos assuntos relativos à saúde mental; expectativa e ansiedade das equipes por apoio à saúde mental, em virtude das angústias e dos conflitos vividos na comunidade e da onipotência de tudo resolver; resistência de alguns profissionais à inserção da saúde mental nas discussões, que são vistas como aumento do volume de trabalho e não como apoio ao que vinha sendo realizado na comunidade.

Os profissionais de saúde da ESF necessitam de apoio e de capacitação para prestar um atendimento de qualidade em relação às necessidades em saúde mental que podem ser acompanhadas na Atenção Básica. As resistências dos profissionais em relação a assistência em saúde mental podem advir do desconhecimento e da falta de apoio a equipe. Na Atenção Básica, é necessário lidar com as situações de crise com segurança e tranquilidade, acionando algo mais do que os recursos da medicação e contensão. As tecnologias leves³ que envolvem qualidades como compreensão, empatia, afetividade, capacidade de formar vínculos, escuta, compromisso com o paciente e respeito precisa permear as relações dos

³ Merhy (2007) entende tecnologias leves como os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou ainda, são as intervenções que qualquer trabalhador ou profissional de saúde produz com o usuário, em ato, é um encontro onde duas pessoas atuam uma sobre a outra.

profissionais de saúde com os usuários, principalmente com aqueles que precisam de cuidados específicos relacionados à saúde mental.

Em sua pesquisa, Scóz e Fenili (2003) destacam que os princípios que embasam a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária são convergentes. Embora a saúde mental tenha sua legislação própria, pode-se constatar que existem princípios semelhantes que a tornam bem próxima da ESF, possibilitando uma convergência das ações em saúde mental no ESF. Alguns exemplos são apontados pelas autoras como: os princípios gerais do SUS; - atendimento gratuito, integralidade, descentralização das ações, racionalidade, eficiência e eficácia, territorialização e organização da demanda; ênfase no cuidado, na escuta, na vinculação, na história dos indivíduos, valorizando sua cultura e saberes; planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional. Estas semelhanças deveriam gerar certa facilidade entre a saúde mental e a Atenção Básica, possibilitando o diálogo e as ações convergentes.

Para Brêda *et al.* (2005) existem contradições ou fragilidades encontradas no desenvolvimento da ESF que são comuns ao da Reabilitação Psicossocial, dentre elas: relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana; na verbalização e normatividade reforçam o caráter prescritivo e autoritário, que dificulta a adequação da assistência às realidades locais ao controle social; despreparo dos profissionais em relação às necessidades subjetivas e as concernentes a situações que envolvem a emoção no cotidiano da assistência.

As autoras Scóz e Felini (2003) enfatizam que a identificação de fatores de riscos e a busca de uma investigação resolutiva são possíveis quando ocorre a vinculação da equipe de saúde multidisciplinar com a população, por meio de uma prática sustentada pela humanização e pela saúde como um direito de cidadania, favorecendo a manifestação de qualidade de vida. Destacam, ainda, que na construção da saúde social para todos, a Estratégia Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica, vem-se configurando em uma forma inovadora de se fazer saúde, que se fundamenta em uma nova ética social. Além disso, consolida a família como a base, o centro de referência, o primeiro núcleo psicossocial no qual deve estar centrado a resolutividade das ações.

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica deve obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras

políticas específica e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003).

Quando analisamos as ações entre a Atenção Básica e a saúde mental atualmente, pode-se observar que há ainda dificuldades de se estabelecer uma articulação entre a ESF e os serviços de referência em saúde mental, o que é proposto como intenção, não é o que ocorre na prática. Essa situação pode ser decorrente do desconhecimento do funcionamento de ambos os serviços de saúde por parte daqueles que integram as equipes. Esse não reconhecimento impede a integralidade das ações, o trabalho em rede de forma efetiva e perpetua a cultura que atravessa historicamente a organização nos serviços isolados e departamentalizados, ou seja, a fragmentação.

As mudanças na estrutura física, na organização administrativa e as novas propostas de serviços não garantem transformações na prática da saúde mental. As mudanças externas não promovem o rompimento com os preconceitos, as exclusões e as transformações na prática de trabalho em saúde mental, é necessário romper com os paradigmas que por muitos anos nortearam a prática em saúde mental.

As modificações no modo de pensar e de agir dos profissionais da área de saúde tendo como referência os pressupostos da Reforma Psiquiátrica/Reforma Sanitária são requisitos imprescindíveis para assegurar novos resultados em relação à saúde mental na Atenção Básica.

Em pesquisa com enfermeiros da ESF, Souza *et al.* (2003) afirmam que o trabalho realizado no serviço ainda preserva aspectos do modelo tradicional de saúde pública, mas que acrescenta propostas da Saúde Coletiva, constituindo-se em um movimento de transformação que revela um momento de transição, incorporando novos instrumentos de trabalho necessários ao surgimento de um novo modelo que contemple a saúde mental. Consideram que as ações de saúde mental nas equipes de Saúde da Família concretizam-se a partir do reconhecimento do trabalho, com uma grande capacidade para responder às necessidades sociais que demandam transformações na assistência psiquiátrica tradicional.

As autoras chamam a atenção para o fato de que não se deve considerar a saúde mental como um programa de distribuição de medicamentos psicotrópicos e que as ações em saúde mental perpassam transversalmente todos os cuidados gerais de saúde em todos os grupos etários.

De acordo com Brêda e Augusto (2003), no contexto da Atenção Básica à saúde, a equipe de saúde da família tem condições de intervir visando à transformação do cuidado em saúde mental. Consideram que há possibilidades de inovação no cuidado prestado no âmbito individual, com atuações que possibilitem o autoconhecimento e o conhecimento do outro; ajudam o usuário a conhecer limites e a aprender a respeitá-los em si mesmo e no outro; na dimensão familiar, empenhar-se constantemente em conviver e respeitar as diferenças, na proteção e no amparo dos mais fracos e dependentes, na busca de relações abertas e flexíveis.

As ações sugeridas pelas autoras supracitadas são pertinentes e poderiam ser realizadas nas equipes de Saúde da Família atividades como aconselhamentos, diálogos, oficinas de expressão, trabalhos grupais, buscando não apenas prevenir e tratar doenças, mas inventar e reinventar a prática de atenção à saúde; procurando parceria com outros setores sociais. Para serem executáveis essas idéias, é preciso repensar a constituição da equipe mínima, usando o princípio da equidade em relação aos locais que necessitam de uma demanda maior de oferta de profissionais de saúde. No dia-a-dia, as equipes de saúde da família estão, em sua maioria, envolvidas com ações ainda centradas na doença, com uma equipe mínima tendo de desdobrar para realizar o máximo, influenciada pelo pensamento do modelo neoliberal.

Dessa forma, uma prática equivocada parece ser exercida no cotidiano das ESF, com tendência a focalizar o que não funciona, ao invés de valorizar e desenvolver o potencial presente nas pessoas e na comunidade. Não podemos esquecer que o setor saúde não é onipotente, não tem condições de tudo resolver, mas que se relaciona com os diversos setores, e está sujeito a influências econômicas, sociais e políticas.

As equipes de Saúde da Família necessitam de envolver as escolas, as igrejas, as associações de bairro, os clubes de mães, as indústrias e demais segmentos da comunidade em parcerias. Isso deve ser feito de forma tal que haja disposição para apoiar os eventos, abrir suas portas para discutir temas que dizem respeito à saúde, e proporcionar reflexões junto com os alunos, os trabalhadores de fábricas, indústrias e empresas incluindo os temas de promoção da saúde mental, como a importância do lazer, da atividade física que promova um relaxamento, gerenciamento do estresse e possibilite novos conceitos e práticas.

A atividade de Terapia Comunitária pode ser uma dessas ações a colaborar para uma nova forma de intervenção na comunidade. Ela tem sido utilizada em equipes de ESF em alguns estados do nordeste, sendo um instrumento que utiliza tecnologias leves e de baixo custo.

De acordo com Silveira (2003) a saúde mental e a Atenção Básica são dois campos de saber que, em sua busca contemporânea, procuram trazer ao planejamento das ações de saúde a co-responsabilidade por outras dimensões do sofrimento humano, postas em jogo quando se propõe a produzir saúde. Reconhece a necessidade de implementar ações intersetoriais que atendam a outras necessidades do sujeito, e não somente aquelas reconhecidas como pertencente ao campo da saúde.

A inclusão da saúde mental na Atenção Básica é um desafio para os profissionais de saúde, comunidade, instituições, governo e sociedade. Enfatizar a promoção do diálogo que possibilite o conhecimento das ações desenvolvidas pelos diversos setores, a troca de experiência, a valorização da competência de cada um é essencial e colabora para emergirem ações conjuntas, inovadoras, articuladas e integradas que visem a atender as necessidades das famílias e dos usuários em sofrimento mental.

O envolvimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família, por meio de capacitação e sensibilização que viabilize uma forma de atendimento segura, eficaz e humanizada em saúde mental, é essencial no processo de inclusão da saúde mental na Atenção Básica. Uma vez incorporadas as ações em saúde mental nas equipes de Saúde da Família, são necessárias avaliações e acompanhamentos freqüentes, pois surgem novas situações rotineiramente.

Com o objetivo de ampliar a capacidade de resolutividade e a qualidade na ESF, o Ministério da Saúde propôs aos municípios a organização dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Eles deverão ser constituídos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, que, em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, possam compartilhar a construção de práticas em saúde de acordo com os problemas identificados e com base no diagnóstico da situação de saúde da população, sob a responsabilidade de cada equipe. Os profissionais que podem compor o NASFs são: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo;

médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

No que diz respeito à comunidade, os usuários que necessitam dos cuidados em saúde mental precisam sentir-se acolhidos, respeitados, vinculados ao serviço e desenvolver uma relação de confiança com a equipe de Saúde da Família.

Para que novas ações sejam realizadas e consolidadas na saúde mental dentro da ESF, os profissionais precisam estar preparados e mobilizados para desenvolver o relacionamento interpessoal, a comunicação terapêutica e o relacionamento com a comunidade. É necessário trabalhar com a Educação Permanente, que permite preparar as equipes para o trabalho, considerando as necessidades de saúde das pessoas e da população.

O Ministério da Saúde define a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho; tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, atendendo aos princípios do SUS. Para isto os gestores podem contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação em Saúde (BRASIL, 2007).

As mudanças precisam ocorrer também na reformulação dos currículos dos órgãos formadores de profissionais que trabalham na área da saúde. Os currículos devem incorporar disciplinas que abordem as questões sociais da saúde, os conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais. Os alunos necessitam de entrar em contato com a comunidade no início do curso e com ela estabelecer uma relação aberta, respeitosa, horizontal e de valorização de seus saberes e prática. Dessa maneira, será possível o desenvolvimento da confiança, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e mais maturidade desse profissional, quando estiver no seu campo de trabalho.

Com essa proposta, foi criado, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura integram políticas ministeriais, com objetivo de transformar o ensino de saúde no Brasil, contemplando os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. O Pró-Saúde tem como objetivos integrar o ensino-serviço, reorientar a formação profissional de forma a assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica;

promover transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e prestação de serviços a população (BRASIL, 2007).

Por meio da Portaria Interministerial Nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, o Pró-Saúde é ampliado para os demais cursos de graduação da área de saúde, o que parece ser um avanço para que tenhamos mais profissionais aptos a trabalhar dentro de uma visão holística e possamos a médio e longo prazo transformar a prática de saúde (BRASIL, 2007).

Para que tais objetivos se concretizem, é necessário o comprometimento das instituições de ensino em reformular seus currículos de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação, definidas a partir dos anos 2000 pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que apontam para a necessidade de currículos integrados. Essas diretrizes orientam para a formação de profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo (CONASSEMS, S/D).

Conforme Silva *et al.*(2004), para que ocorra a efetivação da Reforma Psiquiátrica, é preciso trabalhar com a educação permanente dos profissionais e com a produção de conhecimentos (novos instrumentos), a partir da crítica da realidade e da interdisciplinaridade.

O caminho é longo e desafiador o processo de inclusão da saúde mental na Atenção Básica, pois envolve mudanças em conceitos que foram solidificados nas pessoas através dos anos. O processo de inclusão da saúde mental na Atenção Básica é novo em relação à construção histórica e precisa ser pensado, refletido, efetivado e avaliado, para que ocorra uma nova construção em como cuidar e promover à saúde mental de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

2.2 Fundamentos da Terapia Comunitária

Para Barreto (2005), a Terapia Comunitária é um espaço onde as pessoas que estão em situação de crise e sofrimento têm a oportunidade de falar sobre sua dor e sobre seus conflitos. E ainda, propicia aos participantes experimentar a ajuda do grupo, que oferece suporte e apoio. Neste sentido, oportuniza a expressão de

sofrimento e a reposição de energias, sem o risco da exclusão, valorizando cada experiência, cada contexto e dada cultura.

De acordo com Camarrotti *et al.* (2003), a Terapia Comunitária surgiu para ser um espaço de fala das situações que causam sofrimento, angústia e da possibilidade de prevenção dos efeitos do estresse no cotidiano das pessoas de baixa renda, visando a garantir a essas populações o resgate da auto-estima necessária para a implementação de mudanças em suas vidas.

A palavra terapia tem sua origem no grego “*therapeia*” que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. O terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa. Comunidade lembra duas outras palavras: COMUM e IDADE. As pessoas que participam da Terapia Comunitária têm em comum o sofrimento, buscam soluções e a superação de dificuldades (BARRETO, 2005).

Fukui e Marchetti (2004) relatam que uma participante de um encontro de Terapia Comunitária definiu-a como um espaço aberto, de ajuda mútua, que permite ao sujeito crescer como pessoa. Segundo essa definição, as autoras apontam três características da Terapia Comunitária: a de ser um *espaço aberto* a todos indistintamente; grupo heterogêneo, diversificado, o que reúne melhores condições de realização da terapia; além de ter o *foco na pessoa*; ao relatar sua dor ou alegria, sua história, a pessoa trabalha sua singularidade e identidade no grupo reforçando assim sua auto-estima e sua competência pessoal e a última característica é o *trabalho em grupo*; em que a pessoa inserida na comunidade se reconhece, ao mesmo tempo, como igual e diferente, como uma e múltipla, como única e como parte de um grupo maior.

A Terapia Comunitária é utilizada em outros países como França, Suíça e México. No Brasil, está presente em todos os estados brasileiros. Ela pode ser considerada uma tecnologia de cuidado ou um procedimento terapêutico grupal, cuja sua finalidade é promover a saúde e prevenir o adoecimento; pode ser desenvolvida na Atenção Básica em saúde mental; ajuda na promoção a cidadania, no fortalecimento da identidade cultural das comunidades, das redes sociais solidárias e possibilita aos indivíduos e famílias o desenvolvimento da autonomia e das bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social (GUIMARÃES, 2006).

O Ministério da Saúde estabeleceu convênio com a Universidade Federal do Ceará e com o Projeto Quatro Varas, desenvolvido por Barreto há mais de vinte anos, para a capacitação de 1.100 profissionais das Equipes Saúde da Família em

todo o Brasil, ainda em 2008. O Projeto de *Implantação da Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS* – elaborado em conjunto com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (Abratecom) – pretende desenvolver nos profissionais da área da saúde e em lideranças comunitárias as competências necessárias para promover as redes de apoio social na Atenção Básica.

A proposta prevê a capacitação dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, no sentido de prepará-los para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais, de forma a ampliar a resolutividade desse nível de atenção. A Terapia Comunitária e suas ações complementares incentiva a co-responsabilidade na busca de novas alternativas existenciais e promove mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas. A introdução da Terapia Comunitária no âmbito da ESF é considerada uma medida compatível, viável e coerente com os objetivos da estratégia (BRASIL, 2008).

A Terapia Comunitária tem construído sua identidade alicerçada em cinco grandes eixos teóricos:

2.2.1 O Pensamento Sistêmico

A teoria Geral dos Sistemas foi abordada inicialmente na década 1930, pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, consistindo em um conjunto integrado a partir de suas interações em todas as manifestações físicas, orgânicas ou sociais.

O Pensamento Sistêmico propõe uma nova forma de ver a realidade, saindo do modelo linear (causa e efeito) do pensamento científico, propondo a percepção do mundo, pelo modelo circular, numa perspectiva de relações e de integração, o qual valoriza o todo e suas partes que o constituem. Segundo essa teoria, as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebermos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que ligam as pessoas em uma totalidade que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade (BARRETO, 2005).

Para o autor citado, esse entendimento teórico possibilita ao terapeuta comunitário a compreensão de que cada indivíduo é um todo e de que cada parte influencia a outra e nela interfere. As pessoas, para enfrentarem a vida com prazer e buscarem a solução dos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais,

precisam estar conscientes da globalidade em que estão inseridas, sem perder de vista as várias partes do conjunto a que pertencem. Dessa forma, é possível compreender os mecanismos de auto-regulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais e vivenciar a co-responsabilidade.

2.2.2 Teoria da Comunicação

Comunicar é o ato de enviar e receber mensagens. A comunicação é um processo que faz a ligação entre as pessoas. Ela pode ser estabelecida por meio da linguagem verbal (falada e escrita) e também pela linguagem não verbal, que compreende as imagens e as expressões corporais (gestos, posturas, olhares etc.).

A Teoria da Comunicação tem como fundamento que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. Ela afirma que todo comportamento, todo ato verbal ou não, individual ou grupal, tem valor de comunicação em um processo sempre desafiante de entender as múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano (BARRETO, 2005).

De acordo com Watzlawick (1967 *apud* Barreto 2005), a comunicação é estabelecida por meio de cinco regras básicas:

.

Regra 1 – Todo comportamento é comunicação.

A linguagem corporal muitas vezes é contrária à comunicação verbal. Sinais e sintomas físicos podem ser formas de comunicação de algo inconsciente, do que é vergonhoso falar. A linguagem corporal revela muito do indivíduo. Pessoas a quem não é dado o direito a verbalizar emoções e sentimentos podem utilizar recursos corporais e comportamentais para comunicar algo que pode não estar claro o suficiente para comunicar por meio de palavras.

Regra 2 – Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem (ou conteúdo) e a relação entre os que estão se comunicando.

As pessoas, ao se comunicarem, não desejam apenas transmitir informações, mas ganhar consciência e informações daquilo que elas próprias significam em suas

relações interpessoais, assim, formam consciência e impressões de si mesmas. Nesta dinâmica, pode-se vivenciar: **confirmação** (reforço na identidade, na auto-imagem e auto-estima); **rejeição** e **denegação** (negar a existência do indivíduo).

Regra 3 – Toda comunicação depende da pontuação.

Nesta regra, os conflitos se instalam quando existe a forte convicção de que existe apenas um posicionamento correto, o interlocutor está convencido de que está certo. A possibilidade ao diálogo fica comprometida, pois não há abertura para mudanças, pode também existir uma relação de subordinação e opressão que impede a resolução dos impasses.

Regra 4 – Toda comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal (palavras) e a comunicação não verbal (analógica ou gestual).

Uma comunicação para ser eficaz, necessita da combinação da linguagem verbal e a não verbal. É muito comum as palavras serem contrárias do que se exprime com a comunicação não verbal.

O crescimento ocorre quando a comunicação é clara, sem duplicidade ou contradição.

Regra 5 – A comunicação pode ser simétrica – baseada na semelhança, ou complementar – baseada no que é diferente.

Na comunicação simétrica, ocorre uma imitação entre ambas as partes, com objetivo de um superar o outro em comportamento semelhante, o que gera competição, rivalidade e sofrimento. Na comunicação complementar, os parceiros buscam complementar o comportamento um do outro, entendendo que cada um tem seu papel e não precisam ser iguais.

2.2.3 Antropologia Cultural

A Antropologia Cultural compreende o ser humano a partir do seu universo cultural e o valor que representa por meio de sua identidade. A cultura de um povo é

transmitida pelos hábitos e costumes, pela relação conjugal, a religião, a etnia, os rituais e pelo local onde vive (GRANDESSO, 2003).

Para Barreto (2005) a Antropologia Cultural chama nossa atenção para a importância da cultura de um povo. Cultura é um grande conjunto de realizações de um povo, ou de grupos sociais, como referencial a partir do qual cada membro do grupo baseia seu comportamento e retira sua habilidade para pensar, avaliar, discernir valores e fazer suas opções no cotidiano. Por isso, a cultura é “elemento de referência” na construção da identidade pessoal e grupal.

Em um país, podemos conviver com culturas diversas e descobrimos que essa diversidade cultural é benéfica para todos. É a verdadeira fonte de riqueza de um povo. Quando se valoriza, respeita, preserva a cultura como forma de agregar-se com outros conhecimentos, observam-se a soma, a multiplicação dos potenciais de crescimento e resolução de problemas sociais e se constrói uma sociedade mais justa.

2.2.4 A Pedagogia de Paulo Freire

O Método Paulo Freire é conhecido mundialmente, reconhecido na pedagogia e também como método de pesquisa e de produção de conhecimento. A Pedagogia de Paulo Freire está baseada na justiça social, na consciência crítica e no caráter político pedagógico da prática educacional (LUIZI, 2006).

Segundo Freire (2005), a educação deve ter concepção problematizadora e libertadora, na qual o educador tem uma relação horizontal com os educandos, de diálogo, de fé nos homens e ambos crescem juntos. A pedagogia problematizadora acontece por meio da problematização dos homens em suas relações com o mundo. Propõe o rompimento com o modelo da educação tradicional, ou seja, educação bancária que em sua concepção o educando é destituído do saber e o educador, aquele que detém o saber, deposita e transmite o conhecimento.

Em seu livro, Barreto (2005) ressalta a importância da Pedagogia de Paulo Freire como alicerce da Terapia Comunitária. Essa pedagogia enfatiza que o processo ensino aprendizagem não é apenas uma transmissão de conhecimentos, onde o educador deposita seu conhecimento para o educando (a), inexperiente que não sabe nada e, sim, que a aprendizagem acontece por meio do exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, da valorização do saber acumulado pelas

experiências de vida das pessoas e que o conhecimento não está separado do contexto da vida. Considera, ainda, que, para assumir a missão de educador, é preciso ter um mínimo de carinho, de apreço e de identificação. Afirma que o papel do terapeuta comunitário é semelhante ao do educador definido na pedagogia de Paulo Freire.

Para Barreto (2005), o método de Paulo Freire é um chamado coletivo para criar e recriar, fazer e refazer por meio da ação e reflexão. Os indivíduos se tornam sujeitos da História e não apenas objetos, pois descobrem novos conhecimentos e, como consequência, encontram novas formas de intervir na realidade.

2.2.5 A Resiliência

A resiliência é um termo utilizado pela Física e pela Engenharia e refere-se à capacidade de um material absorver energia sem deformações. A origem da palavra resiliência vem do latim *resiliens*, significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. No inglês *resilient* tem o sentido de elasticidade e capacidade rápida de recuperação (PINHEIRO, 2004).

Atualmente, este termo tem sido utilizado no campo do comportamento humano, principalmente no meio acadêmico, como a capacidade de superar adversidades e circunstâncias difíceis da vida.

Um dos objetivos da Terapia Comunitária é:

“Suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, procurando ressaltar suas habilidades de enfrentamento, sem realçar suas carências. Durante o encontro de Terapia Comunitária, no momento denominado de problematização, algumas estratégias são formuladas e o sofrimento passa a ser enfrentado de uma melhor maneira. Pode-se considerar que é a carência que gera competência, o sofrimento que gera capacitação, fortalecimento” (GUIMARÃES, 2006, p.39).

Para Barreto (2005) muitos indivíduos, famílias e grupos sociais nos surpreendem por sua capacidade de resistir ao aniquilamento constante a que são submetidos. A resiliência é a capacidade de recuperar-se de um baque, de uma dificuldade e reconstruir sua vida, apesar das decepções e dos sofrimentos.

Os objetivos da Terapia Comunitária são: reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, descobrindo seus valores, seu potencial e tornando-se mais seguro, promovendo a auto-estima individual e coletiva; valorizar o papel da família;

favorecer o desenvolvimento comunitário; formação de vínculos de confiança entre a comunidade formando redes de proteção; promover o diálogo entre o “saber popular” e o “saber científico”; valorizar as práticas culturais; estimular a participação, o diálogo e a reflexão e que os participantes tomem iniciativas de ser agentes de sua transformação (BARRETO, 2005).

A Terapia Comunitária é um instrumento que possibilita a valorização do indivíduo e supre a necessidade das pessoas em serem ouvidas, promove a troca de experiência sem risco de exclusão, gera a formação de vínculos na comunidade, alívio de sentimentos negativos e promove a saúde mental na comunidade (SOARES *et al.*, 2006).

Nos encontros de Terapia Comunitária, forma-se uma roda, onde as pessoas sentam-se lado a lado possibilitando, aos participantes a visualização mútua. Esses encontros são desenvolvidos em seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva e avaliação (BARRETO, 2005).

O **acolhimento** deve ser dirigido pelo co-terapeuta; esse é o momento de receber as pessoas, acomodá-las em círculo, cantar uma música dinâmica e interativa conhecida pela comunidade, cantar parabéns para os que estão aniversariando naquela semana. Nesse sentido, é importante criar um clima de companheirismo, de amizade e de amor. Explica-se que aquele é um espaço onde a comunidade fala de suas realizações, dificuldades e problemas, é um encontro para trocar experiências e que, para a terapia acontecer, é preciso seguir algumas regras.

As regras são: fazer silêncio — é necessário ficar calado enquanto o outro fala; falar de sua própria vivência; por isso, é importante utilizar o verbo na primeira pessoa do singular; não dar conselhos, não fazer sermões ou discursos; sugerir uma música, contar um caso ou falar uma poesia que tenha alguma ligação com o tema que será escolhido e ter uma atitude de respeito para com a história de cada pessoa.

Como terapeuta comunitária, tenho percebido que o momento do acolhimento quebra o distanciamento entre as pessoas, gera risos, toque físico e proporciona abertura para a possibilidade de formação de vínculos entre os participantes e a equipe.

A explicação das regras da terapia visa a estabelecer o respeito e valorização das pessoas que estão naquele momento no grupo e ajuda no diálogo. É uma

oportunidade de aprendizado em aprender a ouvir e a usar da fala, o que é grande valor.

O co-terapeuta passa a palavra para o terapeuta, que irá dirigir a terapia e passa-se para a segunda fase, que é a **escolha do tema**; o terapeuta pergunta ao grupo se há alguém passando por alguma dor, dificuldade ou sofrimento. Várias pessoas podem falar de forma sucinta sobre o que as está fazendo sofrer. É importante esclarecer que o grupo elegerá apenas um tema que será trabalhado na terapia naquele dia. O tema é escolhido pelo grupo, porque os participantes se identificam com o problema. Isso será garantia de participação. Prosseguindo, é feita a **contextualização**, que é o momento de obter informações e compreender o problema no seu contexto. Nessa fase, é permitido fazer perguntas que ajudarão a esclarecer o problema e auxiliarão a pessoa que está falando a refletir sobre sua situação.

Na etapa da **problematização**, o terapeuta comunitário apresenta o MOTE, pergunta-chave que permitirá a reflexão do grupo; a pessoa que expôs seu problema fica em silêncio e aqueles que vivenciaram situações relacionadas ao mote compartilham como superaram em suas vidas aquele problema. Várias situações de superação são relatadas, possibilitando o aparecimento de estratégias que podem ser utilizadas na resolução do problema.

No encerramento fazem-se os **rituais de agregação e conotação positiva**. Nessa etapa, todos ficam em pé, apóiam-se no ombro um do outro, formando um grande círculo e ficam balançando, isso ajuda o grupo a manter-se coeso e unido, em um movimento que busca o equilíbrio. O terapeuta deve fazer a conotação positiva em relação ao caso que foi trabalhado nesse dia. Deve reconhecer, valorizar e agradecer o esforço, a coragem e a vontade da pessoa superar suas dificuldades. Também solicita aos participantes que verbalizem algo que os tenha tocado e/ou o que foi aprendido positivamente com a história escolhida.

Nessa fase da terapia, percebe-se o quanto o grupo conseguiu ser empático com a pessoa que trouxe sua história naquele dia e o que foi acrescentado aos participantes que se identificaram com o que foi falado; é um momento para refletir e verbalizar o que pôde ser aprendido e também valoriza a história de vida daquele que teve seu caso exposto. Percebe-se, nesse momento, a formação do vínculo por parte dos participantes.

Em relação à equipe presente durante a Terapia Comunitária, pode-se observar, ainda, uma oportunidade de estabelecer a empatia e formar vínculos, pois passa-se a conhecer mais o contexto em que as pessoas estão vivendo, suas dores, suas alegrias, e dificuldades. É uma oportunidade para formar vínculos entre a equipe e os usuários.

Após ouvir um usuário na terapia, percebo que o tratamento para com ele pela equipe de saúde, em outros momentos que necessita do serviço, é mais atencioso e há maior sensibilidade às suas necessidades de certa forma facilita a humanização na relação por parte da equipe.

Por último, após os participantes irem embora, faz-se a **avaliação** da conduta da terapia pela equipe que estava conduzindo o encontro.

Na avaliação a equipe estabelece as prioridades, estratégias e intervenções, com objetivo de cuidar daqueles que estão em situação de sofrimento. Dentre essas ações, podem-se citar: visita domiciliar com maior frequência do agente comunitário de saúde, visita do assistente social e/ou do psicólogo e/ou do enfermeiro. Ou ainda, agendar uma consulta psiquiátrica no CAPS, ou uma consulta com o médico de família, caso a equipe avalie como necessário; acionar conselhos do idoso, da criança e adolescente, enfim tentar dar os encaminhamentos que possam minimizar ou até mesmo resolver as situações que aparecem no momento da terapia.

Atualmente, existem no Brasil 21 Pólos Formadores e de Multiplicação em Terapia Comunitária, com cerca de 8.500 terapeutas comunitários formados. É importante que esse instrumento seja divulgado e reconhecido como uma prática de cuidado à saúde que se fundamenta nos conceitos de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico. A divulgação contribui com os profissionais da área de saúde no conhecimento de novas abordagens de cuidado que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e estimula o desenvolvimento de ações de promoção à saúde.

A formação dos terapeutas comunitários, inicialmente, esteve vinculada à Pastoral da Criança, órgão da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, sendo utilizada como instrumento de abordagem aos familiares de crianças carentes em vários estados do País. O Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC) vem ampliando-se por todo o Brasil, com inúmeros grupos de formação, promovidos por prefeituras, universidades e Organizações Não Governamentais (ABRATECOM, 2005, GUIMARÃES 2006, HOLANDA 2006).

A Terapia Comunitária é um instrumento que, inserido na Atenção Básica, cria espaços que possibilitam a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos e a inclusão de ações que respeite a vivência pessoal e a competência dos usuários dos serviços de saúde. Nas ações em saúde é preciso ter como foco constante resgatar habilidades, incentivar a autonomia, valorizar dinâmica familiar e desenvolver o empoderamento das pessoas e das comunidades. A construção de uma teia de relações formada por trocas de experiências, conhecimento circular e de recursos socioemocionais, promovem o resgate da cidadania daqueles que habitualmente foram excluídos. Nesses encontros de Terapia Comunitária, pessoas sofridas, desacreditadas em si mesmas e marcadas pela exclusão, são fortalecidas em sua auto-estima, renovadas na esperança e experimentam a valorização de suas competências (HOLANDA, 2006).

Para Barreto (2005), a Terapia Comunitária constitui um espaço público aberto, de ajuda mútua numa abordagem grupal, e que abrange o indivíduo na sua singularidade e no seu contexto social, familiar e cultural. Sendo assim, um espaço para se falar de preocupações cotidianas. A escuta das histórias de vida das pessoas possibilita o comprometimento, a co-responsabilidade e o desejo mútuo da superação dos desafios do dia-a-dia, despertando para a solidariedade, a partilha, valorizando-se a dinâmica interna de cada indivíduo e sua capacidade de transformação individual e coletiva.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

“Você chega no que você quer! Não precisa ninguém te cutucar! Não precisa ninguém te forçar a falar! Quando eu vi... Parece que os assuntos foram caindo tudo assim dentro de mim... Aquilo que eu tava procurando!” (E4)

Para realização da pesquisa, foi utilizado o estudo de caso descritivo exploratório, tendo como fundamento os pressupostos do método qualitativo de investigação, que procura salientar a realidade social por meio da busca dos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, sendo esses dados marcados por uma infinidade de significações (TRIVIÑOS, 1987).

A abordagem qualitativa tem seus estudos orientados nas motivações humanas, incorpora a dimensão subjetiva dos fenômenos; busca a compreensão interpretativa dos fatos. A pesquisa qualitativa tem algumas características, como: a identificação do problema e sua delimitação pressupõem uma imersão do pesquisador na vida e no contexto, no passado e nas circunstâncias presentes que condicionam o problema; o pesquisador deve assumir uma atitude aberta, sem adiantar explicações nem deixar conduzir-se pelas aparências imediatas, para que possa alcançar uma compreensão abrangente (CHIZZOTTI, 2005).

Outro aspecto importante a respeito deste método de investigação consiste na menor relevância dada à questão da generalização, pois cada caso é tratado como único, singular, utiliza a linguagem de maneira mais acessível que os outros relatórios de pesquisas. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso fornece um conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada; possibilita uma visão detalhada e permite focalizar o contexto estudado (TRIVIÑOS, 1987).

Lüdke e André (1986) relacionam sete características do Estudo de Caso:

Os estudos de caso visam à descoberta – O pesquisador, ao iniciar a investigação, parte de alguns pressupostos teóricos básicos, mas deve estar atento à busca de novas respostas e indagações à medida que avance em sua pesquisa.

Enfatizam a “interpretação de um contexto”- Para a elaboração de um estudo de caso, é importante apreender do objeto de estudo o contexto em que ele se situa. É fundamental compreender as várias expressões de um problema e suas relações. As ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionados à problemática que estão ligadas e precisam ser analisadas e compreendidas.

Buscam retratar a realidade de uma forma completa e profunda – O investigador busca descobrir a complexidade das situações presentes e sua inter-relação.

Usam uma variedade de informações – ao desenvolver o trabalho de pesquisa, é necessário coletar dados em diferentes ocasiões, em várias situações e com informantes diversos.

Revelam uma experiência vivida e permitem generalizações naturalísticas – O estudo de caso possibilita ao pesquisador mencionar suas experiências no desenvolvimento da pesquisa.

Procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presente numa situação social – O objeto de estudo pode incitar opiniões diferentes, o investigador traz à pesquisa as várias opiniões e revela seu ponto de vista. Essa dinâmica permitirá ao leitor uma reflexão a respeito dos aspectos contraditórios e o possibilitará chegar às suas próprias conclusões.

Utilizam uma linguagem e uma forma de agir mais acessível do que os outros relatos de pesquisa – Os relatos são elaborados de forma clara e bem articulados objetivando a aproximação com a experiência pessoal do leitor.

Esta pesquisa visa à aproximação com participantes da Terapia Comunitária, compreender as implicações desta terapia no seu dia-a-dia com maior profundidade e divulgar a Terapia Comunitária como um instrumento de promoção à saúde mental.

3.1 Local do estudo:

3.1.1 Município de Uberlândia – breve histórico

O estudo foi realizado na cidade de Uberlândia, em uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Uberlândia está localizada na região do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais. De acordo com o IBGE (2006), a cidade possui 600.368 habitantes, sendo 585.719 residentes na zona urbana e 14.649 na zona rural. No aspecto demográfico, Uberlândia ocupa a terceira posição entre os vinte maiores municípios mineiros.

Dentre as vinte cidades que fazem parte do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, é a cidade que possui o maior número de habitantes.

Em 1722, partindo de Piratininga-SP, “O Anhangüera” Bartolomeu Bueno da Silva Junior, passando pelas terras do atual município de Uberlândia, em direção ao Estado de Goiás, batizou a região de Sertão da Farinha Podre, que era primitivamente habitada pelos índios Caiapós.

No ano de 1823, chegaram à região famílias do oeste e sul de Minas que dão início ao processo de produção econômica, desenvolvendo atividades agropastoris. Em 1929, o município deixa de se chamar São Pedro de Uberabinha passando a chamar-se Uberlândia que significa “terra fértil”.

3.1.2 Aspectos gerais

Uberlândia constitui um importante entroncamento rodo-ferroviário que facilita a comunicação com os principais centros urbanos das regiões Sudeste e Centro-Oeste. Passa por sua área urbana a Ferrovia Centro Atlântica S/A. Atualmente, a cidade é sede do maior centro atacadista da América Latina, como consequência de sua privilegiada localização e infra-estrutura de transporte e comunicação. Centenas de empresas atacadistas estão presentes na cidade e são responsáveis pela distribuição de uma gama de produtos na região circunvizinha e em mais de 200.000 pontos de venda em todos os Estados da Federação, alcançando mais de 10.000 diferentes localidades do território nacional.

No que diz respeito à formação acadêmica, o município de Uberlândia, contribui com a formação universitária de inúmeras pessoas da região do Triângulo Mineiro. Possui uma Universidade Federal (UFU) que oferece 30 cursos de graduação, cursos de especialização, mestrados e doutorados. Na rede privada há sete unidades de ensino superior que são: Universidade do Triângulo - UNITRI, União Educacional Minas Gerais - UNIMINAS, Faculdade Politécnica de Uberlândia - FPU, Universidade Professor Antônio Carlos - UNIPAC, Universidade de Uberaba - UNIUBE e Faculdade Católica de Uberlândia.

3.1.3 O Sistema de Saúde Pública em Uberlândia

As ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em Uberlândia são predominantemente executadas pelas unidades da Secretaria Municipal de Saúde, realizando procedimentos na Atenção Básica e de média e alta complexidade

(reabilitação e saúde mental); e pelo complexo Hospital de Clínicas/Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) credenciado ao SUS, que executa ações de Atenção Básica, média e alta complexidade, sendo que as ações referentes à internação hospitalar ficam a cargo do Hospital de Clínicas.

A atenção hospitalar é realizada pelo HC/UFU e por hospitais privados contratados (Hospital São Francisco, Santa Marta, Clínica Infantil Dom Bosco e Santa Catarina) que realizam cirurgias obstétricas e ginecológicas, cirurgia geral e internações clínicas.

O município de Uberlândia é sede de uma Gerência Regional de Saúde coordenando dezoito municípios que são: Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Indianópolis, Irai de Minas, Monte Alegre de Minas, Monte Carmelo, Nova Ponte, Patrocínio, Prata, Romaria, Tupaciguara e Uberlândia.

O atendimento à saúde em Uberlândia está geograficamente dividido em cinco setores de saúde, que são: o Central, Leste, Norte, Oeste e o Sul. Eles compreendem no total 84 pontos de atendimento à saúde, sendo 78 na zona urbana e seis na zona rural.

Em julho de 2003, o município definiu pela implantação das Equipes de Saúde da Família, levando em consideração o nível sócio-econômico, acessibilidade às unidades e os indicadores de Atenção Básica. Atualmente são 40 equipes, distribuídas em 38 Unidades de Saúde, sendo quatro de Zona Rural, onde é oferecido atendimento básico de saúde, por equipe composta por Médico Generalista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, totalizando 418 profissionais. O cadastro no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) aponta 27% de cobertura, sendo uma população de 185.955 pessoas (UBERLÂNDIA, 2007).

As unidades de saúde do município são setorizadas e compreendem Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Atendimento Integrado (UAI). Nas UBSF estão lotadas as Equipes de Saúde da Família. As UBS realizam atendimentos ambulatoriais nas áreas de cirurgia geral, pediatria, ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e ações de enfermagem. As UAI são responsáveis pelo pronto atendimento e pelo serviço ambulatorial de sua área de abrangência, assim como o de várias especialidades: Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Urologia, Otorrinolaringologia,

Endocrinologia, Dermatologia, Cardiologia, Angiologia, Proctologia, Nefrologia, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social. As Ações de Vigilância em Saúde são desenvolvidas de forma regionalizada, considerando os níveis de complexidade que cada ação demanda e envolve os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Imunização e Controle de Zoonoses.

Em Uberlândia, ainda compõem o serviços público de saúde: seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, o Centro de Reabilitação FÍSICA Tipo II, o Centro de Atenção ao Diabético Tipo I, o Ambulatório de Oftalmologia e o Ambulatório de Fisioterapia (UBERLÂNDIA, 2007).

A Secretaria de Saúde de Uberlândia tem adotado as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida 2006, definidos pelo Ministério da Saúde como prioridades: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da resposta às doenças emergentes e endêmicas, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Com o intuito de fortalecer a Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde em ação coordenada com a Secretaria Estadual de Saúde, iniciou, em abril de 2007, a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que é um Projeto do Governo do Estado de Minas Gerais que tem como objetivo dar um choque de qualidade na Atenção Primária à Saúde reorientando o modelo de atenção à saúde do SUS, tendo a Atenção Primária como eixo fundamental. A meta de resolutividade para a Atenção Primária é de 85% para as demandas em saúde da população. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde busca remodelar a rede de atenção às urgências e emergências seguindo uma lógica de regionalização e buscando a uniformização das ações e utiliza a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e as ações baseadas em linhas guias e protocolos (UBERLÂNDIA, 2007).

3.1.4 Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Santa Luzia

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro Santa Luzia, que pertence ao Setor Sul da Rede Municipal de Saúde da cidade de Uberlândia – MG.

O Bairro Santa Luzia foi criado há mais ou menos 25 (vinte e cinco anos), como um conjunto habitacional para abrigar famílias de baixa renda, financiadas por um projeto habitacional da época. Ele está localizado há cerca de oito quilômetros de distância do centro da cidade.

Em agosto de 1984, foi inaugurado o Centro de Saúde do Bairro Santa Luzia. Essa unidade, em seu início, era composta por um médico generalista, um ginecologista, um pediatra e quatro auxiliares de enfermagem. Os usuários atendidos eram oriundos dos bairros: Santa Luzia, Segismundo Pereira, Gravatás, Jardim das Hortênsias, Laranjeiras, Buritis, São Jorge I, II, III e IV, Seringueiras e São Gabriel.

No mês de outubro de 2003, como proposta de substituição do modelo de Saúde a Unidade Básica de Saúde do Bairro Santa Luzia passou a ser uma Unidade Básica de Saúde da Família. Na mesma data, foi implantado no Setor Sul da cidade outras quatorze equipes de ESF.

A UBSF - Santa Luzia possui em sua equipe: um médico especialista em Saúde da Família, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Atua também nessa unidade uma equipe de saúde bucal composta por três dentistas, três auxiliares de consultório dentário, que prestam assistência odontológica três ESF do Setor Sul. Ainda fazem parte da equipe uma assistente social, três oficiais administrativos e duas auxiliares de serviços gerais.

A UBSF Santa Luzia recebe alunos para estágio do Curso de Medicina e de Enfermagem. Os alunos acompanham os profissionais nas atividades diárias da unidade.

O número de famílias cadastradas na UBSF é de 1255 famílias e possui uma população de 4.521 habitantes. O Sistema de Atenção da Atenção Básica (SIAB) apresenta 99,68% das residências são de tijolos; 99,83% do destino do lixo é feito por coleta pública e 0,17% é queimado/enterrado; 99,83% das residências o destino das fezes/urina é captado por sistema de esgoto e 0,08% possui fossa e 95,86% tem abastecimento de água tratada (SIAB -2008).

A unidade de saúde funciona em um prédio da prefeitura e possui: uma sala de espera; uma sala administrativa, onde ficam dois computadores que estão interligados em rede com a Secretaria Municipal de Saúde, onde são realizados os agendamentos das consultas especializadas e os serviços da área administrativa da unidade; uma sala para pré-consulta e dos agentes comunitários de saúde; uma sala

de vacinas; dois consultórios, sendo um do médico e outro da enfermeira; um consultório para Psicologia e Assistência Social que são compartilhados em horários diferentes; uma sala para assistência odontológica com duas cadeiras odontológicas; uma sala onde são realizados curativos, coleta de sangue, limpeza de material contaminado e esterilização de material. Nessa unidade, há dois banheiros, sendo um para o uso de usuários e o outro para os funcionários; uma pequena cozinha e uma área externa.

Dentre as atividades realizadas pela equipes de saúde da família estão: consultas médicas, atendimento individual do enfermeiro, curativos, inalações, visitas domiciliares, retiradas de sutura, e grupos educativos (diabéticos e hipertensos, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, saúde da mulher, adolescentes, grupos de controle de peso e atenção à saúde mental).

Os grupos educativos realizados na UBSF são realizados com a participação dos agentes de saúde, da assistente social, da enfermeira e auxiliar de enfermagem. São eles: Grupo de gestantes - realizados semanalmente na unidade de saúde, antes da consulta de pré-natal; Grupo de hipertensos e diabéticos - ocorrem semanalmente, na igreja próxima à unidade e Grupo de Puericultura.

A Terapia Comunitária é realizada uma vez por semana, com duração de uma hora e trinta minutos, na igreja de Santa Luzia, local próximo a UBSF, tendo a participação da psicóloga, da assistente social, dos agentes comunitários de saúde, da enfermeira e das pessoas da comunidade que foram convidadas ou encaminhadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar para a terapia. Os encaminhamentos e convites são feitos àqueles que estão com algum sofrimento emocional, pacientes em uso de medicações psicotrópicas, os que se sentem sozinhos, deprimidos, os que estão com algum conflito familiar e os que tiveram alta do CAPS.

O grupo de terapia ocorre desde setembro de 2005 e diversos temas foram abordados nesse período; podem-se citar alguns como: dependência química na família, perda de ente querido, violência contra a mulher, desemprego, separação conjugal, sentimentos de abandono, solidão, traição conjugal, a dor de ser portador de uma doença mental, tristeza, depressão, sentimentos de baixa estima, enfim uma infinidade de situações que estão presentes na existência humana.

Uma grande parte da população brasileira que não tem acesso ao tratamento psiquiátrico/psicológico, devido ao alto custo desses tipos de tratamento. A Terapia

Comunitária garante ao usuário da Atenção Básica um espaço para ser ouvido, valorizado e proporciona a formação de vínculos na comunidade.

A UBSF - Santa Luzia é a primeira unidade da ESF de Uberlândia a realizar Terapia Comunitária, por isso o interesse em pesquisar está estratégia e a sua repercussão na vida de seus participantes.

3.2 Aspectos éticos

A coleta de dados foi iniciada em março de 2008, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 1).

Em decorrência do envolvimento da pesquisadora com a Terapia Comunitária e com os usuários do local de estudo, as entrevistas foram realizadas por uma enfermeira pesquisadora, com experiência em entrevistas e que não possui vínculo com o serviço e usuários da UBSF Santa Luzia.

As entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), pelo entrevistado, o qual foi elaborado em duas vias, ficando uma com o entrevistado, de acordo com a Resolução 196/ 96, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,2007).

3.2.1 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários moradores do Bairro Santa Luzia que participaram da Terapia Comunitária (TC) na UBSF- Santa Luzia, no ano de 2007 e frequentaram o grupo, por, no mínimo, cinco encontros. A seleção foi realizada com base nos registros de mapas de grupo do Sistema de Informação ambulatorial (SIA) e dos registros em prontuários. Em 2007, foram realizados 26 encontros de Terapia Comunitária na Unidade, com a participação de 197 usuários; a média de frequência foi de sete usuários em cada encontro. Dos critérios acima estabelecidos foram selecionados oito participantes, sendo que dois mudaram para outra região, não sendo possível localizá-los para realizar a entrevista e um não concordou em participar do estudo; assim, foram realizadas cinco entrevistas.

Do total de entrevistados, quatro eram do sexo feminino e um do masculino; quanto à faixa etária, encontravam-se entre as idades de 34 e 53 anos. Em relação ao estado civil, um era solteiro, dois divorciados, um em união estável e um casado. Todos tinham filhos. Sobre as atividades profissionais desenvolvidas, observamos as seguintes categorias: do lar, auxiliar administrativo, professor primário, costureira e autônomo. Os entrevistados afirmaram que participam dos encontros de Terapia Comunitária há, aproximadamente, seis meses a um ano. No que diz respeito à procedência, um é da região nordeste brasileira, outros dois são oriundos de cidades mineiras próximas ao lugar na qual foi realizado o estudo, um procedente do Estado de Goiás e um natural de Uberlândia.

Não participaram da pesquisa crianças, usuários com limitações mentais graves e/ou com limitações na expressão verbal.

3.3 Procedimentos para coleta de dados

Na coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada orientada por um roteiro pré-elaborado (Apêndice 1).

De acordo com Minayo (2007), a entrevista é, acima de tudo, uma conversa a dois com uma finalidade, é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo científico e tem como destino construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa.

A entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (2007), combina perguntas fechadas e abertas, o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre o tema pesquisado sem prender-se às perguntas formuladas. Ela tem um apoio claro na seqüência de questões, facilita a abordagem e assegura aos pesquisadores iniciantes que suas hipóteses ou pressupostos serão alcançados na conversa.

Para Triviños (1987), na entrevista semi-estruturada, valoriza-se a presença do investigador e possibilita ao sujeito (entrevistado) manter-se livre e espontâneo, gerando, assim, o enriquecimento da investigação.

Para Lüdke e André (1986), na entrevista, é imprescindível o respeito ao entrevistado, garantindo-lhe o anonimato e o sigilo das informações.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e tiveram, em média, trinta minutos de duração. Após a gravação, foram imediatamente transcritas na íntegra e analisadas pela pesquisadora.

3.4 Procedimentos para análise dos dados

Conforme Minayo (2007), na fase de análise de dados, os pesquisadores, encontram três grandes obstáculos:

O primeiro é o que Bourdieu denomina de “ilusão da transparência” pela qual o pesquisador acredita que o real é óbvio, isso é a tentativa de interpretação espontânea e literal. Quanto mais próximo for o investigador do que está estudando, maior será sua ilusão de que os resultados sejam óbvios ao seu primeiro olhar. Essa postura pode levar a uma simplificação dos dados e a conclusões superficiais. Para analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é necessário primeiramente, superar a sociologia ingênua do empirismo, com objetivo de emergir nos significados compartilhados pelos atores sociais.

O segundo obstáculo é o pesquisador envolver-se em demasia com os métodos e técnicas e esquecer-se do essencial, que é a fidedignidade às significações presentes no material e referentes às relações sociais dinâmicas e vivas.

E como último obstáculo, coloca-se a dificuldade que se pode ter de se associar teorias e conceitos aos achados em campo.

O método utilizado na fase de análise de dados foi a Análise Temática. Minayo (2007) afirma que fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que estão presentes em uma comunicação e essa presença ou frequência tem um significado para o objetivo analítico visado.

A análise temática desdobra-se em três etapas, são elas:

1ª) A Pré – Análise

Consiste na escolha dos documentos analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa reformulando-os frente ao material coletado; e na elaboração de

indicadores que oriente a interpretação final. Nessa fase, determinam-se: a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

Essa etapa pode ser subdividida em momentos distintos:

Leitura Flutuante: é a imersão no material de tal forma a deixar-se impregnar pelo seu conteúdo.

A *Constituição do corpus:* é organizar o material de forma a permitir a sua validação que contemple a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e pertinência.

E no final etapa temos a Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos. Processo que consiste na retomada da fase exploratória. Os procedimentos exploratórios são valorizados nesse momento. Pode ser necessária a reformulação das hipóteses, significando a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações (MINAYO, 2007).

2ª) *Exploração do Material*

Consiste na operação classificatória, que tem como objetivo chegar ao núcleo de compreensão do texto. O pesquisador busca encontrar as expressões ou palavras significativas nas quais o conteúdo da fala está organizado. Primeiro, trabalha-se com o recorte das unidades de registro (palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos) relevantes na pré-análise. No segundo momento, escolhe as regras de contagem que construirão índices que possibilitará alguma forma de quantificação. Em terceiro lugar, o investigador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

3ª) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*

Nessa etapa final, o pesquisador poderá colocar em relevo as informações obtidas, propor inferências e realizar interpretações interrelacionando-as com o seu

quadro teórico ou abrir outras trilhas direcionadas por novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material.

As entrevistas foram gravadas pelo enfermeiro que as realizou e transcritas pela própria pesquisadora. Após a transcrição, foi realizada leitura e releitura do material, até que ocorrer uma impregnação do conteúdo.

A seguir, foram agrupadas as falas com significados semelhantes, das quais emergiram três temas: Os motivos que levaram a participar da Terapia Comunitária, a compreensão da Terapia Comunitária e as implicações no modo de andar a vida de seus participantes que nortearam a categorização dos dados, ou seja, procedeu-se à construção de um conjunto de categorias conforme preconizado por Lüdke e André (1986).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

“Olha até o comportamento do meu filho mudou! Ele era assim meio nervoso, acho justamente por que eu não conversava muito com ele! Hoje, não, meu filho é calmo, tranqüilo!” (E4)

Neste capítulo, apresentamos os resultados e a discussão dos dados, tendo como foco a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária e suas implicações no modo de andar a vida dos participantes da Estratégia Saúde da Família do Bairro Santa Luzia no município de Uberlândia – MG.

Em um primeiro momento, discutimos como os participantes da pesquisa foram informados sobre a existência da Terapia Comunitária realizada na UBSF Santa Luzia.

Em relação à maneira pela qual os participantes ficaram sabendo da Terapia Comunitária, há relatos nas entrevistas de terem sido convidados ou informados pela enfermeira, e ou psicólogo e/ ou médico da Estratégia da Saúde da Família do Bairro Santa Luzia, e ainda, por profissionais de outros serviços, conforme podemos visualizar nas falas que seguem :

[...] Eu não tinha condições de comprar remédios, eu vou tratar no postinho que é mais fácil pra mim, por que eu estou sem trabalho... Aí eu conversei com a psicóloga e ela falô pra mim: - não, você pode ir para a terapia, você pode participar? Eu falei posso. Depois eu estou fazendo. (E1)

A psicóloga... do CAPS. Falou que eu tinha que fazer o acompanhamento com o psicólogo aqui...E aí descobriu que tinha a terapia aqui, aonde eu vim pra cá. (E2)

A psicóloga; e o médico do saúde da família que mandou. A enfermeira também foram os três que me mandou. (E3)

O (médico) falou tem terapia comunitária aqui, começando, quer participar? Eu falei quero! Então segunda – feira, você pode ir pra lá. E eu fui! (E4)

[...] foi por meio lá do fórum, de uma psicóloga. (E5)

Nas TC da Saúde da Família do Bairro Santa Luzia participam a psicóloga, a assistente social, o agente de Saúde, enfermeira (terapeuta comunitária) e os usuários que foram encaminhados a participar.

A seguir, apresentamos os três grandes temas que emergiram da análise das entrevistas realizadas: **Motivos que levaram a buscar a Terapia Comunitária; Compreensão sobre a Terapia Comunitária e Implicações da Terapia Comunitária no modo de andar a vida de seus usuários.**

4.1 Motivos que levaram a buscar a Terapia Comunitária

Os problemas de saúde mental são uma realidade no cotidiano das atividades da Estratégia Saúde da Família e novas práticas competentes e criativas precisam

ser desenvolvidas na promoção da saúde mental. A ESF é um campo fértil para concretizar nova forma de pensar e fazer saúde, bem como de trabalhar a saúde mental na comunidade (NASCIMENTO E BRAGA, 2004).

Os mesmos autores reconhecem que as ações em saúde mental desenvolvidas por médicos e enfermeiros na ESF não são sistematizadas e ocorrem, de forma geral, intuitivamente, e que esses profissionais devem aprofundar seus conhecimentos e marcos conceituais acerca das práticas em saúde mental e direcionar suas ações, qualificando cada vez mais essa prática profissional.

Para Souza *et al.* (2003), os problemas que mais influenciam a saúde da população estão relacionados com questões sociais. Citam o desemprego entre jovens e adultos, o abandono de crianças e idosos, a violência, o alcoolismo e outras dependências químicas, a migração intra- e interurbana, como problemas sociais desencadeadores de sofrimento psíquico, emocional e muitas vezes físico.

Essas questões estão presentes no dia-a-dia da Atenção Básica à Saúde, especificamente na ESF, e são com esses elementos que a Terapia Comunitária tem como desafio trabalhar.

Entre os motivos que levaram os usuários a buscarem a TC, destacamos dois subtemas: **os sintomas físicos e psicológicos e os problemas do dia-a-dia**, os quais apresentamos a seguir.

4.1.1 Os sintomas físicos e psicológicos

A Terapia Comunitária propõe-se a lidar com o sofrimento, incentivando as pessoas a falarem daquilo que as está incomodando, enquanto o grupo oferece apoio. Uma dificuldade não falada pode gerar um sofrimento, podendo ser comunicada por meio de sintomas físicos (LUIZI, 2006).

O provérbio popular “Quando a boca cala, os órgãos falam, quando a boca fala, os órgãos saram”, citado por Barreto (2005) e durante os encontros de Terapia Comunitária, refere-se à importância do uso das palavras para expressar as contrariedades e decepções, para não ser preciso falar por meio de sintomas físicos.

Manifestar conflitos e angústias psicológicas por meio de sintomas físicos é o processo conhecido como somatização. Para Lipowski (1988), somatizar é uma tendência que o ser humano tem de vivenciar e comunicar as angústias por meio de

sintomas físicos, levando-o a procurar ajuda médica, embora não apresente uma patologia ou causa física.

A somatização está presente no cotidiano dos serviços de Atenção Básica e é uma realidade em diversas áreas da Medicina. A depressão e a ansiedade estão freqüentemente associadas à somatização; há, ainda, fatores que podem desencadear os sintomas somáticos como as situações de vida estressantes, as dificuldades no trabalho, os problemas financeiros, perdas, desavenças, doença ou morte (COELHO e ÁVILA, 2007; LAZZARO e ÁVILA, 2004).

De acordo com Bombana *et. al.* (2000), os pacientes somatizadores são de difícil manejo, uma grande parte tende a se tornar cronicada e requer preparo técnico específico e disponibilidade pessoal dos profissionais de atendimento e são necessários estudos futuros que comparem a efetividade dos vários tipos de atendimento (grupo psicoterápico, grupo psicossocial ou, ainda, atendimento grupal com ou sem uso de medicação).

Segundo Barreto (2005), embora o sofrimento passe pelo corpo, não é uma dor somente do corpo. Trata-se da dor de pessoas humanas que vivem um drama, uma dificuldade, e necessitam de apoio e de suporte da comunidade. Essas pessoas estão sem referencial familiar, desprovidas de recursos emocionais, necessitam de um espaço de escuta e apoio, de serem amadas e de compreenderem o comportamento de filhos, familiares e vizinhos.

Na Terapia Comunitária, pode-se falar das dificuldades enfrentadas, sobre o que angústia as pessoas e também verbalizar os sentimentos, para não ter que falar com o corpo. A TC quando utilizada na Atenção Básica pode ajudar a equipe saúde da família a acolher os que possam estar sofrendo o processo de somatização.

Em entrevistas realizadas com os participantes do estudo percebemos que os motivos referidos inicialmente, por eles, estão relacionados com sintomas físicos que posteriormente, mesclam-se com dificuldades emocionais.

... Ansiedade! Dores de cabeça demais! Não sabia controlar, sabe aquele nervo, aquela dor no peito. (E1).

...Uma dor de cabeça que começou né! Aí e depois foi diagnosticado como uma depressão. (E2)

Para Luisi (2006), os órgãos podem estar comunicando situações emocionais como, por exemplo, por meio das reações fisiológicas de estresse, as insônias, depressão moderada, alergias, fadigas, diferentemente para cada indivíduo e

organismo. A autora encontrou, em seu estudo, os sofrimentos psicológicos como o motivador inicial da participação da Terapia Comunitária.

Dois dos entrevistados relataram situações em que o sofrimento psicológico como o medo, a angústia e a tristeza foram as causas de os levaram a procurar a TC.

Eu tinha medo de tudo... Eu tinha medo dos pacientes..., medo dos meus filhos morrerem. (E2)

... Aquela angústia que eu tava sentindo. (E4)

Eu tava me sentindo muito triste dentro de casa. Então eu não queria isso, eu não gosto de ficar triste. (E4)

Em sua pesquisa Guimarães (2006) afirma que, na sociedade moderna, em decorrência do ritmo acelerado em que as pessoas vivem, não há tempo para falarem de suas angústias, medos, decepções e tristezas. Então, transferem para o corpo físico sintomas como dores na coluna, gastrites, depressão e até mesmo as neoplasias como forma de demonstrarem o sofrimento emocional ou social que vivem.

A ESF tem como proposta oferecer uma assistência humanizada, por isso, precisa ser capaz de oferecer cuidado que vão além das técnicas, das medicações e dos procedimentos. Os sofrimentos psicológicos e físicos aparecem como situações que levam os usuários a buscarem a participação na Terapia Comunitária. Assim, a equipe de saúde da família precisa estar preparada para oferecer cuidado a essas pessoas, em seus sofrimentos, por meio de uma abordagem integral, englobando os aspectos emocionais e sociais.

Nos encontros de Terapia Comunitária quem participa é apoiado pelo grupo, por meio da escuta e assim as ansiedades, angústias e sofrimentos podem ser diminuídos e os sintomas físicos, geralmente, tendem a melhorar. Os gastos financeiros com exames, muitas vezes desnecessários, com a pessoa que está somatizando uma dor emocional ou social, podem ser diminuídos se for agregados na Atenção Básica, formas de cuidar que contemple a subjetividade e tenha a visão do indivíduo como um ser biopsicossocial.

4.1.2 Os problemas do dia-a-dia

Em seu trabalho com gestantes Holanda (2006) relata que a Terapia Comunitária é um espaço para se falar das coisas do dia-a-dia que tiram o sono, favorecendo a partilha de dificuldades com todo o grupo, a história pessoal, os medos, as preocupações, como, também, a competência daqueles que participam do encontro.

Um dos usuários entrevistados nesse estudo relatou ter iniciado sua participação na TC, devido a problemas de relacionamento pessoal, situação vivida que gerou nele um sentimento de revolta.

Por causa de um desentendimento que eu tive com uma pessoa! Aí me mandou vir pra terapia... Revolta! (E3)

Outro participante teve como motivo inicial de sua participação a separação conjugal.

Quando eu comecei a... separar da minha esposa né!(E5).

Observamos, ainda, no depoimento dos entrevistados, o fato de freqüentarem a Terapia Comunitária por encontrarem nesse espaço a oportunidade de partilhar os problemas familiares, o que acontece no trabalho, o cansaço e falarem sobre o estresse do dia-a-dia. Essas situações vividas no cotidiano, quando são discutidas e compartilhadas, parecem beneficiar os que participam da terapia.

A Terapia Comunitária considero assim, um lugar onde a gente reúne , reúne as pessoas né, pra comentar os problemas né! Do dia-a-dia... De família, esses negócios assim (E5).

É o nosso lugar de apoio, né! É o lugar onde nós confiamos! Podemos falar! (E4)

[...] O cansaço, o estresse, o trabalho... Os problemas de casa. (E2)

E, por último, encontramos em um dos entrevistados o relato de uma professora que, por motivo de saúde, teve que parar de trabalhar, citou o afastamento das crianças e a aceitação da dificuldade vivida como motivação para buscar a TC.

Eu estou mais fazendo Terapia Comunitária, mais por causa desse problema, das minhas crianças, de estar afastada das minhas crianças! E aceitar a situação de vida que eu me encontro agora! (E4)

Para Luisi (2006), a Terapia Comunitária é um espaço no qual as pessoas podem desabafar suas dificuldades vivenciadas no dia-a-dia e relatar os seus sofrimentos.

Nas entrevistas realizadas, um dos usuários afirmou que a TC é um lugar de apoio para os que necessitam de alguma forma ser acolhido.

Em estudo na ESF, Nascimento e Braga (2004) encontraram, a partir das falas de médicos e enfermeiros pesquisados, como problemas em saúde mental: as depressões, a ansiedade, a esquizofrenias, a dependência dos medicamentos benzodiazepínicos e a dependência química, como, por exemplo, o uso abusivo do álcool e de outras drogas. Quanto à forma de organização de atendimento, observaram o atendimento baseado na queixa clínica e as ações de caráter curativo como predominantes. As ações de saúde mental eram orientadas pela prática da Psiquiatria tradicional, tendo a medicalização e o encaminhamento como os instrumentos de escolha para trabalharem as questões referentes à saúde mental.

Em pesquisa realizada na ESF em Maceió (AL), Brêda e Augusto (2003) depararam com mulheres que diziam “sofrer dos nervos” ou que desencadearam um processo de hipertensão arterial, devido à presença de alcoolista na família. Os fatores desencadeantes de alcoolismo apontados foram: falta de oportunidade de emprego, a exposição precoce ao álcool no ambiente familiar e a abertura constante de bares na comunidade.

4.2 A compreensão da Terapia Comunitária

De acordo com os dados coletados nas entrevistas, a compreensão da Terapia Comunitária pode ser classificada em subtemas: **na Terapia Comunitária o remédio é a palavra; espaço de troca de experiência e aprendizagem.**

4.2.1 Na Terapia Comunitária o “remédio” é a palavra

Nos encontros de TC as pessoas falam. Elas podem falar sobre seus problemas, suas inquietações e as perturbações cotidianas. Nesse sentido, a terapia ajuda a expressar algo que ainda não foi verbalizado, buscando uma compreensão

dos sintomas. Pode-se afirmar que os conflitos humanos têm em sua origem na falta de comunicação ou em uma comunicação de má qualidade (HOLANDA, 2006).

A atitude de respeito em relação ao que falam e aos seus sentimentos; a valorização em relação à experiência de vida dos participantes da TC proporciona um ambiente de aceitação e afetividade. Nesse ambiente, os participantes sentem liberdade e confiança para compartilhar seus sentimentos, sem o risco de serem julgados ou excluídos. Notamos esse entendimento nas falas a seguir.

Depois que eu comecei na terapia parece que eu tenho... Vontade de falar né. (E1)

A terapia é bom! Que a gente vai e conversa! (E3)

Nos relatos que se seguem, percebemos o quanto os participantes da TC valorizam a oportunidade de falar sobre os seus problemas e que, conseqüentemente, experimentaram melhoras em suas dificuldades e angústias. Verificamos, ainda, que uma das compreensões dos usuários sobre a TC é de que seja o espaço onde se pode usar da palavra como um remédio, é expressar sentimentos, melhorar relacionamentos e conflitos.

Eu pude abrir muita coisa! Falar muita coisa aqui dos meus problemas... Igual os meus problemas de medo de paciente... De medo de ir na UAI..., Então, foi tudo trabalhado aqui .(E2)

Hoje eu sinto assim... Como que fala... É a vontade de expor meus sentimentos que ficava só pra mim. (E1)

Em entrevista sobre a Terapia Comunitária, Barreto (2008) comenta “Aqui o remédio é a palavra”. Afirma ser essa a proposta inicial da Terapia Comunitária, ou seja, criar um espaço de palavra. Destaca que ela é terapêutica para quem fala e para os que ouvem; possibilita uma troca de experiência; cria vínculos e proporciona apoio.

Os participantes desse estudo expressaram em seus relatos que valorizam a oportunidade de falar e escutar; essa comunicação proporciona um sentimento de bem-estar àqueles que participam da terapia. Um dos entrevistados aponta que, na TC, a fala é o remédio e que se beneficia com a terapia, conforme podemos observar nas falas seguintes.

Sinto bem, comunicando ali com as pessoas. (E5)

Uma terapia que você vê que não tem tanto remédio né... E que mais é a fala mesmo, né... É escutar o seu problema... Eu estou sendo beneficiada por esse lado! (E2).

Os usuários que freqüentaram a Terapia Comunitária reconhecem que esse espaço é utilizado para falar dos sentimentos, do cotidiano, da troca de experiências e da escuta. Eles também expressaram sentir a melhora, o alívio e o apoio durante a terapia. Por isso, compreendem a terapia como “remédio”, pois sentem melhoras à medida que participam, falam e escutam. Além disso, parece que a TC cumpre o papel de ensinar aos participantes princípios básicos de uma boa comunicação, como, por exemplo; fazer silêncio enquanto o outro fala, falar de si mesmo e não de outros, não dar conselhos, princípios estes citados nas regras da TC. Vejamos os relatos a seguir.

Aprende a controlar mais né, saber falar as coisas na hora certa... (E1)
É você expor, o sentimento que fica guardado pra você né, você conversa com as pessoas e melhora! Ah! Melhora de vida pra mim né! (E1).
Eu passei muito tempo sem conversar, assim... E eu estou conversando... Assim E isso está me fazendo bem! (E3)

A Terapia Comunitária permite a construção de diálogos, não se trata de querer convencer as pessoas, mas apenas de comunicar, oferecendo a chance de se fazer uma opção e de se construírem laços de afetividade entre as pessoas que reforçam a trajetória identitária de seus membros (BARRETO, 2005; 49).

Os entrevistados afirmaram que, pelo uso da palavra, foram fortalecidos, fizeram uma reflexão para sua vida pessoal, exercitaram a fala como forma de expressão de problemas e sentimentos e ainda, sentiram-se aliviados e experimentaram sentimentos como coragem, paciência e segurança.

Prá aliviar um pouco nossos sentimentos, prá reconhecer... e encontrar o que nós estamos procurando, e através disso...nós vamos adquirindo mais experiência, mais força! Coragem... Né... Paciência! (E4)
Aqui eu vou esquecer dos problemas lá fora e vou conversar... (E5)

Se quisermos trabalhar as comunidades de excluídos; temos que ajudá-las a verbalizar suas sensações e suas emoções, convertendo-as em pensamento transformador, tornando-os sujeitos da história, não vítimas ou expectadores (BARRETO, 2005).

Nos relatos que se seguem, os participantes citaram os benefícios do uso fala e afirmaram sentir segurança para comunicar seus sentimentos. Expressaram que a TC pode trazer clareza as situações, ser uma ocasião para desabafar emoções e sentimentos e que, quando falaram sobre seus problemas, sentiram melhoras em suas angústias, tristezas e dificuldades.

Tem me ajudado muito! Expor as minhas coisas... saber que não é igual aos outros pensava que era né. Que no começo eu pensei... Ah! Não vou ficar falando minhas coisas pros outros ficarem sabendo meus problemas. (E1)
 Às vezes tem dia que eu venho pra... Pra terapia, venho naquela tristeza, e tal, que eu vou chegar, vou chutar o balde, aí de repente eu chego... E falo... E falo assim: - Eu não vou falar nada hoje! E aquele dia você abre mais! É muito importante! (E 2).
 Faz eu me sentir bem né! Por causa que eu ponho aquilo que estava apertando, ponho para fora né! (E1)

A rede de conversações que ocorre na Terapia Comunitária é organizada pelos significados construídos em torno do sofrimento humano e constitui um contexto em que cada pessoa possa ser reconhecida como um ser humano legítimo, independente de sua origem e circunstâncias (GRANDESSO, 2004).

Essa rede de conversações a que refere a autora supracitada permite a valorização da experiência de vida e reforça a auto-estima dos participantes da TC, que passam a se reconhecer como merecedores de respeito e valor humano e, conseqüentemente, começam a utilizar da palavra para expressar os sentimentos, falar na roda de terapia começa a ter um sentido terapêutico.

Os usuários relataram compreender a terapia como uma rede de conversações e valorização da auto-estima, conforme os próximos excertos:

Você conversa com outras pessoas, coisas diferente, aí você chega outra pessoa. Alivia! (E1)
 Eu passei muito tempo sem conversar, assim... E eu estou conversando... Assim... E isso está me fazendo bem! (E3)
 Uma ajuda! Um lugar, a gente conversa e tenta amenizar... Fortalecer um pouco a mente né! (E5)

Os participantes da TC comentaram que, no decorrer da terapia, não se sentiram pressionados a falar, pelo contrário, sentiram liberdade para expor seus sentimentos, experimentaram satisfação em falar, ouvir e brincar. Descrevem que aprenderam a comunicar sentimentos por meio da fala, utilizando a palavra para se colocarem como indivíduos, sentiram-se valorizados em sua competência e tiveram melhoras em seus relacionamentos pessoais.

As pessoas falam o que sentem! Por que estão com vontade! Você não é induzida a falar, você fala se você quer! (E4)
 Sim é bom né! Você conversa com alguém! Escuta as pessoas falar. Assim eu estou me dando mais com as pessoas. (E3)
 A gente conversa, brinca! Fala a verdade! (E4)

Um dos entrevistados relatou como se beneficiou da Terapia Comunitária, escutando as situações compartilhadas no grupo, teve a experiência de conseguir elaborar seus conflitos e inquietações, sem expor os seus sentimentos, como diz Barreto (2005), tornou-se terapeuta de si mesmo, pelas situações que ouviu e observou pôde desenvolver seu aprendizado pessoal.

Você chega no que você quer! Não precisa ninguém te cutucar! Não precisa ninguém te forçar a falar! Quando eu vi... Parece que os assuntos foram caindo tudo assim dentro de mim... Aquilo que eu tava procurando! (E4)

No depoimento de outro entrevistado, observamos o entendimento que a TC não é para resolver problemas; muitas das questões apresentadas não têm uma solução, mas é um local onde podem falar de seus problemas. A Terapia Comunitária não tem como proposta dar soluções prontas para as situações apresentadas, sua intenção é proporcionar o compartilhar de várias estratégias vivenciadas pelos participantes e que alcançaram um resultado positivo. Assim, a pessoa que vivencia um problema e o traz para o grupo possa ter a oportunidade, após a terapia, de escolher um caminho dentre várias situações que deram certo. Muito relevante a percepção desse usuário, de que, se a TC fosse para resolver problemas, possivelmente não seria boa.

É o lugar que a gente expõe os problemas né! Não pra resolver, porque não existe solução! Pra não resolver o problema. Nem se acontecesse talvez nem prestasse né! (E5)

4.2.2 Espaço de troca de experiência e aprendizagem

As rodas de Terapia Comunitária proporcionam um processo de aprendizagem; as trocas de experiências de vida permitem discutir estratégias de enfrentamento para problemas do dia-a-dia, possibilitam a construção de um espaço de reflexão e autoconhecimento individual e coletivo (HOLANDA, 2006).

Os usuários entrevistados expressaram que, durante a Terapia Comunitária, acontece a troca de experiências; ao exercitarem a escuta, referem aprender com a história de vida dos participantes, possibilitando o exercício da solidariedade para com o sofrimento do outro e o reconhecimento da competência de cada um. Conforme os depoimentos:

Você se dá e recebe uns dos outros. É mútuo! Uma ligação muito grande!
(E4)
Então hoje, não, a gente já é consciente que uma troca... De terapia...
Desse jeito aí é muito importante! Uma troca comunitária né! (E 2)

Observamos, nas entrevistas, a valorização da experiência do outro e do interesse em aprender por meio do relato de vivências daqueles que conseguiram superar suas dificuldades. A troca de experiência gera segurança e os usuários sentem-se apoiados no grupo, o que evidencia que o grupo tem problemas, mas também é do grupo que surgem as soluções. Assim, há o rompimento com o modelo que privilegia a informação concentrada em um único indivíduo portador de soluções. Podemos verificar o entendimento dos usuários conforme os relatos.

Eu acho mais assim, que a gente deve prestar mais atenção é a hora que elas dizem pra gente, pra nós: É faça um relato de alguma, sua experiência, se você tem sua experiência... Aí que a pessoa fala... Eu passei... Tenho experiência, então eu agi assim, eu faço assim... (E4)
Vendo os problemas dos outros. Às vezes uma pessoa fala, vem a outra e fala. E assim a gente... Já... Conseguiu apoiar... No grupo, já tem mais condições. (E2)

Segundo Barreto (2005), a TC valoriza as experiências individuais, reconhecendo a contribuição de cada pessoa e reforça à auto-estima dos que partilham suas competências. As pessoas falam de suas dificuldades e de como as superaram; aqueles que não vivenciaram algo parecido têm a oportunidade de se informar e prevenir para o caso de, algum dia, virem a conviver com esse problema.

Nesse contexto, um dos entrevistados, expôs sua compreensão da TC como troca de experiência e aprendizado, relatou que tira suas conclusões do que foi compartilhado no grupo e esse processo de troca e de conhecimento permitiu vivenciar um sentimento de segurança.

Então a pessoa passa experiência dela, então por você conhecê-la e saber como é. Você parece que sente segura da experiência dela. E daquela experiência que ela te passa, faz o relato, você tira as conclusões que você quer. Essa parte eu acho importantíssima pra mim né! Hum me dá segurança! (E4)

Partilhar experiências e saberes é a base da Terapia Comunitária e acontece de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo. A partir da escuta das histórias, privilegiam-se ações coletivas de promoção à saúde. A Terapia Comunitária contribui para a valorização e a competência do indivíduo, da família e da comunidade, em busca da superação das inquietações do dia-a-dia. A

comunidade torna-se espaço de acolhimento e cuidado (BARRETO, 2005; HOLANDA, 2006).

Na Terapia Comunitária, ocorre a formação de uma teia de relações sociais que potencializam as trocas de experiências entre os participantes. Torna possível, assim, o resgate de habilidades pessoais e coletivas e a superação das adversidades, com base na formação de recursos socioemocionais e na conquista de poder individual e do grupo (GUIMARÃES, 2006). Podemos, então, constatar que a aprendizagem por meio da troca de experiência torna-se possível, devido aos princípios da Pedagogia de Paulo Freire aplicados na Terapia Comunitária, que estão fundamentados no amor, na humildade, na fé nos homens, na valorização da história de vida, no diálogo de forma horizontal, proporcionando um clima de confiança entre os sujeitos, conforme verificado nos relatos dos que foram entrevistados.

Trocando né! Experiência! Dando sugestões né! Que a pessoa possa entender que não é só ela que está passando problemas, que tem várias pessoas passando né! (E2)

4.3 Implicações no modo de andar a vida

No que diz respeito às implicações da Terapia Comunitária no modo de andar a vida, emergiram da análise três subtemas: **oportunidades de novos relacionamentos e formação de vínculos; empoderamento e capacidade de resiliência e fortalecimento da relação familiar.**

A Terapia Comunitária tem como foco as ações básicas de saúde comunitária que envolvem a prevenção, a mediação de crise e a inserção social e é um espaço capaz de possibilitar a ampliação da consciência crítica sobre os dilemas existenciais, onde cada pessoa pode transformar a sua história e o seu sofrimento. Além disso, a TC percebe o indivíduo e a comunidade como competentes para a ação e para o agenciamento de escolhas (GRANDESSO, 2005).

4.3.1 Oportunidades de novos relacionamentos e formação de vínculos.

Segundo Grandesso (2005), todo ser humano necessita de criar vínculos, relações de amizade, de convivência respeitosa e de manifestações afetivas.

Vínculo é tudo aquilo que liga os homens entre si e os homens à terra, às suas crenças, aos seus valores, enfim, à sua cultura. O vínculo confere identidade, inclusão e sentido de pertença. Podem-se identificar três tipos de vínculos: **vínculos saudáveis** – aqueles que ligam as pessoas de maneira positiva, deixando-as felizes e confiantes, pois reforçam a identidade pessoal e cultural, consolidam a inclusão social e reforçam o sentimento de pertença; **vínculos frágeis** — aqueles em que há desconforto; e **vínculos de risco** – aqueles que geram coisas desagradáveis, podem causar prejuízos às pessoas, separam os relacionamentos e prejudicam à saúde (BARRETO, 2005).

O adoecimento psíquico, muitas vezes, advém de histórias de vida e de experiências que favorecem as rupturas na vida psíquica. Quebras de vínculos afetivos, abandono na infância e violência familiar estão, muitas vezes, presentes na vida das pessoas (BRÊDA e AUGUSTO, 2003).

Essas experiências podem levar as pessoas a manterem uma atitude de isolamento e desconfiança, com dificuldades de formar novos vínculos, tornando-as vulneráveis ao adoecimento psíquico.

Na Terapia Comunitária, o clima amoroso, de inclusão social, o saber de cada pessoa é valorizado, observa-se que os que vivem dramas familiares dilacerantes e famílias destruídas pela violência encontram no grupo uma segunda família. As pessoas cuidam umas das outras, promovendo redes sociais solidárias (GRANDESSO, 2005).

As equipes de saúde da família precisam conhecer as histórias familiares quanto aos padrões de comportamento, as quebras dos vínculos afetivos e proporcionar, por meio de parcerias com outros setores, como o desenvolvimento social, Secretaria de Esportes e outros, a oportunidade de formação de novos relacionamentos e novos vínculos. A Terapia Comunitária pode ser um instrumento de auxílio às ESF para a promoção de vínculos entre a comunidade e também a equipe e os usuários.

Assim, podemos verificar, nos relatos dos entrevistados, que, na TC, os participantes têm a oportunidade de estabelecer vínculos de amizade. Declararam,

ainda, ter vivenciado um ambiente de alegria, onde podem cantar e sorrir, confraternizar, experimentando uma relação de companheirismo e empatia.

Aí depois dessa terapia... Aí, eu fiz novas amizades, né! Estou fazendo o clube das mães, tem umas pessoas lá que eu gosto de conversar! Então... Aí está melhor pra mim! (E3)
 A gente ainda tem... Toma suco, a gente ri, a gente canta, a gente come bolo, trás bolo, canta parabéns, festeja aniversário. (E4)
 Então vamos juntar nós duas... né e vamos deitar no ombro da outra e chorar as magoas né!(E2)
 Chega segunda-feira nós estamos aqui. Firme, presente, somos amigas uma das outras, entendemos o problema uma da outra, que todos nós temos problemas! (E4)

Os entrevistados comentaram ainda, que a frequência da TC deveria ser mais do que uma vez por semana, o sentimento é de alegria no dia de terapia, outros dizem gostar daqueles que participam e sentem falta de estar junto com o grupo quando não podem estar presente.

Aí eu adoro! O dia que não tem, eu fico nervosa mesmo, eu acho ruim. Que eu acho que tem que ter. Eu acho uma vez por semana até pouco! Tinha que ter duas vezes. Que nós temos força demais com a terapia. (E 4)
 Eu estou gostando, gosto das pessoas lá, eu não esqueço assim do dia, se hoje é dia de terapia chega tá me dando aquela alegria de ir! (E3)

Um dos entrevistados falou da melhora em sua relação de confiança com as pessoas e o desenvolvimento do diálogo, expressou também o seu fortalecimento pessoal. Outro usuário relatou sobre o vínculo formado e a liberdade de poder freqüentar a casa de um dos participantes. Observamos o desenvolvimento de novos relacionamentos, da confiança e a formação de novos vínculos, entre os que participam da TC.

Estou confiando mais nas pessoas, elas tão puxando assunto, só pra dizer... Penso assim, que dá mais força assim. (E3)
 Prazo que ela teve doente, é eu não fui na casa dela né! E aí depois a gente começou na terapia, começou junta no grupo, aí não, eu já vou na casa dela! (E2)

Os usuários que freqüentam a Terapia Comunitária podem formar novos relacionamentos, com vínculos saudáveis que envolvem a comunidade e a equipe de saúde da família e assim, a TC colabora com o cumprimento de um dos objetivos da ESF que é o estabelecimento do vínculo. Vejamos os relatos a seguir.

Temos relacionamentos excelentes! Tanto dos participantes com dos dirigentes, né. Que são os que conduzem a terapia aqui, a enfermeira, a psicóloga, a assistente social né, sempre tem as meninas (as agentes comunitária de saúde) do PSF. (E4)

Eu gosto das pessoas da terapia! Eu gosto de todas elas! (E3)

É porque ela (terapia comunitária) é muito importante pra nós! Somos muito unidas umas com as outras. (E4)

Os participantes da TC apresentaram relatos que evidenciam a formação de uma rede de relacionamentos e possibilitam a consolidação de vínculos saudáveis, inclusive do sentimento de pertença. Nos dias atuais vivemos em uma sociedade em que muitos estão isolados, sem oportunidades de relacionar.

Diversas situações são potencialmente capazes de promover o isolamento das pessoas como, por exemplo, a violência urbana, as separações conjugais, as perdas por morte, a insegurança e tantas outras situações que estão presente na vida das pessoas. Por isso, é importante criar espaços de convivência onde as pessoas possam ter liberdade de falar uma com as outras e possam desenvolver vínculos saudáveis, amizades e sentirem apoiados, principalmente nos momentos difíceis de sua vida.

Os relatos dos entrevistados apontaram para a oportunidade de convivência, de novos relacionamentos e de formação de vínculos,

Eu estou gostando de ir ao clube das mães, estou aprendendo a pintar lá! Então tá sendo bom pra mim, ta entendendo?(E3)

Ali a gente sente calor..., Calor humano né! Ali é uma coisa que tem sempre uma pessoa ajudando o outro né! Participando do dia-a-dia né! Uma coisa assim a gente sente... Sente bem... Parece que é um... Um refúgio né! (E5)

Conforme Holanda (2007), é por meio de cada fala, de cada história compartilhada e do desabafar dos problemas que os participantes compreendem mais a si mesmos e aos outros e saem da Terapia Comunitária com um sentimento de pertencimento e de alívio.

Estes fatos acima citados pela autora, também podem ser observados nas falas dos entrevistados que expressaram o sentimento de amor entre o grupo e de um ambiente descontraído, onde há espaço para rir, chorar, cantar e abraçar.

Eu acho isso muito importante! O amor do grupo! Os cuidados que tem um com o outro, é muito importante! ...E a gente assim, de fato tem aquele amor lá fora! Sabe! A gente encontra, se uma não vem a gente fica preocupada, por que ela não veio?(E2)

E vou rir... Cantar e chorar... Também né! (Risos)! Sente bem! Sente em casa né! A gente se abraça... A gente fica com a mente... Parece que dá uma lavada... Na alma! (E5)

4.3.2 Empoderamento e capacidade de resiliência

O enfoque fundamental da Terapia Comunitária é identificar e suscitar as forças e capacidades dos indivíduos, famílias e das comunidades, que foram desenvolvidas ao longo de suas histórias pessoais e de suas experiências de vida. A medida que são identificadas e valorizadas passam a ser reconhecidas como fonte de competência. Assim, as pessoas são fortalecidas a encontrar as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade (BARRETO, 2005).

Conforme afirma Grandesso (2005), a Terapia Comunitária favorece a autonomia, ao criar um contexto reflexivo de reconhecimento de competências. A pessoa, ao participar das rodas de terapia, compartilha e reflete sobre as estratégias de enfrentamento de conflitos e crises, que foram aplicadas em sua vida e escuta de outros.

A palavra empoderamento, muito utilizada por Paulo Freire, tem um sentido transformador e pode ser definida como a capacidade de realização. Uma pessoa empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e a fortalecer-se. Empoderamento implica conquista, avanço e superação; não é algo que ocorre de fora para dentro, mas acontece internamente, pela conquista (Valoura, 2005).

Esse contexto de empoderamento, de se sentir valorizado, de ser uma construção que ocorre interiormente, está presente em várias falas dos entrevistados, nos chama atenção a fala descrita abaixo.

Aí eu fui vendo que não é... Que eu também né... Sou gente! (E1)

Um dos entrevistados comparou a TC ao alimento, que dá força, energia e tem muito valor. Outro declarou ter experimentado o fortalecimento, quando estava sentido derrotado. A Terapia Comunitária é considerada um momento de reposição de energia, de empoderamento, os participantes falam da força que recebem para enfrentar as situações da vida.

Esse alimento que nós recebemos toda segunda – feira, na Terapia Comunitária! Ela é de grande valia para nós! Por que sem ela o que seria até de mim mesmo né! (E4)

Uaí me fortaleceu bastante! Eu senti que chegava no início lá...a gente chegava um pouco derrotado, parece que o mundo tinha desabado em cima da gente...Mas lá me fortaleceu, fortaleceu bastante.(E5)

Os que participam da roda de terapia expressam sua satisfação em estar nos encontros e deixam evidente que são responsáveis por sua própria vida, que elevaram sua autonomia e determinação para tomar as suas decisões (GUIMARÃES, 2006).

Neste sentido, conforme refere a autora citada, os participantes podem desenvolver habilidades, compreensão e consciência sobre vários aspectos de sua vida e do outro.

Primeiramente, podemos observar que para um dos entrevistados a terapia é diversão, trás o sentimento de ser útil e de ter valor, reforçando a auto-estima.

Quando eu vou, pra mim é uma... Uma diversão... Eu me divirto sim... Parece que é algo novo que eu vou fazer! Ta entendendo? Hum, eu me sinto útil! Assim, me sinto alguma coisa! (E3)

Outro participante da pesquisa falou de sua experiência em aceitar sua mudança de vida em decorrência de um câncer sofrido e que aceitou as mudanças e se tornou voluntária com as crianças no Hospital do Câncer, como diz Barreto em seus cursos de formação de Terapeutas Comunitário, “que é curando o outro que eu curo a mim mesmo”

Ora depois da terapia eu aceitei tanto, que hoje eu sou voluntária lá no hospital do câncer! Com as crianças. (E4)

Um dos usuários que freqüentou a TC fala de sua experiência ao participar dos encontros, em que foi fortalecido e vivenciou sentimentos de bem-estar, ao ver pessoas que estavam com sentimento de derrotada e depois de participar da TC conseguiram rir, cantar e referiram melhoras. Como podemos observar em seu relato.

Mas você panha força ali dentro! Você faz aquelas oração, canta, às vezes a pessoa ali ta chorando. Depois sente aquele calor, a pessoa que tava mais sentindo... Assim... Sentindo mais derrotada, às vezes ela ta lá, melhor que a gente. Ta rindo, ta cantando, me sinto bem! (E5)
Ou me sinto bem também em ver você bem, Né! Então isso é uma coisa que ajuda muito a gente, né! (E5)

O empoderamento está nas falas garantindo um “ganho de poder”, sendo esse poder traduzido como habilidade de agir e criar mudanças conscientes, permitindo aos participantes despertarem para um significado que mude sua condição de sofrimento (HOLANDA, 2006).

Os entrevistados falam desse empoderamento que experimentam para realizar mudanças em suas vidas e de ajudarem a outros desenvolvendo a solidariedade.

Aí eu já estou me tornando né... Sentindo que... Eu sou aquela pessoa...
Que... Capaz!... De ajudar né! (E2)
Ah, eu mesmo né, na força de vontade minha, né!...De mudar. (E1)
Um tipo de liberdade, quando eu vou, ta entendendo?(E3)

A capacidade de superar as dificuldades possibilita aos indivíduos construir um corpo de conhecimentos e suscitar suas habilidades e recursos que os tornam especialistas naquele problema. Essa capacidade lhes confere o poder de decidir sobre suas vidas, de se organizarem socialmente e de mobilizarem os recursos necessários para garantir seu acesso aos direitos básicos a uma vida com dignidade. (GUIMARÃES, 2006 p. 90).

Assim, como relata a autora supracitada, um participante estudado expressou uma perspectiva de novos propósitos em sua vida e de crescimento.

Eu acho que é bom que cada dia mais se fortaleça mais né! Venha novos propósitos né! Que eu creio que cada vez ela vai crescendo mais... Vai arrumando mais recursos né. (E2)

Segundo Grandesso (2005), a Terapia Comunitária não é um contexto para resolver problemas, mas para desenvolver resiliência. A resiliência é compreendida, na Terapia Comunitária, como a capacidade de transformar sofrimento em aprendizado, transformar desafios em crescimento e gerar autonomia.

Para Barreto (2005), resiliência é resistir sem perder o rumo, ou seja, é a capacidade de vencer apesar das dificuldades e circunstâncias difíceis, é construir uma vida digna apesar das circunstâncias difíceis.

No depoimento de um entrevistado, constatamos sua luta para recuperar-se, reconhece a dificuldade, passa por uma recaída, mas não desiste, usa a medicação, vai para a Terapia Comunitária e acredita em sua recuperação. Observamos, assim, a capacidade de resiliência e também de empoderamento sendo desenvolvida por esse usuário como notamos em sua fala:

Eu tenho condições de recuperar! ...Mas o problema é difícil! Agora essa semana já me deu a crise e. Você fala e né... Quando eu não consigo nem ver a claridade, mas toma uma medicação, toma outra,... E vai recuperando. (E2)

Ainda o mesmo entrevistado reconhece que existem situações em que é necessário o acompanhamento psiquiátrico e que a Terapia Comunitária tem seus limites.

Eu sei que tem pontos que não tem condições de ser trabalhada só terapia né... Comunitária. Tem que ser trabalhado com o psiquiatra, mas eu acho muito importante! (E2)

Outro entrevistado relata que começa a perceber que seu problema não é tão grande, conforme sua fala:

E onde eu vi que meu problema não é nada! Perto de alguns e não larguei mais! (E4)

Um dos entrevistados relatou sobre o valor que a TC tem para ele, em alguns momentos, mais que o tratamento medicamentoso, conforme podemos observar:

É um trabalho muito importante! Ela é mais importante, às vezes é pra mim que o próprio tratamento com medicações. (E2)

4.3.3 Fortalecimento da relação familiar

A família é a instituição em que, inicialmente, ocorrem os processos de formação dos indivíduos. Nela, há o estabelecimento dos padrões de comportamento, dos valores morais, sociais e tanto outros que influenciam seus componentes em toda sua história de vida (MACÊDO e MONTEIRO, 2006).

A Terapia Comunitária tem como um dos seus fundamentos o Pensamento Sistêmico. Barreto (2005) afirma que toda organização humana pode ser considerada um sistema e a TC adota essa forma para compreender o comportamento humano. Toda situação-problema deve ser vista e tratada como inserida em um contexto. Assim, do ponto de vista sistêmico, fazem parte do problema todos aqueles que estão envolvidos na situação, não apenas os membros sintomáticos.

Segundo esse pensamento, quando acontece uma mudança em alguém que faz parte do sistema, seja mudança de emoção, pensamento, alguém adoece ou

qualquer alteração, todo o sistema muda. Na família, quando ocorre uma mudança em um dos membros, essa mudança irá repercutir nos relacionamentos influenciando todo o sistema familiar.

A família pode ser considerada um “sistema vivo”, em constante interação, que doa e recebe influências da sociedade. Ela influencia e é influenciada, tanto por seus membros, como pela comunidade onde está inserida (GUIMARÃES, 2006).

Na fala de um dos entrevistados percebemos a repercussão da TC de forma sistêmica, influenciando o ambiente físico e os relacionamentos familiares dos que participam da TC.

Olha até o ambiente... Olha pra te falar a verdade até os lugares dos móveis na minha casa eu mudei! Até o meio ambiente, tudo mudou, eu, o relacionamento, eu com meu filho, eu com as pessoas que vinha aqui na minha casa! (E4)

Assim como mudou minha vida, e meu lar, em relação ao meu filho, eu queria que todas as pessoas também tivesse esse tratamento no lar... Por que é só através dele, essa união, esse momento mesmo, que é um momento sério, em nossa vida pra nós conseguir alguma coisa de coração, mesmo, que é coisa doada, de coração e levar pra casa esse benefício; esse grande benefício para a mudança de uma família que perece. (E4)

Para Nascimento e Braga (2004) Programa Saúde da Família em sua proposta de reorganizar a atenção à saúde, busca compreender a dimensão do cuidado e é preciso que atenda as necessidades das famílias. Por isso, a criatividade, a renovação do conhecimento, a mudança nas ações desenvolvidas abre novos caminhos para uma assistência competente e humanizada.

A Estratégia Saúde da Família trabalha as relações familiares de forma que elas sejam fortalecidas. A Terapia Comunitária tem como objetivo revitalizar a família, por isso pode ser considerada um instrumento de cuidado que utilizada na Atenção Básica auxilia as ESFs a trabalhar e fortalecer as relações familiares.

Nos relatos das entrevistas realizadas, os participantes da TC afirmaram levar o aprendizado da terapia para o ambiente familiar e apontaram melhoras no relacionamento e comunicação com o filho e também a diminuição de brigas na relação conjugal.

Olha até o comportamento do meu filho mudou! Ele era assim meio nervoso, acho justamente por que eu não conversava muito com ele! Hoje, não, meu filho é calmo, tranquilo! (E4)

É, graças... Não tem mais aquelas brigas... Eu gostei quando ele (o esposo) foi comigo na psiquiatra! E me deu a maior força lá! (E3)

Conforme Brêda e Augusto (2003), no Programa Saúde da Família, o cuidado ao que possui problema psíquico em âmbito familiar deve enfatizar o conviver e o respeito às diferenças e a proteção e amparo aos mais fracos e dependentes na busca de relações abertas flexíveis e democráticas. Importante ressaltar que tais considerações são fundamentais a toda a família que entende a importância de viver em um ambiente emocionalmente saudável. Pode-se destacar que tais cuidados são necessários em todas as famílias. As autoras recomendam que a equipe de saúde da família valorize os recursos de auto-ajuda e de ajuda mútua e ainda use e abuse da escuta e do atendimento não diretivo.

Ao analisarmos o relato das entrevistas, evidenciamos que a prática da Terapia Comunitária vem ao encontro do que afirmam as autoras supracitadas, principalmente, quando os entrevistados expressam que, após a sua participação na TC, experimentaram melhoras na relação familiar.

Quer dizer aquilo que eu recebi eu soube levar para minha casa! Talvez até o ambiente da minha casa mudou, através da Terapia Comunitária! Eu acho que mudou! Através da minha TC! (E4).

Por que através do tratamento da Terapia Comunitária, eu acho que as mães podem levar pra casa... Assim como eu levei. Como me encontrei pra mim também um ambiente, um tratamento melhor com seus filhos. (E4)

É através dela (Terapia Comunitária) nós estamos aqui com sabedoria da paz, um ambiente saudável em casa, então é Deus que está junto conosco, aqui com ela! (E4)

A gente não ta brigando mais assim, aí... pronto! (E3)

Na constante busca de solução dos problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, é fundamental que as pessoas estejam conscientes da globalidade em que estão inseridas, sem perder de vista as várias partes do conjunto a que pertencem. Dessa forma, os problemas e os desafios do dia-a-dia são percebidos como sistêmicos, o que significa que estão interconectados e são interdependentes em seus contextos (HOLANDA, 2006).

No relato de um dos entrevistados, identificamos a perspectiva sistêmica presente, ao participar da TC o usuário ampliou sua percepção sobre os problemas que causam sofrimento e que o sofrimento de outros pode ser maior que o dele.

Por que eu vi que tem pessoas com problemas mais do que a gente, com envolvimento e coisas, às vezes separação por causa do álcool, da droga e muitas coisas né. (E5)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Aí eu fui vendo que não é... Que eu também né... Sou gente!”
(E1)

Esta investigação iniciou-se com o relato de nossa trajetória profissional e com as inquietações relacionadas à busca de uma nova forma de desenvolver a prática de saúde. Nesse anseio, encontramos a Terapia Comunitária, que tivemos a oportunidade de aplicar em uma ESF na cidade de Uberlândia-MG. A proposta dessa pesquisa foi apontar a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária e quais as suas implicações nos modos de andar a vida dos seus usuários. A Terapia Comunitária é uma nova forma de cuidar que precisa ser efetivada; além disso, ainda precisa ser mais pesquisada na área da saúde. Os caminhos trilhados no atual estudo permitiram entranhar na Política Nacional de Atenção Básica, na Política Nacional de Saúde Mental e, por fim, nas Políticas de Promoção à Saúde, o que nos possibilitou refletir sobre uma nova forma de produzir saúde, utilizando uma ação cuidadora, que explora a subjetividade.

Ao analisarmos os rumos da atenção à saúde, parece existir um consenso, em termos mundiais, quanto à necessidade de investimentos e organização da Atenção Básica. Um dos desafios para o governo e para toda a sociedade é transformar o foco de onde se deve investir e oferecer uma assistência à saúde no nível primário com qualidade e resolutividade. A Estratégia Saúde da Família tem desempenhado um papel primordial nesse processo de mudança, pois tem, em seu eixo estrutural, fundamentos que vão ao encontro de uma assistência humanizada, baseada na educação à saúde, na prevenção, na reabilitação e na promoção da saúde.

Nos estudos sobre saúde mental na ESF, que tivemos a oportunidade de pesquisar, podemos observar uma tendência a discutir as ações em saúde mental tendo como foco o atendimento às pessoas com processos patológicos já instalados e em como cuidar desses sujeitos. No entanto, notamos poucas publicações na área da saúde mental e da Atenção Básica enfocando a prevenção e promoção da saúde mental. Julgamos ser relevante agregar novas formas de cuidar em saúde mental, de forma a acolher os que passam por algum tipo de sofrimento psíquico e precisam ser cuidados antes que adoeçam. Esse é um dos desafios para os profissionais da Atenção Básica. Dessa forma, a equipe de saúde da família poderá cumprir a promoção da saúde mental, e não apenas oferecer cuidados aos que já estão adoecidos.

A Terapia Comunitária é um instrumento de cuidado que será implementado na Atenção Básica, especificamente, nas Estratégias de Saúde da Família como

uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde. A sua abordagem permite estabelecer uma relação interativa e dialógica entre a comunidade e a equipe de Saúde da Família. Além disso, ela pode atuar no nível da promoção, prevenção e reabilitação, pois é acolhedora, permite a formação de vínculos, trabalha com a inclusão social e incentiva a autonomia.

O interesse em trabalhar com a Terapia Comunitária na ESF ampliou o nosso olhar para a importância de investir na Atenção Básica, capacitando os profissionais de saúde a utilizarem instrumentos de tecnologias leves, para auxiliar os usuários, no sentido de despertá-los para utilização de recursos subjetivos, além de motivá-los para suas escolhas, com o intuito da melhoria na qualidade de vida. Em alguns estudos realizados em São Paulo e na Região Nordeste, pudemos observar resultados apontando para aspectos positivos em relação à promoção da saúde mental.

A Terapia Comunitária possibilita ouvir aqueles que estão sofrendo e, muitas vezes, chegam às unidades de saúde buscando equivocadamente, respostas para suas necessidades subjetivas, ou nas consultas, ou nos procedimentos e/ou nas medicações. Na análise dos resultados do atual estudo, verificamos que as principais situações motivadoras para os usuários frequentarem a TC foram os sintomas físicos e psicológicos e os problemas do dia-a-dia. Nesse sentido, entendemos que a TC tornou-se capaz de auxiliar no alívio das angústias e das dificuldades presentes no lidar diário da vida das pessoas.

O desafio de apontar a compreensão dos usuários sobre a Terapia Comunitária nos surpreendeu, ao notarmos em cada fala a força do significado, como, por exemplo, ter como o “remédio” a palavra, ou seja, poder falar, desabafar, ser escutado pelo grupo uma forma de melhorar as tristezas, o medo e o isolamento. Além disso, o espaço para troca de experiências e como aprendizagem, ou seja, ouvir a experiência do outro e refletir sobre a sua própria vida.

O ritmo de vida acelerado, as preocupações no trabalho, o sedentarismo, a violência, as depressões, as drogas, o álcool, o tabagismo, o aumento no número de pessoas idosas e também de pessoas que vivem sozinhas nos remetem aos agravos à saúde da pós-modernidade. Nesse sentido, torna-se necessário que nos apropriemos de instrumentos que possibilitem a oferta de cuidados para essas pessoas e entendamos a TC como um instrumento que, quando presente na

Atenção Básica, poderá ajudar no processo de mudança no modo de viver dos usuários.

Os resultados da atual pesquisa apontam a TC como um instrumento competente para implicar no modo de andar a vida dos que freqüentaram a TC. Encontramos relatos enfocando a terapia como sendo uma oportunidade para fazer novos relacionamentos e formar vínculos, evidenciando uma rede de relacionamentos capaz de conferir proteção social. O empoderamento e a resiliência emergiram como subtemas nesse estudo e são características importantes, quando temos como objetivo gerar no sujeito o auto-cuidado e a responsabilização no que diz respeito a diversas áreas da vida.

Outro subtema destacado foi o fortalecimento das relações familiares. A Estratégia Saúde da Família em seu processo de trabalho tem como uma das prioridades a prática do cuidado familiar ampliado. Para tal, faz-se necessário conhecer a estrutura e a funcionalidade da família, para propor intervenções capazes de influenciar nos processos de saúde/doença dos indivíduos e famílias.

A Terapia Comunitária propicia uma forma de cuidar em saúde que atende os princípios da Promoção a Saúde, tem o potencial de desenvolver a generosidade, a solidariedade, a cultura da paz e a cidadania em seus participantes. Por fim, consideramos a TC uma prática competente e criativa, que precisa ser efetivada nas ESF e, assim, contribuirá para o oferecimento de uma assistência Humanizada, além disso, ela é capaz de intervir no modo de andar a vida de forma positiva naqueles que passam por sofrimentos.

REFERÊNCIAS

“É o lugar que a gente expõe os problemas né! Não pra resolver, porque não existe solução! Pra não resolver o problema. Nem se acontecesse talvez nem prestasse né!” (E5)

ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em <www.abratecom.org.br>. Acesso em out. 2006.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, v.31 n.3, 1-13, jun.1997.

BOMBANA, J. A, LEITE, A. L. S. S. MIRANDA, C.T - Como atender os que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2000; 22(4): 180-4

BARRETO, A. **A Terapia Comunitária passo a passo**, Fortaleza. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final de Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 23p. mar. 2001. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficinas.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários.** Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos.** Série CONASS documento, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n.2, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde, 85p. jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, (Série Pactos pela Saúde 2006; v.7) 52p. – 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria GM / MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação – **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró – Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n.196, 10 de outubro de 1996. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/Reso 196.doc](http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/Reso%20196.doc) Acesso em: 20 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS** - Temático Saúde da Família. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n.4 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Ano IX. Ed. Especial (maio 2008) Brasília: Ministério da Saúde, p.38-43, 2008.

BRÊDA, M. Z. *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: A reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 450-452 , maio/ jun., 2005.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. **Revista Saúde em Debate**, v.27, n.63, p.25-35, jan-abr, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). Inventando a mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMAROTTI, H, *et al.* Terapia Comunitária: relato da experiência de implantação em Brasília-DF. In BARRETO, A. & CAMAROTTI, H. (ORG). **A Terapia Comunitária no Brasil: anais dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária.** Morro Branco - CE, p. 54-67, maio 2003.

CAMAROTTI, M. H. *et al.* **Terapia Comunitária:** relato de experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. Disponível em <<http://www.mismecdf.org/terapia.htm>> Acesso em 01 jan. 2008.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS:** currículo integrado e interdisciplinar, s/d.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 7.ed – São Paulo: Cortez,2005.164p.

COELHO, C. L. de, ÁVILA, L. A. Revisão de Literatura Controvérsias sobre a somatização. **Rev. Psiq. Clin.** 34 (6); SP 278-284, 2007.

FRANCO, T.B; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. e col. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FUKUI, L; MARCHETTI, L. Terapia Comunitária uma forma de atuação no espaço público. **A Terapia Comunitária no Brasil. Anais dos trabalhos apresentados no II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária.** (CAMAROTTI, M.H; FUKUI, L; MARCHETTI, L. B. orgs.) Brasília – DF, p.16 -19, maio 2004.

GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes**. Dissertação - Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa, 2006.131p.

GRANDESSO, M. A. (a) - Família e Comunidade: textos e contextos de pertencimento. Palestra apresentada no **I Encontro de ex- alunos do NUFAC – Núcleo de Família e Comunidade da PUC – SP**. São Paulo: abril, 2003.

GRANDESSO, M. A. Oi gente... Eu não roubei galinhas! Contribuições do enfoque narrativo à Terapia Comunitária. **A Terapia Comunitária no Brasil. Anais dos trabalhos apresentados no II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. (CAMAROTTI, M.H; FUKUI, L; MARCHETTI, L. B. orgs.) Brasília – DF, p.30 - 35, maio 2004.

GRANDESSO, M. A.(a) Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA COMUNITÁRIA, 3., 2005, Fortaleza. **Anais II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária** - Fortaleza: Abratecom, 2005. p. 44 – 45. Mesa-redonda.

GRANDESSO, M. A.(b) Terapia Comunitária – um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. **Família e Comunidade** I (2); 2005 p. 103 – 113.

HOLANDA, V. R. **A contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes**. Dissertação – Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, 2006.126p.

LANCETTI, A. **Saúde e Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo, Hucitec, v.7, 121 – 135p. s/d.

LAZZARO, C. D. S.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica- **Arq. Ciênc. Saúde** 2004 abr – jun; 11(2): XX: 02-05

LIPOSWSK, Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. **Am. J. Psych** 1988; 145:1358-68

LUIZI, L. V. V. “**A Terapia Comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação**”. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, 2006. 231p.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MACÊDO, V. C. D, MONTEIRO, A. R. M. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 abr-jun; 15(2): 222-30.

MEHRY, E. E. **Saúde Pública como política: um estudo dos formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MENDES, E, V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NASCIMENTO, A, F, M & BRAGA, V, A, B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia - CE, **Cogitare Enfermagem**, v.9 n.1.p.84-93. jan./jun. 2004.

OLIVEIRA, M, A, F & COLVEIRO, L, A. A Saúde Mental no Programa Saúde da Família. **Manual de Enfermagem- ids** – São Paulo, Ministério da Saúde, 2001.

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

PINTO, J, C, S, G. **A abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica**-2002. < <http://www.saudemental.med.br/Itaip.html>> Acesso em 05 jul.2005.

ROSA, W, A, G. &LABATE, R, C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.56,n.3, p.230-235, 2003.

SANTOS, B. R. L. *et al.* Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p.49-59, dez.2000.

SCÓZ, T. M.; FELINE, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, 71-75p. 2003.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – Acesso em 22 de agosto de 2008.

SILVEIRA, D. P. **Sofrimento Psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado de Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde**-Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.184p.

SOARES, C. S. D. A. CAIXETA, M. F. SÁ, N. M. Relato de experiência: A Terapia Comunitária como instrumento da Promoção da saúde mental em uma UBSF de Uberlândia. **V Fórum Mineiro de Enfermagem – Novas perspectivas no cuidado da saúde da família e da comunidade**. (ANTUNES, A. V.; SOUSA, C. C.; ARAÚJO, N. C. R. orgs.) Uberlândia-MG, p.331 dez. 2006.

SOUZA, K, K, B, de FILHA, M, O, F, SILVA, A, T, M, C, da. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n.2, p.14-22, jul- dez. 2004.

SOUZA, R. C. & SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.173-9, mar./abr., 2005.

SOUZA, A. de J. F.; MATIAS, G. N. GOMES, K. de F., A, PARENTE, A,da C, M. A Saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.60, n. 4, p. 391-395, jul-ago, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.725p.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da Promoção da Saúde no PSF. **SANARE. Revista de Políticas de Sobral**. Ano III n.2 Ceará. Escola de Formação em Saúde da Família. p.11-14,2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: editora Atlas, 1987. 175p.

UBERLÂNDIA - Secretaria Municipal de Saúde **Programa Saúde da Família**- - Diretoria de Atenção Integral à Saúde, cartilha, s/d.

UBERLÂNDIA, www.saude.mg.gov.br/ GRS - Uberlândia, acesso em 03 de julho de 2006.

UBERLÂNDIA - Secretaria Municipal de Saúde - **Plano Diretor de Regionalizações** - Setor Sanitário e Regiões Intramunicipais- Diretoria de Planejamento em Saúde, 2007.

WATZLAWICK, P. *et al.* **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1967.

VALOURA, L, de C. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador, 2005/ 2006. Acesso em 26/08/08.

VIEIRA *et al.* O programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Rev. Brasileira Promoção da saúde**, v.17, n.3, p.119-126, 2004.

APÊNDICES

“É através dela (Terapia Comunitária) nós estamos aqui com sabedoria da paz, um ambiente saudável em casa, então é Deus que está junto conosco, aqui com ela!” (E4)

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado Senhor (a):

Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “**Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família, implicações no modo de andar a vida dos usuários**”, no Curso de Pós-Graduação, nível Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e tem como proposta contribuir com a discussão sobre Terapia Comunitária (TC), sua divulgação como estratégia na prevenção em saúde mental. Assim, estou convidando você para participar deste estudo, por meio de entrevista que será gravada, respondendo algumas questões sobre sua participação na Terapia Comunitária. A entrevista será transcrita e analisada por mim, mediante informações que você forneceu. O seu nome não será divulgado e suas informações serão trabalhadas com sigilo absoluto, podendo você ter acesso a elas e realizar qualquer modificação em seu conteúdo, se julgar necessário. Você tem liberdade para recusar participar ou afastar-se a qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe resulte em prejuízos de qualquer natureza. Sua participação é voluntária e você não terá nenhum ganho financeiro ou gasto durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, nenhum constrangimento moral, decorrente dela. Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para publicação dos resultados. Como pesquisadora, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa e garanto-lhe que suas informações somente serão utilizadas para o estudo acima mencionado. Se houver qualquer dúvida em relação a sua participação poderá solicitar qualquer esclarecimento.

O meu endereço para contato é: Rua Tamoios n. 276, bairro Saraiva – Uberlândia-MG, CEP: 38400-410, telefone 034 32318243. e-mail: carmensocorro@bol.com.br

Eu, _____, ciente das informações recebidas, concordo em participar da pesquisa, concedendo entrevista à pesquisadora Carmen Socorro Duarte Arantes Soares, autorizando-a a utilizar as informações, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde garantidos o sigilo e a não divulgação de meu nome.

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

Uberlândia, __de _____ de _____.

APÊNDICE 2

Roteiro para entrevista

Dados de identificação:

Número da entrevista:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Procedência:

Profissão:

Há quanto tempo participa da Terapia Comunitária?

Como ficou sabendo da Terapia Comunitária?

Questões norteadoras:

1. O que é Terapia Comunitária para você?
2. Poderia me contar como é para você participar da Terapia Comunitária.

ANEXO

“É um trabalho muito importante! Ela é mais importante, às vezes é pra mim que o próprio tratamento com medicações.”
(E2)

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 190/2007

Ribeirão Preto, 16 de agosto de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 98ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de agosto de 2007.

Protocolo: nº 0823/2007

Projeto: TERAPIA COMUNITÁRIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:
IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DOS PARTICIPANTES

Pesquisadores: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Carmen Socorro Duarte Arantes Soares

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dr.ª Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP