

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

**DAYSE GOMES SOUSA DE OLIVEIRA**

**A HISTÓRIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM JOÃO PESSOA/PB:  
UMA FERRAMENTA DE CUIDADO**

**JOÃO PESSOA - PB  
2008**

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

**DAYSE GOMES SOUSA DE OLIVEIRA**

**A HISTÓRIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM JOÃO PESSOA/PB:  
UMA FERRAMENTA DE CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na Linha de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de Enfermagem na Atenção à Saúde.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA DJAIR DIAS**

**JOÃO PESSOA - PB  
2008**

**DAYSE GOMES SOUSA DE OLIVEIRA**

**A HISTÓRIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA EM JOÃO PESSOA/PB:  
UMA FERRAMENTA DE CUIDADO**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2008.

***BANCA EXAMINADORA:***

---

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

---

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

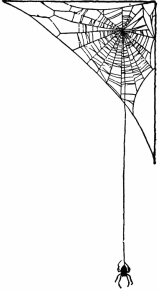
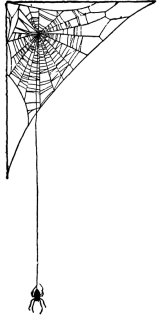
---

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

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda – Membro/UFRN

*A Saulo Filho, Saulo, Zila, Carlos e Carlos Junior,  
dedico este trabalho como forma de gratidão.  
Amo vocês!!!*



## *AGRADECIMENTOS*

*Se eu tivesse mil anos de viver não teria tempo de agradecer..., seu grande amor, amparo e proteção ò Cristo para comigo.*

*Ao meu filho, Saulo Brito de Oliveira Filho, por ser minha inspiração e motivação.*

*Ao meu querido esposo, Saulo Brito de Oliveira, por suas palavras e gestos demonstrando alegria e bondade que me cativam, reforçando nosso amor e a presença de Deus em nossas vidas.*

*Aos meus pais, Carlos Luis de Sousa e Zila Gomes de Sousa, que me ensinaram com amor, do mundo o mar agitado enfrentar, mostrando que sempre a bonança em Cristo devo encontrar.*

*Ao meu irmão, Carlos Luis de Sousa Junior, pela paciência e apoio, sendo presença forte e constante ao meu lado.*

*Aos irmãos da Primeira Igreja Batista de João Pessoa, pelas palavras de incentivo, me acompanhando em oração.*

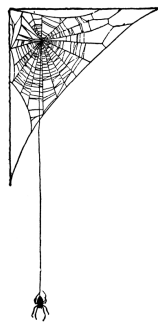
*Aos meus colaboradores, pelos vínculos afetivos formados, compreensão e participação neste estudo.*

*À Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Djair Dias por de forma prudente e sábia guiar-me cientificamente, por isso sou grata.*

*Aos Professores Dr<sup>a</sup>. Maria Filha, Dr<sup>a</sup>. Lenilde Duarte Sá e Dr. Francisco Arnoldo, pelas valiosas contribuições para a concretização deste trabalho.*

*À Professora Solange Fátima Geraldo da Costa, por sua lição de coragem, que enfrentando as diversidades da vida, resiste com bravura, compartilhando experiências, sempre com atitudes de carinho.*





*À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wilma Dias Fontes, pelos momentos compartilhados, sempre com sinceridade a nos receber com um sorriso nos lábios.*

*Aos Professores Doutores César e Ana Tereza, por fazerem parte do meu universo, não como cometas que um dia passaram por minha vida, mas por serem estrelas que brilham, e tornam-se referência na minha caminhada profissional.*

*Ao Dr. Sérgio, e grupo GEPAIE pela oportunidade e apoio nestes anos.*

*À minha amiga Luciana Dantas pelo forte laço de amizade que construímos nesses dois anos.*

*As minhas amigas Bernadete Moreira e Aleksandra Tomaz por me entenderem e ajudarem em momentos difíceis.*

*As minhas amigas Márcia Bicalho e Rejane pela presteza, amizade e competência na correção deste trabalho.*

*A todos os docentes do Curso de Mestrado, que contribuíram para a minha formação.*

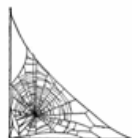
*À Luzinete, Ivan, Maria e Luciene, funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela disponibilidade na condução de suas atividades.*

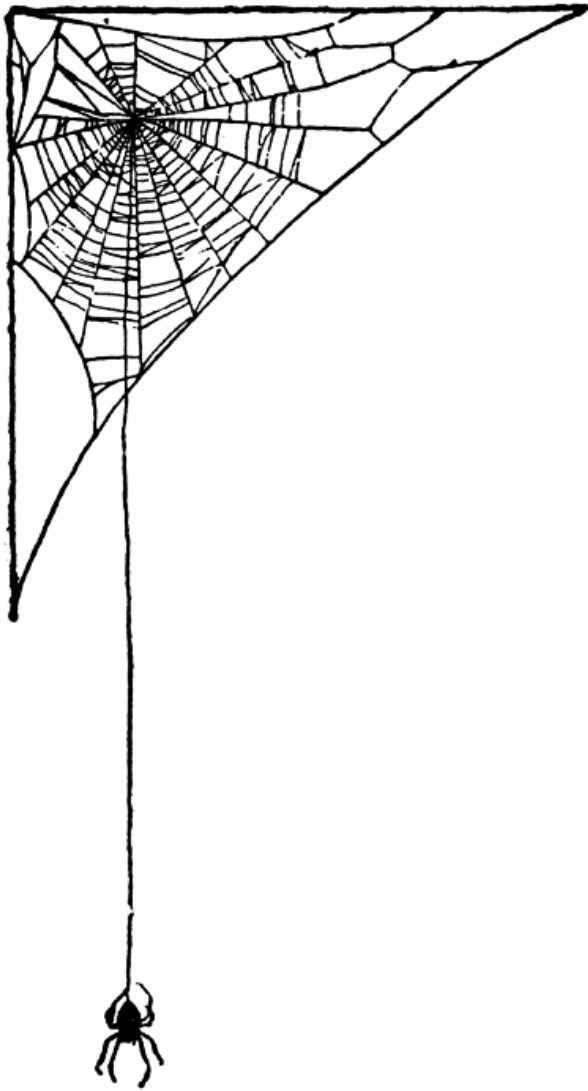
*À minha turma, por partilhar momentos tão especiais.*

*Aos funcionários da Biblioteca, e demais funcionários da Instituição pela presteza e atenção em atender-nos.*

*Enfim, a todos que ajudaram de forma direta ou indireta para a conclusão deste trabalho e do Mestrado.*

*Deus a todos abençoe!*





*“Ainda que eu conheça todos os mistérios e toda a ciência, se eu não tiver amor, nada serei”.*

*(I Coríntios 13.2)*

OLIVEIRA, Dayse Gomes Sousa de. **A história da Terapia Comunitária na atenção básica em João Pessoa - PB: uma ferramenta de cuidado**. 2008. 174 p. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

## *RESUMO*

A Terapia Comunitária constitui-se uma prática de efeito terapêutico, na área da saúde, que visa à prevenção e ao atendimento a grupos heterogêneos, de organização informal, que emergiu de pessoas expostas ao sofrimento, buscando alternativas para enfrentar problemas. Através desta pesquisa, objetivou-se estudar a implantação da Terapia Comunitária, como uma ferramenta que vem contribuir para a organização das práticas de saúde na atenção básica no Município de João Pessoa - PB. Para isso, foi empregado o método da História Oral Temática, fazendo-se uso da técnica de entrevista para a coleta de dados, realizada em João Pessoa - PB - com onze colaboradores. Os resultados desta investigação evidenciaram os seguintes eixos temáticos: Terapia Comunitária: o sentido da história; Terapia Comunitária: promovendo mudanças, superação e crescimento; Contribuições para o SUS e a Saúde Mental em busca da integralidade na Atenção Básica e Desafios apontados. Com base nesses eixos temáticos, observou-se que a Terapia Comunitária disponibiliza um espaço de escuta para a comunidade, proporciona a melhora da auto-estima, o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos, promove a resiliência, favorece um processo de superação e de crescimento dos profissionais e da comunidade, contribui para a formação de um profissional mais humanizado, para a realização de práticas mais acolhedoras e integralizadas nos serviços de saúde e estimula o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica em Saúde Mental. Como desafios apresentados pelos colaboradores, destacaram-se a falta de espaço físico e de divulgação, a identificação e o compromisso dos profissionais em relação à Terapia Comunitária, bem como a descrença e a participação da comunidade. Os resultados desta pesquisa contribuem no sentido de aprofundar e ampliar os conhecimentos sobre os benefícios que a Terapia Comunitária vem trazendo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas da comunidade, uma vez que vem ganhando força no enfrentamento das dores do cotidiano das pessoas e tem contribuído para a organização das ações de saúde na Atenção Básica no Município de João Pessoa - PB.

Palavras-chave: Saúde. Terapia. Atenção Básica.



OLIVEIRA, Dayse Gomes Sousa de. **The history of community therapy in the basic attention in João Pessoa – PB: a tool of care.** 2008. 174 p. Dissertation (Master Degree) Health Sciences Center, Universidade Federal da Paraíba.

### *ABSTRACT*

The Community Therapy consists in a practice of therapeutic effect, in the health area, that has as aim the prevention and the attending of heterogeneous groups, of informal organization, that emerged from people exposed to suffering, seeking alternatives to face problems. Through this research, it was objectified to study the implantation of the Community Therapy as a tool that contributes to the organization of health practices in the basic attention in the municipal district of João Pessoa – PB. For this, the method of Thematic Oral History was applied, making use of the technique of interview for the data collection, made in João Pessoa – PB – with eleven collaborators. The results of this investigation evidenced the following thematic axis: Community Therapy: the meaning of the history; Community Therapy: promoting changes, overcoming and growth; Contributions for the SUS and the mental health in search of the integrality in the Basic Attention and the Challenges appointed. Based on these thematic axis, it was observed that the Community Therapy makes available a space of listening for the community, provides the improvement of the self-esteem, the establishing and the strengthening of bonds, promotes the resilience, favors a process of overcoming and of growth of the professionals and of the community, contributes to the formation of a more humanized professional, to the realization of more sheltering and integrating practices in the health services and stimulates the multi-professional involvement in the network of basic attention and mental health. As challenges presented by the collaborators, the lack of physical space and of divulgation, the identification and commitment of the professionals in regard to the Community therapy, as well as the disbelief and the participation of the community, were emphasized. The results of this research contribute in the sense of deepening and amplifying the knowledge about the benefits that the Community Therapy has been bringing to the improvement of the quality of life of the people of the community, once that it is gaining strength in the confronting of everyday pains of the people and has contributed to the organization of the health actions in the Basic Attention in the municipal district of João Pessoa – PB.

Key-words: Health. Therapy. Basic Attention.

OLIVEIRA, Dayse Gomes Sousa de. **La historia de la terapia comunitaria en la atención básica en João Pessoa - PB: una herramienta de cuidado.** 2008. 174 p. Disertación (Maestría) Centro de Ciencias de Salud, Universidad Federal de Paraíba.

## *RESUMEN*

La Terapia Comunitaria constituye una práctica de efecto terapéutico, en el área de la salud, que visa la prevención en la atención a grupos heterogéneos, de organización informal, que emergió de personas expuestas a sufrimiento, buscando alternativas para enfrentar problemas. A través de este estudio, con el objetivo de estudiar la implantación de la Terapia Comunitaria para la organización de prácticas de salud en la atención básica en el municipio de João Pessoa - PB. Para eso, fue empleado el método de Historia Oral Temática, haciendo uso de la técnica de entrevista para la colecta de datos, realizada en João Pessoa - PB - con once colaboradores. Los resultados de esta investigación evidenciaron los siguientes ejes temáticos: Terapia Comunitaria: el sentido de la historia; Terapia Comunitaria: promoviendo cambios, superación y crecimiento; Contribuciones para el SUS y la salud mental buscando integrar la Atención Básica y los Desafíos apuntados. Con base en esos ejes temáticos, se observó que la Terapia Comunitaria dispone de un espacio de escucha para la comunidad, proporciona la mejora de auto-estima, el establecimiento y el fortalecimiento de vínculos, promueve la resiliencia, favorece un proceso de superación y de crecimiento de los profesionales y de la comunidad, contribuye para la formación de un profesional más humanizado, para la realización de prácticas más acogedoras e integrales en los servicios de salud y estimula el involucramiento multiprofesional de la red de atención básica en salud mental. Como desafíos presentados por los colaboradores, se han destacado la falta de espacio físico y de divulgación, la identificación y el compromiso de los profesionales en relación a Terapia Comunitaria, bien como la descreencia y la participación de la comunidad. Los resultados de esta investigación contribuyen en el sentido de profundizar y ampliar los conocimientos sobre los beneficios que la Terapia Comunitaria viene trayendo para mejorar la calidad de vida de las personas de la comunidad, una vez que viene ganando fuerza en el enfrentamiento de los dolores del cotidiano de las personas y ha contribuido para la organización de las acciones de salud en Atención Básica en el municipio de João Pessoa - PB.

Palabras-clave: Salud. Terapia. Atención Básica.

## *LISTA DE ILUSTRAÇÕES*

<b>FIGURA 1:</b> Ponta do Seixas.....	37
<b>FIGURA 2:</b> Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto.....	43
<b>FIGURA 3:</b> Cartão feito por um menino do Projeto 4 Varas.....	45
<b>FIGURA 4:</b> Antiga sede do PSF Ambulantes.....	138
<b>FIGURA 5:</b> Dinâmica.....	139
<b>FIGURA 6:</b> Professoras Maria Djair e Maria Filha fazendo o acolhimento – rodas de TC.....	140
<b>FIGURA 7:</b> Professoras Maria Djair e Maria Filha realizando o encerramento de uma roda de TC.....	141
<b>FIGURA 8:</b> Professoras Maria Djair e Maria Filha em um momento de confraternização com a comunidade.....	141

## *LISTA DE ABREVIACÕES*

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária  
ACS – Agente Comunitária de Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVAI – Anos Vida Ajustados por Incapacitação  
CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CDC – Conselho Deliberativo Científico  
CEP – Comissão de Ética em Pesquisa  
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
DAS – Departamento de Atenção à Saúde  
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública  
DESPP – Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
GEPAIE – Grupo de Estudo e Pesquisa em Administração e Informática em Enfermagem  
GEPSS – Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde e Sociedade  
IBDPH – Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MISC – Movimento Integrado em Saúde Comunitária  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFC – Universidade Federal do Ceará  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa  
UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais  
USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

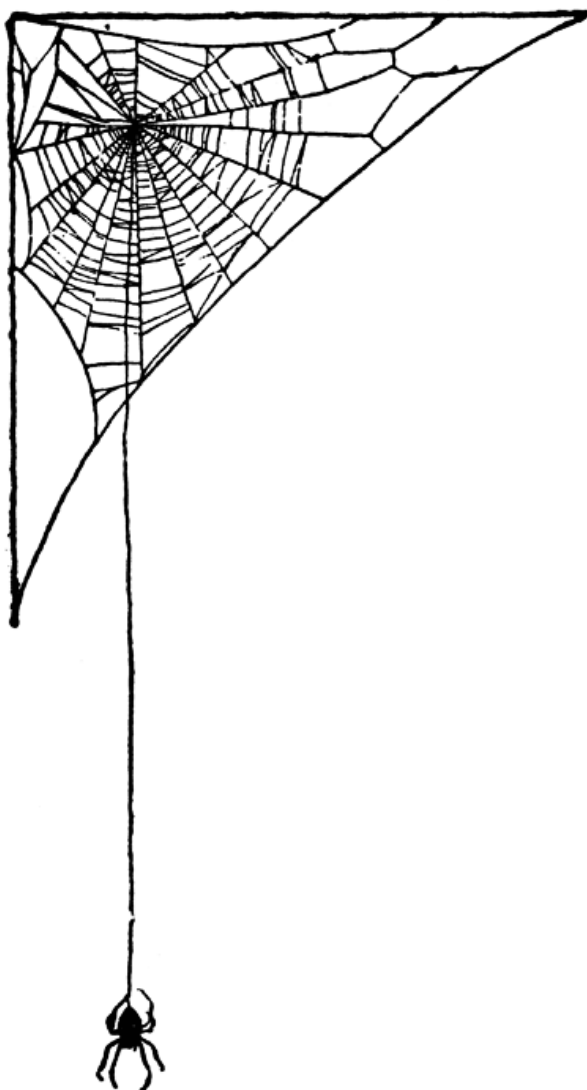
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA.....	16
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE: fragmentos da história.....	26
2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM JOÃO PESSOA - PB.....	37
2.3 A TERAPIA COMUNITÁRIA: origem e interface com a Saúde Mental.....	43
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>52</b>
3.1 CONHECENDO O MÉTODO – HISTÓRIA ORAL.....	53
3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E COLABORADORES.....	53
3.3 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	54
3.4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO.....	55
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	58
<b>4 TECENDO OS FIOS DA HISTÓRIA: AS NARRATIVAS DOS COLABORADORES.....</b>	<b>59</b>
<b>5 AS HISTÓRIAS INTERPRETADAS.....</b>	<b>135</b>
5.1 TERAPIA COMUNITÁRIA: o sentido da história.....	136
5.2 TERAPIA COMUNITÁRIA: promovendo mudanças, superação e crescimento.....	144
5.3 CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E A SAÚDE MENTAL EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	148
5.4 DESAFIOS APONTADOS.....	152
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>158</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A – FICHA TÉCNICA	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

APÊNDICE C – CARTA DE CESSÃO

**ANEXO**

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## 1 INTRODUÇÃO



## 1.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA TEMÁTICA

As políticas de saúde no Brasil, no Século XX, iniciam-se para enfrentar o quadro sanitário existente no País. Em particular, na década de 1970, constatava-se a permanência de graves problemas de saúde na população. De um lado, atribuía-se essa situação às más condições de vida da população de baixa renda, e, de outro, ao insuficiente desenvolvimento das medidas de Saúde Pública e de saneamento básico (BRASIL, 2005a).

É oportuno destacar que, no final do Século XX e no início deste, houve consideráveis influências nas condições de vida e na Saúde Mental das pessoas, principalmente nos países onde há uma deterioração progressiva da qualidade de vida. Como conseqüência, houve um aumento considerável da violência doméstica e social, do desemprego e do subemprego, do trabalho infantil, da fome, da pobreza, da dependência às drogas, do abandono à criança e ao idoso, da prostituição infantil, da desesperança nos jovens e nos adultos, bem como transtornos psíquicos e emocionais (OPAS/OMS, 1997).

No que diz respeito aos transtornos psiquiátricos, um estudo realizado por Mari (1992) já apontava a presença freqüente desse problema na comunidade e, desde então, vem se observando que tem aumentado gradativamente na população feminina, principalmente na de estrato de baixa renda.

Nesse contexto, a Organização Pan-americana da Saúde - OPAS - e a Organização Mundial de Saúde – OMS (1997) - assinalam que a falta de uma política de inserção social mais abrangente, o desemprego, a falta de moradia, de saúde, problemas relacionados à educação e à aceitação social podem ser considerados como principais fatores de desajustes e desequilíbrios e, conseqüentemente, desencadeadores de transtornos e de sofrimentos psíquicos.

Essa realidade tende a ser agravada, como mostra o relatório de 2001 da OMS/OPAS sobre a saúde no mundo, segundo o qual, no ano 2000, os transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de anos/vida ajustados por incapacitação (AVAI), perdidos em virtude das doenças

incapacitantes, sendo que apenas uma minoria recebe tratamento adequado e, até o ano 2020, essas doenças terão crescido cerca de 15%.

Vale salientar que, no cenário brasileiro e, em particular, no Estado da Paraíba, o aumento da ocorrência dos transtornos mentais está associado a sérios problemas que a população vem enfrentando, como, por exemplo, péssimas condições econômicas e sociais, reveladas, entre outros indicadores, pelos consideráveis índices de desemprego e pela violência. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), em abril de 2004, na Paraíba, a taxa de desemprego foi de 11,5%. Em 2007, essa taxa foi de 9,3%, com boa parte dessas pessoas recebendo entre um e dois salários mínimos.

Esses dados apresentam uma dura realidade, que contribui para o aumento dos números de violência, de transtornos mentais e de depressão, uma vez que toda essa situação gera nas pessoas desconforto e, por vezes, desespero, por falta de condições, de oportunidades e de apoio familiar, o que acaba por favorecer a marginalização, o aumento da exclusão de pessoas da sociedade e o aparecimento de doenças que são provenientes de desajustes e de desequilíbrios, desencadeando transtornos mentais.

Minayo (2001) destaca que um número expressivo dos serviços de saúde não orienta a população para enfrentar os problemas, as crises, o sofrimento emocional e mostrar a importância das relações na vida de cada indivíduo e da comunidade.

Nessa perspectiva, as políticas públicas devem gerar ações que garantam a saúde e não somente o atendimento às doenças. Isso exige que o cuidado seja planejado, a fim de diminuir os riscos desses transtornos, erradicar suas causas e tratar e recuperar os danos.

Para atender a essa população, no atual modelo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde passaram por um processo de revisão no modelo assistencial, adotando uma conformação em cuja base há um conjunto de Unidades Básicas de Saúde que priorizam aspectos preventivos da saúde e atendem às características da atenção primária (CECÍLIO, 1997).

No ano de 2008, as ações relativas à atenção básica têm se concentrado no processo de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), incentivada pelo Ministério da Saúde (MS). Vale ressaltar que o termo Programa Saúde da Família (PSF) foi substituído por Estratégia Saúde da Família, pois programa é um termo que apontava para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e a ESF tem como propósito a reorganização da atenção primária, que não prevê um tempo para finalizar.

Então, a ESF é, notoriamente, uma ação de promoção da saúde e de prevenção de doenças (MARQUES; MENDES, 2002). Ela caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que são orientadas pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, criados pelo SUS.

A ESF foi implantada no Brasil desde 1994 e tem o objetivo de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência (FREITAS, 2008). Nesse sentido, de acordo com Carvalho (2006, p.16),

a dimensão da integralidade em saúde não é única. A acepção consensual é de que signifique o tudo. Costumo dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis. Tudo, sob todos os aspectos. O ser humano como um todo: bio-psico-social. O bio-psico, incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada. A atuação da saúde em todas as áreas: promoção, proteção e recuperação. Em todos os níveis: do primário ao quaternário.

Igualmente, a Política Nacional de Saúde Mental, pautada na Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, também redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, prevê que suas ações tenham como cerne e fio condutor a humanização, de maneira que o usuário do sistema consiga usufruir de forma universal, integral e sistêmica sem nenhuma restrição (BRASIL, 2008).

Essa lei prevê, ainda, a criação de mecanismos que promovam a inversão da cultura hospitalocêntrica, através da substituição da internação pela atenção em serviços comunitários em base territorial que atuam em rede. Essa rede é

composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Ambulatórios, pela Atenção Básica, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelos Centros de Convivência e Cultura, entre outros.

No campo da Saúde Mental, estão sendo desenvolvidas experiências exitosas por parte das equipes da ESF, em diversos Municípios brasileiros. De acordo com Delgado (2007), essas ações não se completarão enquanto o componente de Saúde Mental na ESF e na atenção básica continuar tão frágil.

As equipes de Saúde da Família precisam estar se preparando para promover a Saúde Mental no contexto geral da saúde, prevenir o adoecimento mental, identificando situações e fatores de risco, aos quais a população está exposta e que provocam sofrimento, como também, responder, de modo satisfatório, às necessidades de saúde dos seus usuários (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Dentre as ações definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa - PB - para reorganizar sua rede de atenção à saúde, a estratégia referente à Saúde da Família constitui o eixo norteador para a organização da atenção básica. A implantação da ESF, na referida cidade, ocorreu em duas etapas: começou no ano de 2000, com sete equipes, e, em 2004, esse número foi ampliado para 180 equipes, permanecendo assim até então. Essa ampliação teve por objetivo a expansão da cobertura territorial e populacional das ações básicas de saúde.

Antes se tinha uma rede de cuidado para a atenção básica ainda muito incipiente. Porém, com essa ampliação, houve uma expansão da rede de cuidados para a comunidade e, conseqüentemente, o aumento da demanda de cuidados passou a ser bem diversificado, assistindo os usuários no campo do sofrimento emocional, devido às dores físicas, entre outros. Percebeu-se, então, que a população atendida precisava falar do cotidiano e dos problemas que afetam a saúde, pois muitos dos problemas relatados pelos pacientes traziam conseqüências além da questão biológica. Essa procura, por parte da população, gerou dificuldades para que os profissionais da ESF atendessem à demanda das pessoas em situação de sofrimento emocional e dessem respostas satisfatórias

(resolutivas) para a população. Portanto, sentiram a necessidade de mais uma ferramenta para diversificar a prática no trabalho comunitário.

Nessa direção, os gestores municipais de saúde, buscando fortalecer ações que possam garantir o cuidado integral aos portadores de transtornos mentais, na atenção básica, iniciam o processo de formação de profissionais da saúde em Terapia Comunitária, como um dispositivo para a promoção da saúde e a prevenção do transtorno mental. Essa é considerada por Barreto (2008) como um espaço de acolhimento, onde se procura, partilhar experiências de vida e sabedorias de maneira circular e horizontal. Portanto, constitui-se um espaço de escuta, de reflexão e de troca de aprendizagem, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares apresentados pelos participantes, que são incentivados pelo terapeuta a partilhar com o grupo alguma questão ou dificuldade que os estejam incomodando no momento.

Nesse contexto, a Terapia Comunitária vem se consolidando como uma prática integrativa, que deve se constituir como uma estratégia includente e cidadã, a fim de favorecer mudanças das práticas de saúde e desenvolver ações terapêuticas por meio da construção de saberes (científico/popular), que proporcionam o equilíbrio físico e mental dos usuários. Essa ferramenta funciona, portanto, como fomentadora de cidadania, de redes sociais solidárias e de identidade cultural da comunidade (BARRETO, 2008).

A superação dos desafios, reflexo das discussões no campo da saúde coletiva, aponta para a necessidade de se implantarem estratégias operacionais e tecnologias do cuidado, nos diferentes níveis de gestão, que ampliem a participação de setores sociais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Convém registrar que parte da demanda dos serviços ambulatoriais e de atenção básica é constituída por pessoas com problemas que não conseguem ser classificados como uma doença específica (BRASIL, 2005b), e elas passam a somatizar a depressão, o estresse, as neoplasias, as dores de coluna, as gastrites, dentre outros males, que vêm como sinais do sofrimento emocional ou psíquico mostrados pelo corpo, razão pela qual buscam a terapêutica

medicamentosa como uma válvula de escape, na tentativa de resolver esses problemas.

Há que se enfatizar que o uso de mecanismos e de estratégias que busquem respostas satisfatórias para se enfrentar o sofrimento e fortalecer os vínculos de solidariedade entre as pessoas é de extrema relevância, para que se encontrem soluções para os problemas vivenciados coletivamente. Para isso, vem sendo implementada, na rede de cuidados básicos, a Terapia Comunitária (TC), um tratamento empregado para que se possa diminuir o uso indiscriminado de medicamentos e desenvolver ações que respeitam as experiências dos usuários dos serviços, contribuindo para a melhoria de sua saúde e o alívio de suas inquietações cotidianas, como também de famílias e da comunidade.

Camarotti (2007a) afirma a TC não foi estruturada por meio de uma concepção teórica, mas emergiu da atitude das pessoas expostas ao sofrimento, buscando alternativas para enfrentar seus problemas, realizando parcerias entre elas, demonstrando solidariedade de pessoa para pessoa ou de grupo para grupo.

O criador dessa tecnologia do cuidado foi o Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, sertanejo da cidade de Canindé, no interior do Estado do Ceará, que sonha com um mundo construído com base na inclusão social, no respeito e na solidariedade (BARRETO, 2008). Ele é Professor da Universidade Federal do Ceará e pertencente ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina. A TC nasceu com o projeto quatro varas, que buscava a inclusão social dessas pessoas de menor poder aquisitivo, sofridas e excluídas.

A Terapia Comunitária vem ocupando um lugar fundamental como uma tecnologia de cuidado, em que as relações são fundamentais para a produção do cuidado. Na perspectiva de Boff (2004, p.13), o cuidado, enquanto “princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade”, deve estar voltado para a preocupação com o outro, enxergando mais profundamente seu sentido e essência, atendendo as suas necessidades, ao mesmo tempo em que potencializa dimensões profundas do ser humano.

Waldow (2001, p. 17) considera que cuidar não se limita a restabelecer a saúde a partir da realização de um curativo para tratar uma ferida ou do alívio de

uma dor que gera desconforto. “Procura ir além, tentando captar o sentido mais amplo: o cuidado como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente”. Isso significa que o cuidado, no âmbito da saúde, não deve se restringir a uma ação técnica, no sentido de se fazerem procedimentos, mas atender às necessidades do ser paciente, garantindo o seu bem-estar físico, mental e espiritual. Entretanto, para que estratégias como a TC dêem certo, é necessário que a comunidade participe do cuidar com o apoio de ações do poder público. No tocante à equipe que faz saúde coletiva, espera-se o uso máximo de conhecimentos e de ações com base técnica e apoio na legislação. Dos usuários, espera-se iniciativa e mobilização de recursos políticos, culturais e comunitários.

Outro ponto importante a destacar é que a TC propiciará a redução de agravos e de danos, pois respeita a competência das pessoas e promove a construção de redes sociais utilizando-se de meios para que elas exponham o que sentem, evitando que as doenças se somatizem no corpo. Assim, a população atendida precisa falar do cotidiano e dos problemas que lhe afetam a saúde. Além disso, na rede de serviços municipais, faltam espaços adequados de escuta do sofrimento dessas pessoas e que proporcionem o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos tão desejados pela equipe de Saúde da Família. Essa é a estratégia forte que a TC traz.

Considerando a relevância da TC para a formação dos profissionais que atuam na ESF e o impacto que ela está causando no campo da Saúde Mental dos usuários, evidencia-se que essa tecnologia de cuidado contribui com a construção e a ampliação do conhecimento, principalmente na área de saúde comunitária, a fim de que se revelem resultados de ações práticas desenvolvidas por enfermeiras e outros profissionais da saúde para serem utilizadas no enfrentamento dos problemas que afetam a Saúde Mental da população (FERREIRA FILHA; DIAS, 2007).

Vale ressaltar que essa tecnologia vem sendo desenvolvida há, aproximadamente, 21 anos, a princípio, no Estado do Ceará e, posteriormente, em todo o cenário brasileiro. Na Paraíba, teve início a partir de 2005, com resultados

positivos, como destacam os estudos desenvolvidos por Guimarães (2006) e Holanda (2006).

Logo, é inegável a contribuição dessa ferramenta como veículo de mudança para a saúde dos usuários assistidos na ESF e para as famílias e a comunidade. Por outro lado, a história da implantação da TC, no cenário paraibano, não foi, até o momento, disseminada na comunidade por meio de produção de trabalho científico. Enquanto conhecedora da importância da TC para melhorar a qualidade de vida da população assistida pela referida estratégia, como fisioterapeuta e discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, direcionei o meu projeto de dissertação para a referida temática, cujo objeto de investigação é a Terapia Comunitária, como uma ferramenta para a mudança das práticas de saúde no Município de João Pessoa – PB.

Cumprе assinalar que esta investigação é um subprojeto do projeto intitulado A TERAPIA COMUNITÁRIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - do Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde e Sociedade (GEPSS), em articulação com o Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – PPGENf / CCS / UFPB.

Assim sendo, diante das considerações apresentadas, algumas questões me inquietaram: Como foi o processo de implantação da Terapia Comunitária no Município de João Pessoa - PB? Qual a importância da Terapia Comunitária e como ela tem contribuído para o projeto político de organização das ações de saúde na atenção básica no Município de João Pessoa? Quais foram os desafios encontrados no processo de implantação e operacionalização da TC relacionados às necessidades do projeto político de reorganização da atenção básica no Município de João Pessoa?

Então, com base nessas indagações, traçaram-se para este estudo os seguintes objetivos:



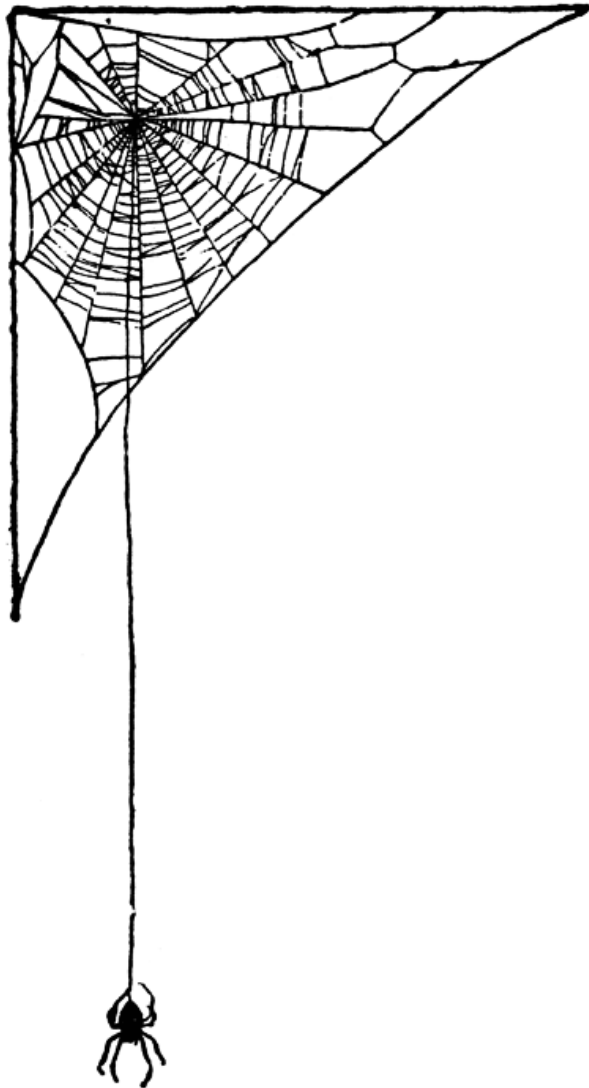
Objetivo geral:

Conhecer o processo de implantação da Terapia Comunitária e sua importância para a organização da demanda de cuidados de saúde na rede de serviços básicos no Município de João Pessoa/PB, na perspectiva da integralidade.

Objetivos específicos:

- Revelar a história da implantação da Terapia Comunitária no Município de João Pessoa – PB;
- Investigar a importância da Terapia Comunitária para o projeto político de organização das ações de saúde na atenção básica;
- Verificar como a Terapia Comunitária tem contribuído para a organização das ações de saúde da atenção básica no Município de João Pessoa;
- Identificar os desafios encontrados no processo de implantação e operacionalização da TC relacionados às necessidades do projeto político de reorganização da atenção básica no Município de João Pessoa.

Nessa perspectiva, buscou-se subsidiar e oferecer elementos de estratégias para a implantação da TC em outros Municípios brasileiros, contribuir para o aprofundamento e a ampliação dos conhecimentos sobre as possibilidades que a Terapia Comunitária vem trazendo, enquanto ferramenta de mudança, proporcionando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e da comunidade, bem como, para a construção do conhecimento da Enfermagem e das demais áreas da saúde, cooperando para a consolidação da Terapia Comunitária no SUS, como opção de cuidado ao sofrimento das pessoas.



*2 REFERENCIAL  
TEÓRICO*

## 2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: fragmentos da história

No Século XV, por volta de 1500, o Brasil foi descoberto, fato que coincidiu com o nascimento da medicina moderna no mundo. Nesse período, as doenças eram encaradas pelos nativos (índios) como castigo ou provação, cujas causas eles reconheciam como reflexo da ação de um ser sobrenatural, astros, agentes climáticos, força de uma praga ou feitiço, o que os fazia recorrer, pela forte concepção mística, aos pajés para exorcizar os maus espíritos ou utilizar plantas e substâncias diversas no tratamento das enfermidades (BRASIL, 2005a).

Certamente, os colonizadores (portugueses) não apoiavam essa forma de atendimento, até porque eles tinham como um de seus objetivos converter os indígenas ao Cristianismo e, para isso, seria necessário neutralizar a influência do pajé. Dessa maneira, os padres jesuítas tiveram um papel importante na assistência aos doentes, levando medicamentos e alimentos aos pacientes. Com a progressão da colonização, houve a substituição da assistência médica jesuítica pelos físicos, como eram conhecidos os médicos da época, e pelos cirurgiões-barbeiros (BRASIL, 2005a).

Na época do Brasil-colônia, a prática médica era baseada em conhecimentos tradicionais, e não, “científicos”. Havia serviços de saúde, organizados precariamente, que se preocupavam com as doenças pestilenciais, sobretudo a varíola e a febre amarela.

Só a partir do Século XIX, é que se estruturam ações visando à promoção da saúde, antes mesmo da ocorrência das doenças, procurando intervir na sociedade de maneira global. Essas ações podem ser entendidas como “propostas para dificultar ou impedir o aparecimento da doença, enfrentando as suas causas, contra tudo que, na sociedade, pode interferir no bem-estar físico e moral” (BRASIL, 2005a, p.13).

De acordo com Nunes (2006, p. 20), nessa época, houve a fixação de alguns princípios básicos que se tornariam parte integrante do movimento sanitário:

a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente e que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas.

Nesse momento, assumia-se o caráter social da medicina e da doença, emergindo a denominada Medicina Social. Em 1808, com a chegada da família real ao Brasil, adotaram-se os conceitos de Polícia Médica aplicados na Alemanha. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e na saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Tratava-se de um controle-profilaxia, de vigilância da cidade.

Também em 1808, D. João VI atribui à Fisicatura as ações voltadas para os problemas de higiene do meio urbano, que esboça a idéia de uma Política Sanitária da cidade. A concepção adotada sobre as causas das doenças baseava-se na teoria miasmática, em que se considerava que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilenciais oriundos de matéria orgânica em putrefação. Outra causa seria a circulação das pessoas e de mercadorias nos portos. As ações de profilaxia das moléstias transmissíveis consistiam, fundamentalmente, na fiscalização rigorosa das embarcações que poderiam trazer a peste ou outras moléstias epidêmicas. Além disso, com a vinda da família Real para o Brasil, nesse mesmo ano, houve a necessidade de uma maior organização para o governo, que já buscava controlar as epidemias (BRASIL, 2005a).

Em 1849, foi criada a Junta Central de Saúde Pública, a qual incorporou os estabelecimentos de Inspeção de Saúde dos Portos do Rio de Janeiro e do Instituto Vacínico. No ano de 1897, foram criados os Institutos Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças. Com a Proclamação da República, em 1889, as Juntas e Inspetorias de Higiene foram substituídas pelos Serviços Sanitários Estaduais, os quais eram bastante desorganizados, favorecendo a ocorrência de novas epidemias no Brasil. Entretanto, nas décadas de 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades do país continuaram a ser vitimadas por diversas doenças fatais na época, como: varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera (BRASIL, 2005a).

Diante disso, os médicos higienistas passaram a receber incentivos do governo federal para ocupar cargos importantes na administração pública. Em contrapartida, esses profissionais tinham que estabelecer estratégias para o saneamento das áreas atingidas pelas epidemias, cujo combate ficou sob a responsabilidade do médico sanitário Oswaldo Cruz que, em 1903, combateu a febre amarela no Rio de Janeiro e dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1904 (BRASIL, 2005a).

É oportuno destacar que, na década de 1920, quem necessitasse de assistência médica era obrigado a comprar serviços de profissionais liberais. Aqueles que não tinham condição financeira procuravam a medicina popular, exercida por leigos e curandeiros, ou recorriam às Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao tratamento de pobres e/ou indigentes (PAIM, 2003).

Em 1923, as ações de Saúde Pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, incluindo-se como responsabilidade do Estado, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos, o controle dos portos e fronteiras. Ainda em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas funções englobavam a higiene infantil, a industrial e profissional, a propaganda sanitária, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cujo objetivo fundamental era proporcionar apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos para o Brasil, durante o período da II Guerra Mundial. Também nessa época, a maioria dos hospitais públicos do País foi construída.

Sendo assim, em torno desse contexto, durante a década de 1970, o Brasil apresentava um modelo hegemônico médico assistencial-privatista, centrado na “demanda espontânea”, predominantemente curativo, reforçando a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentiam doentes (PAIM, 2003). Dessa forma, não proporcionava um atendimento integral nem ao paciente nem à comunidade porque não se comprometia com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do “movimento sanitário”, que estava surgindo. Nesse momento, começou a se organizar o Movimento Sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do País (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Foi nesse período em que as idéias da medicina social penetraram nos meios acadêmicos brasileiros. Sua abordagem contrapunha-se à “concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores”, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (ESCOREL, 1998).

A partir de 1978, é acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, além de ser reafirmada a idéia de que a saúde constitui como um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial.

O primeiro marco desse movimento ocorreu em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde. Essa proposta, que já se chamava, na época, de Sistema Único de Saúde, contemplava diversos conceitos advindos de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Na década de 1980, os movimentos sociais intensificam-se, e uma maior discussão foi possível sobre os novos rumos que deveriam tomar o sistema de saúde. Dessa forma, com o aumento da consciência sanitária no País, foi possível, por meio do movimento denominado de Reforma Sanitária, desenvolver-se uma série de tentativas para a reestruturação da Saúde. Posteriormente,

quando esse movimento ganhou força, foi realizado, em março de 1986, um dos principais eventos político-sanitários do Brasil: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Essa Conferência foi considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário e caracterizou-se por três aspectos principais, quais sejam: o conceito abrangente de saúde, vista não apenas como ausência da doença, mas como resultado das condições de moradia, alimentação, renda, emprego, dentre outros; saúde vista como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. Com uma ampla participação, a 8ª CNS se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do Brasil, e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde existente que, posteriormente, viria a ser defendida na Constituinte (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Em julho de 1987, foi criado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorporou os principais princípios da Reforma Sanitária: universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular. O SUDS foi implantando ao mesmo tempo em que se instalava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e se constituía, assim, em uma estratégia que reorientava as políticas de saúde e reorganizava os serviços, enquanto se desenvolviam os trabalhos da Constituinte e a elaboração da legislação ordinária para o setor (CORDEIRO, 2004).

É oportuno destacar que, ainda em 1987, no campo da Saúde Mental, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, durante a qual foram debatidos os temas referentes aos direitos, deveres e legislação do doente mental, à reforma sanitária e à reorganização da assistência à Saúde Mental.

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, expressa nos artigos 196 a 200. É oportuno ressaltar que essa Constituição não apenas introduziu um novo modelo para a organização do setor da Saúde, mas também permitiu consolidar décadas de avaliações e debates a respeito do assunto.

Mediante essa nova Constituição, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão e dever do Estado. Essa seção sobre Saúde incorporou, em grande

parte, os conceitos e as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que, na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS (PAIM, 2003).

Em 1990, foram aprovadas a Lei 8.080, que regulamenta o SUS, e a Lei 8.142, que regula a participação da comunidade na gestão do SUS e disciplina a transferência de recursos financeiros intergovernamentais para a área da Saúde. De acordo com o artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde

é 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... e, complementarmente... pela iniciativa privada.

Com relação ao processo de construção do SUS, pode-se dizer que apresentou elevado impacto não somente pela substituição de um modelo que não atendia às necessidades da população, mas também porque foi por meio dele que se deu o início efetivo da participação da sociedade brasileira na determinação de seus destinos vinculados ao Setor da Saúde.

Como princípios doutrinários do SUS, têm-se a universalidade, a equidade e a integralidade. A **universalidade** diz respeito às ações e aos serviços serem acessíveis a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

O princípio da **equidade** é aquele em que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e deve ser atendido e acolhido conforme as suas necessidades, respeitando as diferenças, pois os serviços de saúde devem considerar que, em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, tendo, por isso, problemas específicos. Assim, os serviços de saúde devem trabalhar em cima dessas diferenças, ou seja, o SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares.

A **integralidade** significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurarem atender a todas as suas necessidades. Dessa forma, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas concomitantemente para a prevenção, promoção, cura e reabilitação.



O SUS é organizado segundo as seguintes diretrizes: a hierarquização, a participação popular e a descentralização. A **hierarquização** diz respeito ao acesso da população à rede, que deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que há nos serviços de saúde. Os que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade.

Há, ainda, a **participação popular**, que é a participação dos indivíduos garantida constitucionalmente, através de entidades representativas. Nesse sentido, a população poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. O controle sobre o SUS é exercido pela população através da participação nos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) e nas Conferências de Saúde.

A **descentralização** é uma redistribuição das responsabilidades das ações de serviços entre os vários níveis de governo, garantindo ao SUS estar apto, dentro do limite de sua complexidade, a resolver os problemas de saúde em cada nível de assistência. Deve, também, enfrentar os problemas relacionados ao impacto coletivo sobre a saúde, partindo da idéia de que os serviços de saúde devem se responsabilizar pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência.

Nessa conjuntura, o SUS objetiva prestar assistência às pessoas, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas, que também se estendem para o campo de atenção à Saúde Mental. A política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da lei 10.216/2001, referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e conferências nacionais de saúde (BRASIL, 2007).

Nesse momento, vale ressaltar que, com o processo de implantação do SUS, no cenário brasileiro, intensifica-se o processo de reversão do modelo de assistência hospitalocêntrico, para o comunitário. O modelo hospitalocêntrico enfoca o indivíduo e a cura, enquanto o modelo comunitário, que tem como base a

comunidade, valoriza o coletivo, ou seja, enfoca a pessoa, a família e os grupos sociais, buscando a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Essa transição foi fortemente marcada pelos Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (CAVALHERI, 2002; LUISI, 2006).

Não obstante, é oportuno destacar que o processo de Reforma Psiquiátrica, que surgiu na década de 1970, na política de Saúde Mental brasileira, dentro do movimento sanitarista, tendo como foco a busca pelos direitos humanos, construiu sua história a partir da crítica à medicalização da loucura e ao modelo da psiquiatria biomédica, dentro de um contexto de superação da violência asilar. De acordo com Amarante (1995, p. 91), no Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica é um movimento de cunho político, social e econômico. Sendo assim, pode-se entender essa Reforma como um

processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de Saúde Mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

Esse movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil foi desencadeado a partir das denúncias de violência nos manicômios, levando a uma crise no modelo centrado no hospital psiquiátrico. Assim, surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, com mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde, que proporcionaram uma base importante para a construção de um novo modelo de cuidado no âmbito da Saúde Mental (AMARANTE, 1995). Considerando esse contexto, pode-se dizer que, com o advento da Reforma Psiquiátrica, os serviços de Saúde Mental não-hospitalares tornaram-se uma necessidade, para auxiliar na promoção da saúde.

Vale destacar que a rede de serviços de Saúde Mental, bem como a rede de serviços de saúde como um todo, organizam-se com base na lógica da complexidade tecnológica e de custos. Na rede de serviços de saúde, coexistem serviços de alta e média complexidade e de atenção básica que, respectivamente,

dizem respeito ao nível terciário, secundário e primário. No que se refere ao campo da Saúde Mental, existem, na alta complexidade, os hospitais psiquiátricos, os serviços de urgência e emergência em hospitais gerais; na média complexidade, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), enquanto que, na atenção básica, têm-se as Unidades de Saúde da Família (USF).

Nos serviços de alta e média complexidade, priorizam-se o tratamento e a reabilitação em relação à pessoa em situação de sofrimento psíquico, ou seja, aquela que já padece de algum transtorno mental. A promoção da saúde e a prevenção do adoecimento não são ações estratégicas específicas desses serviços, restando, então, a preocupação com essa temática pelas Unidades de Saúde da Família.

Neste momento, é oportuno assinalar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, inicialmente, tinha o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde do Brasil. Baseado em observações de experiências advindas de outros países como Cuba, China, Inglaterra e Canadá, surge com o intuito de reorganizar o modelo de assistência à saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, tendo a família como núcleo social.

Funcionando de maneira adequada, as unidades básicas do programa são capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde que afetam a comunidade, prestando atendimento de qualidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e, o mais importante, melhorando a qualidade de vida da população.

Nesse íterim, a concepção de saúde passou a não mais comportar um olhar fragmentado do sujeito, sob a ótica da doença, mas também incluiu o social como um determinante a mais nesse processo. As grandes desigualdades sociais existentes no Brasil demonstram um modelo econômico excludente, que compromete o acesso à educação, o lazer, a assistência à saúde e determina o processo saúde-doença da maioria dos brasileiros. Portanto, as políticas públicas

devem desenvolver ações que garantam a saúde, e não centralizem a assistência somente à doença, direcionando o cuidado para diminuir os riscos, erradicar as causas, bem como tratar e recuperar os danos.

Portanto, Almeida et al. (2001, p.15) explicita que “o Estado deve contemplar, de alguma maneira, os interesses do conjunto da população que o compõe”, fazendo uso não só da “coerção”, mas procurando também utilizar-se do “consenso”, para atender às reivindicações e aos valores dos diferentes grupos e estratos sociais.

Uma vez que o Estado deve contemplar esses interesses da população, um dos desafios colocados diante dos gestores é a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, respeitando o indivíduo, na sua complexidade, integralidade bem como na sua inserção sócio-cultural, criando vínculos, humanizando a assistência, buscando a prevenção de agravos e a promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2007).

Outro fato a ser destacado é que, em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, apoiado pela Comissão Intergestores Tripartite, instituiu a Norma Operacional à Saúde (NOAS-SUS), em substituição às Normas Operacionais Básicas (NOBs). A publicação da NOAS-SUS 01/2001 foi instituída pela Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, cujo objetivo principal era “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (CONASEMS, 2006).

Os instrumentos legais que propiciaram a nova organização do sistema de saúde são as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas entre os anos de 1991 e 1996, e, como o próprio nome diz, vêm normatizar as letras da Lei. Elas regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os Municípios, Estados e o Governo Federal. Nesse ensejo, evidencia-se também um Pacto pela Saúde firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Esse documento apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais se ressaltam: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de

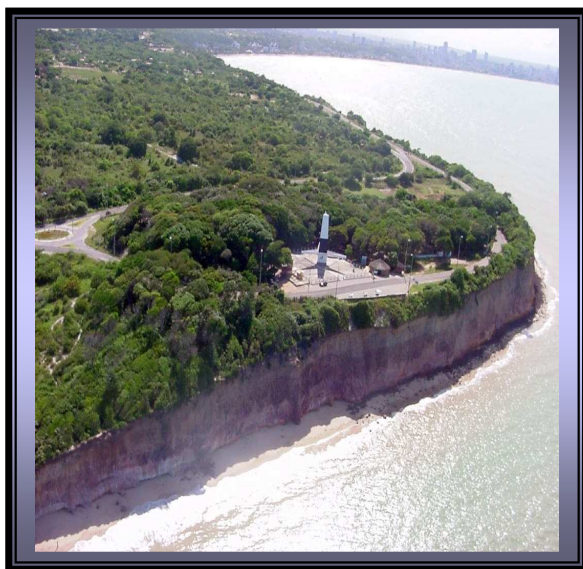
gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, o Município passa a ter “condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidas no nível federal e em vários estados, para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do “modelo assistencial” do SUS que não signifique a mera reprodução do “modelo médico-assistencial privatista”, subordinando o “modelo sanitaria” (TEIXEIRA; PAIM; VILABÔAS, 2002, p.26-27).

As discussões e os debates sobre as questões que envolvem a Saúde Mental no Brasil têm apontado caminhos para a ampliação das diversas formas de atuação, bem como demonstram que é possível para o poder público criar assistência substitutiva, por meio da reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, produzindo assim uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas, dividindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Por fim as ações de Saúde Mental na atenção básica apontam para um novo desenho do cuidado à saúde, através da instrumentalização dos profissionais com ferramentas de cuidado, como a Terapia Comunitária (TC), que possibilita um atendimento integral ao paciente e organiza as ações da Saúde da Atenção Básica.

## 2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM JOÃO PESSOA – PB



**FIGURA 1: Ponta do Seixas**

Fonte: [www.skyscrapercity.com](http://www.skyscrapercity.com) (2008).

### JOÃO PESSOA (ACRÓSTICO)

J.ovem senhora aos 421 anos  
O.stenta com orgulho sua  
bandeira  
A.terceira capital mais antiga  
brasileira  
O.nde o sol nasce primeiro

P.assado de glória  
E. marco na história  
S.ua gente brava e hospitaleira  
S.erve de exemplo ecológico  
O.vacionada a segunda capital  
mais verde do mundo  
A.tlântico mar azul banha suas  
praias...

"Homenagem a minha cidade".  
Autor: Jamaveira (2006)

João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, é conhecida como "a cidade onde o sol nasce primeiro", devido ao fato de, nesse Município, estar localizada a Ponta do Seixas (FIGURA 1), que é o ponto mais oriental das Américas. A cidade também é notável pela exuberante beleza de suas praias e pelo clima tropical, agradável para turistas.

O Município de João Pessoa tem uma área geográfica de 210,80 Km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 674.762 mil habitantes (IBGE, 2008). Está localizado na porção mais oriental da Paraíba, limitando-se, ao norte, com o Município de Cabedelo, pelo Rio Jaguaribe; ao sul, com o Município do Conde, pelo Rio Gramame; a leste, com o Oceano Atlântico; e a Oeste, com os Municípios de Bayeux, pelo Rio Sanhauá, e Santa Rita, pelo Rio Mumbaba.

No campo da economia, suas principais fontes são o comércio e a indústria. Sob esse prisma, consideram-se também como atividades importantes do Município a pesca, a extração de caju e de coco (JOÃO PESSOA, 2006). Em virtude dessas atividades, anualmente, muitos sertanejos, em busca de melhores

condições de vida, aventuram-se, indo para a capital. Isso contribui para a formação diversificada da nossa cultura, bem como para renúncia ou perda das raízes por parte deles. Outro fator a destacar é que muitos dos que se aventuram se depararam com uma dura realidade vivida em todo o cenário nacional: a falta de emprego.

Sabe-se que ninguém vive sem um meio de sobrevivência, pois é necessário colocar comida na mesa todos os dias. Considerando essa realidade, Barreto (2008, p.160-161) assevera: “As portas das fábricas e das empresas raramente aceitam os excluídos, nem os recebem: nunca há vagas. E a razão para isso é simples: eles não possuem qualificação profissional”. E nessa conjuntura, muitas vezes, em atitude de desespero, as pessoas partem para o crime, o que gera a violência. A respeito do assunto, Barreto (2008, p.161) ainda acrescenta: “a fome tem pressa e a barriga não pode esperar. [...] a tensão emocional provocada pela insegurança constante e violência urbana fragilizam a saúde do corpo e da mente”.

Contudo, em busca de melhorar as condições de vida da população, a Prefeitura Municipal de João Pessoa – PB, em seu projeto político, vem procurando priorizar a participação popular e a democratização de espaços públicos de gestão e atenção, inclusive no campo da saúde. Nesse ensejo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que é ligada diretamente à Prefeitura de João Pessoa e tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal, além das ações e dos serviços de saúde oferecidos ao Município, é responsável ainda pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade para o usuário do SUS (JOÃO PESSOA, 2006).

Na gestão (2005-2008), a Secretaria Municipal de Saúde tem como plano estratégico a construção da atenção integral e humanizada, fundamentada na organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde (JOÃO PESSOA, 2006). Nessa perspectiva, no cenário brasileiro, há uma política de humanização da atenção e da gestão do SUS (humanizaSUS), que preconiza uma nova relação entre os usuários e os profissionais de saúde, contribui para que haja um trabalho

mais coletivo, mais acolhedor e ágil e procura respeitar a diversidade, oferecendo um tratamento igualitário a todos, sem distinção de raça, cor, origem, condição social ou orientação sexual. Nesse contexto, faz necessário destacar que

as políticas de Saúde Mental representam uma preocupação séria dos gestores em viabilizar serviços capazes de atender às demandas da população. As ações no campo da Saúde Mental embora mereçam avanço constante na direção de ampliar os serviços de atendimento à população como um todo, têm buscado transformar, substancialmente, essa realidade, no que se refere a oferecer equidade nos serviços de atendimento à Saúde Mental (LUISI, 2006, p.133).

Desse modo, a gestão municipal tenta vencer um desafio em seu projeto político: o de priorizar a participação popular e democratizar os espaços públicos de gestão e atenção. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde vem promovendo movimentos, como oficinas de reflexão, abrindo espaço para o debate com os trabalhadores, os diversos setores e a sociedade civil, objetivando buscar uma construção coletiva do projeto de saúde do Município, levando-se em consideração as necessidades da população e subsidiando as tomadas de decisões.

Vale ressaltar que, de acordo com Campos (2005, p. 11), “há muito que se criticar e muito que se aprender com a tradição da Saúde Pública. Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir”, já que a Saúde é um campo comprometido com a prática, e, para tanto, os achados científicos têm repercussão quase que imediata sobre os modos como se lida com a saúde e com a doença.

Os serviços que produzimos, tais como consultas, assistência, cuidado, aulas, pesquisas e programas, não podem ser caracterizados como mercadoria, pois têm dupla face: de um lado, um valor de uso (capacidade potencial de atender a necessidades sociais) e, de outro, funciona como o papel de controle social. Através desse duplo caráter, explica-se a produção de bens e de serviços em serviços públicos (CAMPOS, 2005).

É oportuno destacar que, ao se observar, historicamente, a formação dos diferentes profissionais de saúde, percebe-se que eles são formados para o atendimento de doenças no estrito contexto biológico. Por essa razão, muitos



deles têm dificuldades em considerar fatores emocionais, culturais e sociais como parte integrante do atendimento do indivíduo. Na gestão (2005-2008), a SMS adotou como plano estratégico a construção da atenção integral e humanizada e a educação permanente em saúde (EPS), com o propósito de viabilizar a transformação, que consiste num movimento de mudança das práticas de saúde, através do comprometimento de gestores, trabalhadores, instituições formadoras, usuários do SUS e movimentos sociais que atuam na identificação de problemas e na cooperação para resolvê-los, visando à integralidade da Atenção e à reestruturação do SUS municipal, inclusive no campo da Saúde Mental.

Nessa conjuntura, o Município de João Pessoa, seguindo as definições atuais do SUS, por meio do Pacto pela Saúde, assume o termo de compromisso de gestão, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e das atribuições inerentes à esfera municipal, na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde. Dentro dessa pactuação, o Município institucionalizou a Terapia Comunitária (TC), como estratégia de organização da Atenção Básica, por ser uma ferramenta que potencializa a transformação de práticas e, portanto, um modelo de saúde pautado na perspectiva do conceito de integralidade e da defesa da vida.

Nessa direção, os gestores municipais de saúde, buscando fortalecer ações que possam garantir o cuidado integral aos portadores de transtornos mentais na atenção básica, iniciam o processo de formação de profissionais da saúde em Terapia Comunitária, como um dispositivo para a promoção da saúde e a prevenção do transtorno mental. A TC é considerada um espaço de escuta, de reflexão e de troca de aprendizagem, de que a comunidade participa ativamente, deslocando o foco do atendimento individual para o coletivo. Para Guimarães et al. (2007, p. 350), a “Terapia Comunitária é uma atividade de prevenção de sofrimento psíquico, que possibilita a partilha de experiências de vida e sabedorias”.

De acordo com Camarotti et al. (2007b), a Terapia Comunitária vem se inserindo na atenção básica, com o objetivo de tecer redes de atenção, cuidado,

prevenção e promoção de saúde e de viabilizar atendimento e encaminhamentos aos centros especializados das situações graves de transtornos psíquicos, estimulando o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica em Saúde Mental. Para tanto, vem dando espaço às equipes de Saúde da Família para utilizarem esse recurso como ferramenta em suas ações preventivas.

A TC está sendo realizada em diversas Unidades de Saúde da Família do Município de João Pessoa. Isso pode ser evidenciado através dos dados fornecidos pela Diretoria de Atenção à Saúde – DAS - (2008) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Esses dados revelam que existe cerca de 76 rodas de Terapia Comunitária acontecendo em Unidades de Saúde da Família, em Associações de bairro, Hospitais e nos CAPS. Vale salientar, ainda, que cerca de 45.000 pessoas já passaram por essas rodas, e os principais temas abordados têm sido depressão, violência, insônia, medo e alcoolismo, comprovando que as necessidades da população vão além da questão meramente biológica.

É oportuno destacar que uma das medidas que estão sendo tomadas para disseminação dessa estratégia é a realização de cursos de formação de terapeutas comunitários. A Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação técnica com o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana (IBDPH) e com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, promoveu, em 2007, o I Curso de Formação em Terapia Comunitária. Nessa primeira turma, participaram 65 profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de João Pessoa, sendo realizada, ainda, concomitantemente, outra turma, com profissionais da Estratégia Saúde da Família de Municípios circunvizinhos, a saber: Pedras de Fogo, Conde e São Bento, todos pertencentes ao Estado da Paraíba.

Em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa ainda vem promovendo Cursos de Formação em Terapia Comunitária, com o intuito de ampliar, para toda a rede básica esse benefício. Nesse ensejo, por meio de recursos financeiros do Projeto de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde, ocorreu um novo curso de formação em Terapia Comunitária, dando

prosseguimento a esse processo com mais uma turma envolvendo sessenta e cinco profissionais da ESF do Município de João Pessoa – PB.

Convém enfatizar que os Pólos Formadores de terapeutas comunitários, de acordo com Luisi (2006, p.116), são “unidades que oferecem formação em TC, segundo critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), através de seu Conselho Deliberativo Científico (CDC)”.

Ressalta-se que, simultaneamente, no cenário nacional, ainda em 2008, o Ministério da Saúde, percebendo a importância dessa ferramenta de cuidado, por meio da Secretaria de Atenção Básica, libera recursos para o desenvolvimento de um projeto relacionado ao processo de formação dos terapeutas comunitários envolvendo 100 Municípios, permitindo a nomeação de 15 Pólos, em distintos locais do país. Destarte, representando o Estado da Paraíba, o Pólo formador Movimento Integrado em Saúde Comunitária (MISC – PB) faz parte desse projeto, com a responsabilidade de formar mais uma turma de profissionais da equipe de Saúde da Família. Desse modo, com o processo de expansão da estratégia, essa turma contempla profissionais de seis Municípios do sertão paraibano, percebendo-se, assim, que o campo de ação está sendo ampliado, com a abertura de uma segunda turma, com setenta profissionais da ESF de seis Municípios do sertão paraibano, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Federal da Paraíba.

Com esses cursos de formação, espera-se ampliar o número de profissionais capacitados na rede pública de saúde para atender às necessidades da população, não só no campo da Saúde Mental, mas na saúde como um todo.

Diante do exposto, evidencia-se que, por meio de suas ações, a Secretaria Municipal de Saúde busca constituir práticas de proximidade, de vínculo, de acolhimento e de responsabilização com o usuário do SUS de João Pessoa, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida.

### 2.3 TERAPIA COMUNITÁRIA: origem e interface com a Saúde Mental

A Terapia Comunitária (TC) foi criada, em 1986, pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto (FIGURA 2), na favela do Pirambu, em Fortaleza – Ceará. Esse Professor nasceu em Canindé - CE, é docente do curso de graduação e pós-graduação do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC, na cidade de Fortaleza – CE, e tem formação em Medicina (Psiquiatra), Teologia, Filosofia e Antropologia (BARRETO, 2008).

O Dr. Adalberto já publicou inúmeras obras, dentre elas, destacam-se “Terapia Comunitária: passo a passo” e “O índio que vive em mim”, nas quais deixa transparecer um homem sensível ao sofrimento do povo, de notável inteligência e cultura, mas que não perdeu ou renegou suas raízes culturais.



**FIGURA 2:** Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto

Fonte: <http://www.4varas.com.br>

De acordo com Barreto (2008, p. 35), “Terapia (do grego: therapeia) significa acolher, ser caloroso, servir, atender”. A palavra “comunidade” quer dizer conjunto de indivíduos que vivem em comum ou têm algo em comum. A TC reúne

peças com problemas afins, como, por exemplo, preocupações, sofrimentos vivenciados no cotidiano e, por isso, procuram soluções para a superação dessas dificuldades.

O vocábulo cotidiano significa aquilo que é habitual ao ser humano, o que está presente na vivência do dia-a-dia, como os gestos, a linguagem, ou mesmo as ações compreendidas como triviais que, para Nascimento (1995), podem vir a ser julgados sem valor, entretanto, são influenciados e influenciam a cultura da família, da vizinhança e da comunidade e, muitas vezes, encontram-se presentes nos processos de cura e de adoecimento porque, no cotidiano, a vida das pessoas é marcada por problemas e sofrimentos que acarretam danos à sua saúde física e mental.

Sendo assim, a Terapia Comunitária é uma tecnologia de cuidado, que aquece e fortalece as relações humanas, na construção de redes de apoio social. Dividir os problemas ajuda a multiplicar esperanças, por isso, para quem participa das rodas de Terapia Comunitária, a solidariedade é a principal ferramenta de busca da felicidade, pois, por meio da mobilização coletiva, propõe-se a valorização do potencial individual, contribuindo para a construção da cidadania. Então, a TC é um instrumento de transformação, uma vez que cada participante reorganiza seu discurso e ressignifica seu sofrimento, dando origem a uma nova leitura dos elementos que o faziam sofrer (BARRETO, 2008).

Pode-se, pois, afirmar que a Terapia Comunitária é um espaço de acolhimento, onde se partilham experiências de vida e sabedorias de maneira circular e horizontal, pois, de acordo com Barreto (2008), na TC não existe a diferença provocada pela verticalidade de uma instituição terapêutica entre pacientes e terapeutas, mas sim, uma horizontalidade. Isso significa que cada participante se torna terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que são relatadas. Eles passam a ser co-responsáveis pela superação dos desafios e despertam para a solidariedade e a partilha. Dessa maneira, o poder fica diluído e circulante, proporcionando maior humanização das relações.

Essa forma horizontal e circular também pode ser observada no símbolo da TC - uma teia de aranha. A teia representa a fonte de vida da aranha, o seu

vínculo vital. E simboliza não só a união, mas também algo que é essencial, assim como essa estratégia o é para a comunidade (PROJETO 4 VARAS, 2008). Nas rodas de Terapia Comunitária, as pessoas ficam dispostas em um formato de círculo (uma roda), com o intuito de possibilitar a visualização e a integração dos participantes entre si, como ilustra a figura 3 abaixo:



**FIGURA 3:** Cartão criado por um menino do Projeto 4 Varas ilustrando a TC.

Fonte: <http://www.4varas.com.br/atelier.htm>, 2007.

A Terapia Comunitária pode ser realizada em qualquer espaço comunitário, como igrejas, associações, escolas, unidades de saúde da família, hospitais, entre outros. Para conduzir as rodas de TC, o terapeuta comunitário segue cinco fases, quais sejam: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento (BARRETO, 2008).

O acolhimento é dirigido pelo co-terapeuta, que é responsável por acomodar os participantes, dar-lhes as boas vindas e deixá-los à vontade. É comum celebrar a vida cantando e, caso haja alguém fazendo aniversário na semana ou no mês, esse momento é compartilhado e comemorado. Logo depois, são apresentados os objetivos da Terapia Comunitária e as regras para o seu desenvolvimento, que consistem em fazer silêncio, falar sobre a própria experiência, respeitar a história de cada pessoa, não dar conselhos e não julgar.

A fase da escolha do tema é realizada pelo terapeuta comunitário, que incentiva o grupo a falar sobre o que o está fazendo sofrer, utilizando estímulos,

como o provérbio “Quem guarda, azeda; quando azeda, estoura; e quando estoura, fede”. Vale ressaltar que a escolha do tema ocorre por votação entre os membros do grupo. Posteriormente, vem o momento da contextualização do tema, quando o participante tem a oportunidade de falar acerca da sua preocupação. Em seguida, tem-se a etapa da problematização, em que o terapeuta comunitário faz uma pergunta-chave, à qual dá o nome de *mote*, para permitir a reflexão do grupo. Em sua percepção sobre essa etapa, Ricarte (2005, p.36) comenta que, nesse momento, “quem, pensava estar isolado em sua angústia percebe que muita gente também já passou pela mesma dificuldade”.

Por fim, quando o terapeuta entende que a problematização atingiu seu objetivo, realiza o encerramento, que se dá com rituais de agregação e conotação positiva, com os participantes unidos, de mãos dadas, em uma relação de apoio e de solidariedade, simbolizando a teia.

Para desenvolver tais fases, segundo Barreto (2008), a Terapia Comunitária tem construído sua identidade, tomando por base cinco fundamentos teóricos: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a antropologia cultural e a resiliência.

O pensamento sistêmico foi desenvolvido no final da década de 1930 pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, através da Teoria Geral dos Sistemas, buscando compreender a interrelação existente entre as partes e o todo (BARRETO, 2008).

De acordo com Barreto (2008), o pensamento sistêmico diz que as crises e os problemas podem ser entendidos e resolvidos quando os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, com ramificações, que interligam as pessoas num todo, envolvendo a biologia (corpo), a psicologia (mente e emoções) e a sociedade (contexto cultural). Esses aspectos estão interligados de tal modo que cada parte influencia e interfere na outra. A abordagem sistêmica, por seu turno, possibilita entender a pessoa na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, colaborando para a compreensão e a transformação do indivíduo.

É importante registrar que, tendo consciência da globalidade, aborda-se e situa-se um problema sem perder de vista as várias partes do conjunto. Por isso

se faz necessário observar o contexto, ou seja, as “circunstâncias que estão interligadas e dão sentido ao funcionamento do sistema” no qual o indivíduo se insere (BARRETO, 2008). Igualmente, para se compreender como funciona a sociedade e para entender o comportamento das pessoas e dos grupos sociais, é preciso compreender o sistema como um todo.

Ao se referir à Teoria da Comunicação, Barreto (2008) destaca que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade, pois é por meio da comunicação que se estabelecem os contatos entre as pessoas e, consecutivamente, os vínculos. É também por meio dessa troca de experiências que o grupo dita o caminho da cura. Na Terapia Comunitária, a palavra é o remédio para quem fala e para quem ouve. A partir do relato das histórias de vida, cada participante dá suporte ao que sofre. A pessoa que foi ajudada sente-se melhor, passa a vislumbrar uma solução para seus problemas, e a que ajudou se sente valorizada por poder contribuir. É assim que se inicia uma teia de relações sociais.

Nas rodas de TC, estimula-se a fala das pessoas sobre seus problemas, suas inquietações, as perturbações cotidianas. Essas são estratégias que as auxiliam a expressar algo que não foi dito, buscando uma compreensão dos sinais ou sintomas, uma vez que grande parte do sofrimento humano decorre da má comunicação ou da falta dela. Assim, em resposta ao estresse, ao sofrimento, o corpo apresenta sinais e sintomas.

É sabido que a queixa, o sofrimento e o sintoma são formas de comunicação. Partindo desse entendimento, a Terapia Comunitária utiliza o ditado popular “Quando a boca cala, os órgãos falam, quando a boca fala, os órgãos saram” (BARRETO, 2008; GUIMARÃES, 2006; HOLANDA, 2006), por entender que esses sintomas são expressões do corpo, de uma dor subjetiva, de algo inconsciente que precisa ser verbalizado. O corpo é a tela onde se projetam as emoções, como entende Cairo (1999, p.26). Em relação às emoções negativas, a autora afirma que elas são projetadas em forma de doenças, e essas somatizações ocorrerão a curto ou a longo prazo. A infelicidade, o desgosto, a



raiva, a mágoa e os ressentimentos são sentimentos que, quando guardados por muito tempo, vão originar as doenças mais graves.

A comunicação também é essencial ao ensino. Na pedagogia de Freire (2000), o ato de ensinar consiste no exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, em que a informação é compartilhada, e a educação tem mão dupla - quem ensina aprende. E o aprender coletivamente gera uma dinâmica de inclusão e de empoderamento. Para Libâneo (2005, p.34), “o diálogo engaja, ativamente, ambos os sujeitos do ato de conhecer: educador-educando e educando-educador”.

Freire (2000) também ressalta que, para haver uma aprendizagem efetiva, é preciso que o educador - na TC será o terapeuta comunitário - faça associações entre a teoria e a realidade (familiar, comunitária, escolar etc.), revelando que é preciso haver um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelo educando, nos seus diversos contextos, uma vez que isso facilita a apreensão dos novos saberes por parte do educando, que reconhece a informação, expressa-a e correlaciona-a com a sua vivência.

Complementando o que foi dito, Campos (2005, p.35) afirma:

A educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

É assim que os indivíduos se tornam sujeitos da história, descobrindo novos conhecimentos e novas formas de intervir na realidade, e não são meros objetos, como afirma Barreto (2008). Sendo assim, com a educação centrada no sujeito, haverá a humanização do processo educativo, maior assimilação de conhecimentos e a transformação das relações sociais.

Para Freire (2000), o educador deve ter o seguinte perfil: respeito aos saberes do educando, bom senso, humildade, tolerância, disponibilidade para o diálogo, saber escutar e querer bem aos educandos, dentre outros. Barreto (2008, p. 280) afirma que esse perfil “aproxima a função do educador da função do terapeuta comunitário e convida ambos a um contínuo fazer e refazer, agir e refletir”. Refere, ainda, que a função do terapeuta comunitário é de suscitar a

capacidade terapêutica do próprio grupo. Então, não precisa ser um especialista, pode ser uma pessoa da própria comunidade, um profissional de saúde, da educação ou de outros campos do saber. Sua atuação deve estar voltada para o crescimento humano e coletivo, estimulando os laços afetivos entre as pessoas, a fim de provocar-lhes a vontade de sempre construir vínculos ou relações que confirmem segurança e pertença, pois a riqueza do grupo não está fora, mas dentro dele mesmo. Sendo assim, a Terapia Comunitária é um espaço que possibilita ao terapeuta comunitário crescer com o grupo e fomentar a descoberta dos recursos individuais e comunitários.

O vínculo é um laço, uma relação, uma forte ligação. É, ainda, tudo aquilo que liga os homens entre si e suas crenças, seus valores; é, enfim, a cultura que lhe confere identidade, inclusão e sentido de pertença. Barreto (2008) identifica três tipos de vínculo: os saudáveis, os fracos e os de risco. Os saudáveis são aqueles que nos ligam aos outros de maneira positiva e reforçam o sentimento de pertença no grupo. Os frágeis são aqueles que nos deixam desconfortáveis, e os de risco são os que deterioram a nossa qualidade de vida, que nos separam uns dos outros, como a intriga e a ausência de diálogo. A Terapia Comunitária possibilita o fortalecimento dos vínculos saudáveis entre o indivíduo, o grupo de TC, a família, os amigos, a comunidade e os profissionais de saúde, permitindo a construção de uma potente teia de relacionamentos que favorecem a transformação social.

De acordo com Barreto (2008), para que haja a transformação social, é necessário considerar o conhecimento científico e o saber popular. O “saber científico” e o “saber popular” são formas de saber que admitem uma perspectiva complementar, sem que seja necessário romper com a tradição ou negar as contribuições da ciência moderna. No saber popular, tem-se a influência da cultura.

A cultura é “uma rede de símbolos e significados elaborados pelos seres humanos, abrangendo estruturas e significados pelos quais os indivíduos dão forma às suas experiências” (DIAS, 2002, p. 192). Nessa perspectiva, sob o ponto de vista da antropologia cultural, entende-se que esses significados que os

indivíduos atribuem a seu comportamento são relevantes para a vida cotidiana, para seus desafios, suas alegrias, hábitos, valores e crenças, uma vez que, especificamente, os valores e as crenças são fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo, contribuindo para a diversidade cultural, pois, através dela, amplia-se a visão de mundo e abrem-se caminhos para o respeito às diferenças (alteridade), fazendo o indivíduo enxergar além daquilo que vivencia habitualmente e valorizar novas experiências, novos conhecimentos. Sob esse prisma, Laplantine (1995, p.21) alerta em seus estudos que “presos a uma única cultura, somos não apenas cegos à dos outros, mas míopes quando se trata da nossa”.

Seguindo esse pensamento, Barreto (2008, p.53) destaca que, na TC, o bom terapeuta comunitário é aquele que consegue lidar com a diferença, pois a riqueza está nela, uma vez que “cada um é rico naquilo que o outro é pobre”.

Portanto é importante reconhecer, respeitar e entender a multiplicidade, a diversidade e conviver com pessoas e culturas diferentes. Isso possibilita ao indivíduo não só agregar novos valores e saberes (técnicos e populares), mas também construir sua cidadania.

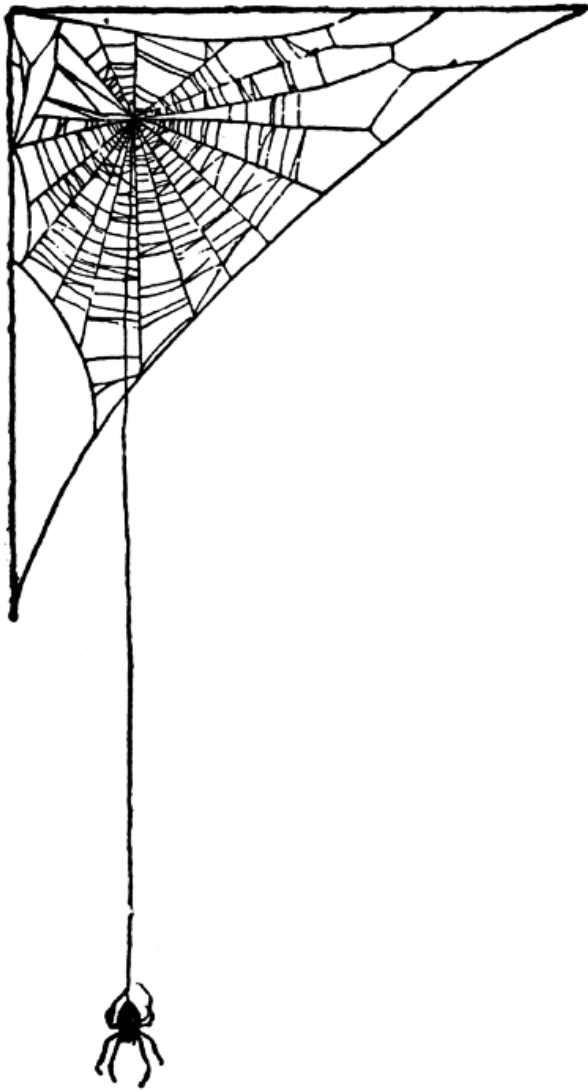
Como último fundamento da TC a comentar, tem-se a resiliência, termo que significa a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades de superarem as dificuldades contextuais. De acordo com Wlash (2005, p.4), a resiliência é “um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise”. Barreto (2008, p.128) concebe as crises como “transtornos e desorganizações que acontecem em determinados períodos da vida de pessoas, famílias, grupos sociais, instituições e da sociedade”. É importante destacar que a crise pode ser uma oportunidade de aprendizado, bem como crescimento pessoal, familiar e comunitário, visto que algumas situações de sofrimento podem possibilitar o desenvolvimento das relações com outras pessoas, favorecendo a recuperação e o fortalecimento de cada indivíduo.

Portanto, a TC é um espaço de promoção da resiliência, tendo em vista que, com a partilha de experiências de vida, os indivíduos reforçam a auto-estima (opinião que cada um tem de si) e fortalecem os vínculos. E nutrir a auto-estima é

importante, visto que, de acordo com Barreto (2007), as síndromes relativas ao abandono, à insegurança e à baixa auto-estima constituem um quadro preocupante em escala nacional, porquanto tais sentimentos são estímulos para a violência e a divisão no seio de uma sociedade, pelos medos e as ações irracionais que podem ocasionar.

De acordo com as observações de Ricarte (2005, p.34), a Terapia Comunitária “permite à comunidade buscar nela mesma as soluções para problemas que, isoladamente, a pessoa, sua família e o poder público não foram capazes de sanar”.

Então, considerando que as várias experiências em Saúde Mental desenvolvidas na organização dos serviços, em conjunto com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, apontam para a necessidade de construção de novas práticas e a viabilidade da implantação de uma rede integrada de serviços, a TC é, certamente, uma ferramenta de cuidado que se faz necessária no campo da Saúde Mental, na medida em que proporciona um espaço de escuta, promove o acolhimento, valoriza a experiência pessoal, reconhece a competência dos indivíduos, encoraja e estimula a capacidade de aprendizado das pessoas, favorece a reintegração social por meio da interação entre o indivíduo e seu ambiente, reforça a auto-estima e fortalece os vínculos, contribuindo, portanto, para a promoção da saúde, a prevenção de transtornos mentais e a melhora da qualidade de vida do indivíduo, o que vai refletir na comunidade.



*3 TRAJETÓRIA  
METODOLÓGICA*

### 3.1 CONHECENDO O MÉTODO – HISTÓRIA ORAL

Para estudar a implantação da Terapia Comunitária como organizadora das práticas de saúde na atenção básica, optou-se pela abordagem qualitativa. Para valorizar esse universo, escolheu-se como caminho metodológico a História Oral.

De acordo com os estudos de Bom Meihy e de Holanda (2007, p.18), a História Oral é “uma prática de apreensão de narrativas, feita através do uso de meios eletrônicos e destinada a: recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato”. Para Ichikawa e Santos (2006, p.182), é a “história do tempo presente, pois implica a percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, e cujo processo histórico não está acabado”.

Segundo Bom Meihy (2005), dependendo do conteúdo, a História Oral pode ser classificada em: **História Oral de Vida**, **Tradição Oral** e **História Oral Temática** (grifo nosso).

Este estudo ancorou-se na História Oral Temática, porque ela se compromete com o esclarecimento ou a opinião do entrevistador sobre algum evento definido, buscando a verdade de quem presenciou um acontecimento ou tenha dele alguma versão que seja discutível.

### 3.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E COLABORADORES

A pesquisa foi realizada nos locais de trabalho dos colaboradores, que são trabalhadores da saúde ligados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa – PB/ Distritos Sanitários, no período de 25 de março a 12 de agosto de 2008.

Foram colaboradores da pesquisa as pessoas que aceitaram participar do estudo, conforme disposto no termo de consentimento livre e esclarecido

(Apêndice B) e na carta de cessão (Apêndice C), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No método da História Oral, a seleção dos colaboradores depende da formação de uma colônia, ou seja, uma coletividade que tem objetivos em comum. A partir da identificação dessa colônia, forma-se uma rede, que corresponde a uma subdivisão da colônia. Para Bom Meihy (2005, p.177), a colônia “é sempre o grupo amplo, da qual a rede é a espécie ou parte menor”, ou seja, a rede é uma subdivisão da colônia, que visa estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado ou não.

A escolha dos colaboradores foi feita com base nas relações estabelecidas na colônia, que foi formada por todos os profissionais ligados ao Projeto de Terapia Comunitária, no Município de João Pessoa – PB, e a rede foi constituída por onze colaboradores, que detiveram as informações necessárias ao atendimento dos objetivos deste estudo.

Quanto ao número de onze participantes da investigação, considera-se relevante, pois, nessa modalidade de investigação, o importante não é o quantitativo de participantes inseridos no estudo, mas a qualidade com que o fenômeno ocorre (COSTA; VALLE, 2000).

Para considerar a entrevista como sendo a de ponto zero, deve-se identificar um colaborador que tenha mais conhecimento sobre a temática. No âmbito desta pesquisa, foi considerado ponto zero a entrevista da colaboradora Ana Vigarani, porque serviu de guia, orientando o andamento das demais entrevistas (DIAS, 2006).

### 3.3 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Com base na História Oral, a técnica de coleta de material foi realizada através de entrevista, com a utilização de um gravador. Whitaker e Veloso (2005, p.25) afirmam que “as fontes orais demonstram que, em um momento coletivo, as

pessoas que estão presentes trazem consigo expectativas, razões, estados de ânimo diversos”.

Na descrição de Ichikawa e de Santos (2006, p.193), há três elementos que constituem a condição mínima da História Oral, a saber: “o entrevistador (que pode ser mais de um), o entrevistado (que podem ser vários) e a aparelhagem de gravação”.

O processo de entrevista, segundo as proposições de Bom Meihy (2005), compõe-se de três etapas: a **pré-entrevista**, a **entrevista** propriamente dita e a **pós-entrevista**. Essas etapas foram realizadas no período de março a julho de 2008.

A **pré-entrevista**, como refere Bom Meihy (2005), corresponde ao momento em que se estabelece o primeiro contato com os colaboradores, para que tomem conhecimento do projeto, dos seus objetivos e do tipo de técnica utilizada para a construção do material empírico. Nesse processo, procurou-se criar um clima de acolhimento e de solidariedade entre a pesquisadora e os colaboradores.

### 3.4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO

Neste estudo, as entrevistas foram agendadas, de acordo com a disponibilidade dos colaboradores, de quem foi solicitada autorização para o uso do gravador e o seu comparecimento ao local no horário combinado (BOM MEIHY, 2005). Cada um deles foi informado sobre os objetivos do estudo, suas etapas e sobre a importância de sua participação, conforme disposto na Carta de Cessão (Apêndice C) e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Todos os colaboradores assinaram esses documentos em duas vias, permitindo a publicação das informações e a utilização do nome civil. Assim, a primeira entrevistada foi Ana Vigarani. Na realização da entrevista, procurou-se criar um clima de aconchego, tranquilidade e confiança capaz de deixá-la à



vontade para contar a sua história. Bom Meihy (2005) afirma que todos os projetos de História Oral necessitam ser guiados por perguntas de corte, definidas como questões que perpassam todas as entrevistas e que devem se relacionar com a comunidade de destino, marcando a identidade do grupo analisado. As perguntas de corte que guiam este estudo foram as seguintes:

1. Conte como vem se dando a implantação da Terapia Comunitária no Município de João Pessoa – PB.
2. Qual é a importância da Terapia Comunitária no Projeto Político de reorganização dos serviços de saúde da atenção básica no Município de João Pessoa - PB?
3. Quais os desafios encontrados no processo de implantação e de operacionalização da TC, para a inserção de novos saberes, visando à transformação de práticas no cotidiano do SUS?

A **pós-entrevista**, segundo Bom Meihy (2005), segue a realização da entrevista. Nessa etapa, foi comunicado aos colaboradores o andamento do trabalho e explicado como se deu o processo de construção do documento, como também agendados os demais encontros para a conferência do material.

Após a coleta do material, transformou-se todo o relato das entrevistas em texto. Bom Meihy (2005) indica três fases para a análise do material e para a construção do texto: a transcrição, a textualização e a transcrição.

No método da História Oral, após a realização da entrevista, o depoimento oral foi submetido à fase de transcrição. Nesse momento, transcreveu-se o material na íntegra, com todos os detalhes contidos na entrevista. Na moderna História Oral, destina-se a dar visibilidade ao caso tematizado ou à história narrada.

Na textualização, fase que segue a transcrição do material empírico, foram suprimidas as perguntas de corte, e o texto passou a ter um caráter narrativo. Nessa fase, iniciou-se a identificação do tom vital da entrevista, ou seja, o tema que tem maior força expressiva no relato do colaborador, que é adotado como

epígrafe em cada narrativa. Portanto, o tom vital norteou a análise do material empírico produzido fundamentado na literatura pertinente.

A transcrição é a fase em que se permite a interferência do pesquisador no texto, na perspectiva de transcriar o material textualizado, em sua versão final, o qual se compromete com a elaboração de um texto recriado em sua plenitude, ordenando-se os depoimentos em parágrafos, retirando ou acrescentando palavras ou frases, de acordo com as observações e as anotações realizadas no caderno de campo. Para reproduzir o clima das sensações que compõem o texto, foram empregados elementos de pontuação.

Ao final das três fases, o material foi encaminhado aos colaboradores do projeto para que procedessem à conferência – que foi realizada no local de trabalho de cada um deles - aplicando-se o princípio da flexibilização para as negociações quanto a cortes e correções no texto. Esse processo contribuiu para conhecê-los melhor, dirimir dúvidas e fortalecer o vínculo de amizade estabelecido.

Convém que se registre que nenhum colaborador sugeriu a retirada de algum trecho da sua entrevista. No entanto, dois deles solicitaram que fossem acrescentadas algumas informações para complementar a leitura, sendo, pois, prontamente atendidos. No geral, fizeram-se apenas correções quanto às palavras que não foram compreendidas durante a transcrição.

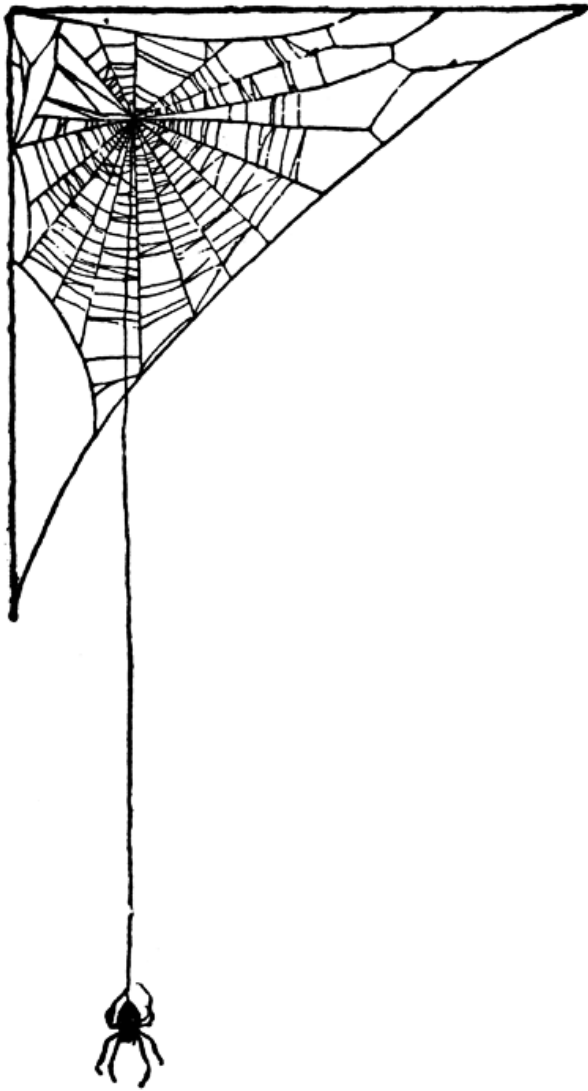
O material empírico foi construído com base na entrevista com a utilização do gravador e dos registros no caderno de campo, no qual, segundo Bom Meihy (2005), registram-se as observações sobre o andamento do projeto, das entrevistas específicas e as impressões do pesquisador ao longo do processo, tornando-se um referencial para a finalização do trabalho.

A análise do material empírico baseou-se nos pressupostos adotados por Bom Meihy (2005). Em seguida, construíram-se os eixos temáticos, com base no tom vital das entrevistas, os quais guiaram o processo de discussão dialogada com a literatura pertinente.

O arquivamento das entrevistas deste estudo foi feito em CD's, sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em respeito à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Após sua aprovação pelo CEP/ CCS/ UFPB, sob o número 0095, no dia 02/03/2008 (Anexo A), iniciou-se a coleta de dados, observando-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.



*4 TECENDO OS FIOS DA HISTÓRIA:  
AS NARRATIVAS DOS  
COLABORADORES*



É uma catarinense alegre e disposta, sempre a mostrar um grande sorriso. Atualmente, se encontra na assessoria da Diretoria de Atenção à Saúde - DAS - do município de João Pessoa – PB, como responsável pelo trabalho de implantação da Terapia Comunitária. Participa da formação dos terapeutas comunitários e os acompanha sempre com o seu jeito calmo e sereno de enfrentar e resolver os desafios que surgem.

Muito gentilmente, ela narrou sua história, apresentada a seguir.

*[...] a semente está lançada, e toda semente é esperança de um dia colher frutos. [...] o processo já foi iniciado e ele está acontecendo[...]*

*Sou Ana Vigarani. Trabalhei no Ceará, na Diocese de Crateús, antes de vir para Paraíba.*

*Através da CNBB, que é a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, implantou-se o trabalho da Pastoral da Criança. Inicialmente esse trabalho consistia em realizar a pesagem, a celebração da palavra, entregar a multimistura. Mas, aos poucos, foi se percebendo que também era importante dar a essas mães um pouco mais de acompanhamento porque os problemas das crianças não se resolviam apenas com uma multimistura e com pesagem, essa desnutrição tinha que ser vista dentro de um contexto familiar.*

*O Professor Adalberto, mais ou menos em 1995, 96, começou com a implantação da chamada Terapia Comunitária (TC). Estabeleceu-se um convênio entre a Universidade*

Federal do Ceará com a CNBB, que tinha como representante, na pastoral da criança, a Doutora Zilda Arns, que era irmã de Dom Paulo Evaristo.

Meu primeiro contato com o Professor Adalberto foi através deste convênio, quando ele começou a implantar a TC e a fazer os primeiros treinamentos de líderes da Pastoral da Criança em TC.

Como eu também trabalhava com a Pastoral da Criança, fui chamada para fazer este treinamento. Éramos 50 ou 60 pessoas. Entre nós tinham outras pessoas, como eu, que não eram líderes da Pastoral, mas davam um acompanhamento, uma assessoria à Pastoral da Criança.

Esses líderes eram pessoas simples da comunidade, alguns tinham apenas o primeiro grau, outros dominavam a escrita e a leitura, mas nem tinham o primeiro grau completo, também tinham algumas Psicólogas, algumas pessoas com mais estudos que davam essa contribuição. Então comecei a dar uma pequena assessoria a essas lideranças em nível de Diocese, implantando a TC, realizando encontros mensalmente, fazendo aprofundamentos e reflexões.

O curso era uma extensão universitária de 360 horas, que tinha uma parte teórica e uma parte prática. Ele durou seis meses, foi de julho a dezembro e era feito em módulos. Íamos para Morro Branco, nos fins de semana, de quinta a domingo. Lá, bem no início, tinha ocas muito pobres, e todos dormiam em colchão, não tinha a estrutura que tem hoje.

A partir desse treinamento, comecei a fazer um trabalho de acompanhamento às mães e aos familiares, realizando as Terapias Comunitárias nos bairros em Crateús, principalmente em grupos e num assentamento urbano, que foi muito bom.

Também realizei a TC para pessoas que eu acompanhava no “Centro Vida” que tinha lá na cidade. As pessoas que participavam se apresentavam com problemas de stress, depressão, nervosismos e muitos deles foram melhorando através da TC, que serviu como instrumento de vida e equilíbrio pessoal.

Ainda em Fortaleza, em 1998, fiz o primeiro curso “Cuidando do Cuidador”, só que naquela época não se chamava assim, se chamava o “Resgate da Auto-estima e Unidade do Ser”, tinha praticamente o mesmo conteúdo, porém com outro nome.

No início de 1999, vim para a Paraíba. E ao chegar, fui identificando que aqui também tinha o trabalho com a Pastoral da Criança. A Coordenadora Estadual da Pastoral era a Aldenora, que me convidou para ajudar a implantar os treinamentos de TC – Saúde Mental na Pastoral da Criança.

*Quando cheguei à Paraíba, o primeiro trabalho que fiz não foi diretamente com a TC, e sim, uma visita a todas as equipes nas cinco Dioceses da Paraíba, para trabalhar com as coordenadoras paroquiais e diocesanas. Esse trabalho da auto-estima foi um trabalho que reanimou muito a Pastoral, deu muita garra, alegria, muita vontade de trabalhar. Quem trabalhava comigo nessa época era Ricardo, um dos terapeutas que era massoterapeuta (massagista). Nós coordenávamos a Saúde Mental comunitária.*

*Então, depois que Adalberto já conhecia nosso compromisso e talento, nos autorizou a sermos multiplicadores da TC. Penso que isso foi mais ou menos em 2001, quando começamos a implantar, a fazer o primeiro treinamento de TC na Paraíba.*

*O que é estranho é que não encontramos nos arquivos da Arquidiocese registros dos treinamentos, sei que foi mais ou menos em 2001 a 2003 que começamos esses treinamentos. Foram treinados uns 30 terapeutas comunitários e uns 30 massoterapeutas, porque percebíamos a importância da massagem tanto para as crianças como para as mães. Enquanto trabalhávamos a pesagem, era feita a massagem com as crianças, além da orientação para as mães para que elas fizessem nas suas crianças a fim de tirar o stress, os conflitos, ou seja, um instrumento completava muito o outro. Foi um trabalho muito interessante, que fizemos durante uns três anos juntando as duas coisas.*

*Fazia parte do treinamento três módulos teóricos que eram realizados de quarta a domingo. Esses treinamentos eram acompanhados também com a intervisão, só que, naquela época, chamava-se supervisão, então todos os meses, durante uma manhã ou uma tarde, nos encontrávamos para uma parte teórica através dos textos e uma parte prática fazendo uma TC.*

*O importante era que, naquela época, todos os massagistas recebiam os mesmos conteúdos teóricos dos terapeutas comunitários e os terapeutas recebiam os mesmos conteúdos teóricos dos massagistas, só que, depois, separávamos para a parte prática, então quem era terapeuta comunitário ia fazer a terapia, quem era massagista ia treinar a massagem. Foi uma experiência muito interessante, pois os conteúdos eram dados em comum.*

*Na Pastoral da Criança, houve uma crise entre a instituição CNBB e a Universidade do Ceará, à qual Adalberto pertencia. Aí foi cortado totalmente a TC da Pastoral da Criança, lamentavelmente, uma perda muito grande.*

*Saí da Pastoral da Criança, porque meu trabalho era específico da Saúde Mental, não era para pesagem. Eu treinava os líderes, dava os cursinhos do manual novo, mas*

*meu trabalho era especialmente a TC, e como foi cortada... Até hoje, não tenho muita clareza quanto aos motivos, eles não estão muito claros, mas se sabe que eram na área financeira. Também porque começou a criar muita consciência entre as lideranças e acho que a pastoral não tinha muito interesse para formar a consciência. Na minha concepção, posso estar enganada, tinha mais interesse no trabalho rotineiro: de pesar a criança, de ver quem estava desnutrida, fazer a multimistura, trazer as mães para fazer ou então arranjavam a multimistura e a davam de presente, de fazer as celebrações da palavra, algo que não levava a nenhuma mudança, ou seja, era um trabalho mais assistencialista do que preventivo, participativo, enquanto que a TC ela leva a criar redes, vínculos, a questionar e este era o nosso trabalho. Mas este trabalho começou a incomodar as coordenadoras, de modo especial, a daqui, de João Pessoa, e a Estadual.*

*Nessa época, também tinha uma Psiquiatra, a Ieda, que era coordenadora de Saúde Mental; ela trabalhava na Secretaria de Saúde do Estado e oferecia para as equipes reciclagens, com o intuito de ressituar a Saúde Mental na Atenção Básica. Esses encontros ocorreram em 2003 e eram realizados por uma equipe composta de vários profissionais (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiras...) entre eles, estava a Maria Filha. Aí nos conhecemos porque fui convidada para trabalhar o resgate da auto-estima junto a estes profissionais. Percebi então que Maria Filha tinha muito esse ideal, esse interesse, ela sentia no coração muito isso, de fazer algo diferente, que era o que eu vinha fazendo na Pastoral da Criança.*

*Foi nas conversas que Maria Filha começou a me conhecer e ir lá em casa, trouxe a Maria Djair. E nessas conversas, eu disse: “olha, tem cursos em Fortaleza com Adalberto, acho que são alternativas que valem a pena”.*

*Eu já tinha tentado pela Pastoral fazer convênio com a UNIPÊ, com a Secretaria de Saúde, mas a coordenadora estadual nunca deu muito apoio, não tinha este alcance de trabalho. Então, Maria Filha e Djair perceberam que essa era uma alternativa válida, dentro do trabalho delas na Universidade. Dei um folheto que tinha os cursos de Fortaleza e elas foram fazer os cursos em 2004, e quando voltaram, começaram a fazer a TC lá em Mangabeira.*

*Nesse período também, depois da ida delas, a Márcia, que era uma das responsáveis por um dos Distritos, nos pediu para fazermos uma sensibilização nas equipes do PSF do seu Distrito sobre TC. Lá na Universidade, naquela Igreja redonda, nós fizemos umas cinco ou seis terapias, com a presença média de 50 a 100 pessoas, com as equipes do PSF, que foram convidadas para irem a esta sensibilização.*



*Daí foi fácil, quando nós iniciamos a primeira turma, já tinha muita gente sensibilizada porque havia participado da TC. Também nos cursos de Pós-graduação, de Especialização, de Mestrado, Maria Filha me convidava com outra companheira, a Tereza, que é massoterapeuta, para trabalharmos juntas. As duas, Maria Filha e Maria Djair, foram incansáveis no sentido de divulgação dentro da Universidade.*

*Quando foi no fim de 2006, tanto a Márcia, quanto Kalina e Lucineide, mais duas pessoas de Pedras de Fogo, foram fazer o Cuidando do Cuidador em Fortaleza, que é outro tipo de curso e quem ministra é Adalberto, e esta participação delas as colocou em contato com o IBDPH, que é o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana do Estado de São Paulo. Parece que esse instituto tinha uma verba na época que era do Ministério da Saúde, através da secretaria antidrogas, que podia ser aplicada em treinamentos de terapeutas. Tanto Márcia como Lindinalva e Clevane, de Pedras de Fogo, voltaram muito entusiasmadas e fecharam convênio abrangendo dois cursos, um para João Pessoa e outro para os Municípios de Pedras de Fogo, Conde e São Bento.*

*Então Márcia, como a responsável pela Atenção Básica no Município, sensibilizou Roseana, imagino isso, de forma que, em dezembro de 2006 e janeiro de 2007, já estávamos realizando a seleção e o encaminhamento da primeira turma.*

*Eu já tinha um convite para ir para Fortaleza, mas a partir disso, Márcia achou melhor eu ficar aqui. E me convidou para que viesse fazer parte do grupo de implantação da TC no Município. Na secretaria, meu trabalho específico é este, a implantação, o acompanhamento e a formação dos terapeutas comunitários.*

*A primeira turma começou em janeiro 2007. Nessa turma, foram, ao todo, selecionados 65 profissionais das equipes do PSF, porém houve a desistência de cinco pessoas. Estamos hoje com 60 terapeutas. Hoje, a estrutura do treinamento de TC consiste em quatro módulos, sendo 80h para a teoria, 80h para as vivências, 120h para a realização da prática das Terapias e 80h de intervenção.*

*Daquele primeiro grupo da Pastoral da Criança, apenas uma terapeuta trabalha com Terapia Comunitária, e esta está como Agente Comunitária de Saúde (ACS) do Distrito Sanitário II.*

*A minha percepção é bastante limitada, mas institucionalmente sinto que falta uma equipe para fazer essa leitura. Já que não temos este relatório por parte do IBDPH, a secretaria poderia ter uma equipe, na qual eu poderia fazer parte, porque tenho essas informações, para discutirmos isso. Talvez convidando alguns usuários, alguns terapeutas, algumas pessoas das equipes que não participam da TC, alguém da gestão,*

*uma equipe mista, que pudesse fazer esta leitura para se perceber, através da análise dos dados registrados, dos vários ângulos, dos vários olhares, qual é o impacto da TC nas equipes, nas comunidades e no processo do SUS.*

*As equipes estão percebendo que elas precisam compreender o usuário dentro do seu contexto, pois, é essa visão mais sistêmica que favorece a compreensão das situações vividas pelos usuários.*

*Observo, nos relatórios que tenho feito e o material que me tem sido dado pelos terapeutas, que há mais entrosamento dentro da equipe de trabalho e que os usuários estão estabelecendo vínculos mais sólidos com as equipes, ou seja, há muito mais uma relação de confiança, de integração entre os usuários e as equipes.*

*Os terapeutas relatam que hoje são muito mais compreensíveis com os usuários, misericordiosos e acolhedores, porque eles escutaram o sofrimento, e estão mais sensíveis para este acolhimento.*

*Por parte dos usuários, há ainda resistência, nem todos aceitam bem. No relatório do final do ano que fiz, já foram realizadas aproximadamente 900 terapias pelos 60 terapeutas do Município e foram atendidos quase 15.000 usuários. Os grupos são em média de 15 pessoas, a faixa etária que mais procura é dos 50 para cima, isto indica que a procura é mais intensa nessa faixa etária em que se acentuam os problemas emocionais, como o stress e outros.*

*Os usuários mais freqüentes da TC são de classes desfavorecidas, os mais excluídos, os mais de periferia. A classe média, a classe alta tem seus psicólogos, tem seus psiquiatras particulares, não querem ou não gostam de se expor, como requer a TC.*

*Quanto aos desafios, o primeiro, é com relação ao período de formação nos módulos teóricos. Especialmente, nos dois primeiros, eles são para mexer com a personalidade do terapeuta, para sua formação. Qual o perfil de terapeuta que queremos? O terapeuta precisa ser uma pessoa que se trabalhe, goste de se conhecer, saiba da sua dor e aprenda a administrar essa dor, esse sofrimento.*

*Tem muitas vivências de ordem prática, para mexer com os esquemas mentais, para mexer com as energias, na linha da bioenergética, na linha do grande mestre Osho. E as próprias Terapias, à medida são feitas, elas vão modificando, fazendo também repensar a própria história de vida.*

*Então, muitos terapeutas conseguiram fazer isso, durante os módulos, durante as vivências. Eles estão apaixonados e vivem intensamente este processo. Mas alguns tiveram um processo mais lento, não tiveram este processo pessoal adequadamente.*

*Hoje eles não são tão ligados, tão apaixonados. Facilmente desmarcam, facilmente deixam de fazer.*

*O segundo grande desafio é por parte dos próprios terapeutas, pois mesmo que você selecione, com todo carinho, faça inscrição, que você tente selecionar dentro do perfil, mesmo assim, há alguns terapeutas que não correspondem.*

*O terceiro desafio é que existem algumas equipes, mesmo de PSF, em que médicos, enfermeiras ou alguns membros da equipe até ACS não se identificam com a proposta. Eles não participam da TC. Dizem que não gostam, não estão sensibilizados para o valor da terapia, para os efeitos que ela traz, criar vínculos construindo uma rede de apoio social. Ela não é a única que vai gerar saúde na comunidade. Ela é um dos instrumentos geradores de saúde, mas as equipes têm que se vincular com as ações comunitárias, com outros grupos da comunidade para poderem fazer essa rede de transformação.*

*Constatando esta resistência por parte das equipes, um dos pedidos dos terapeutas comunitários é que se façam encontros de sensibilização, porque muitos não perceberam ainda que ela já está institucionalizada na saúde, na Atenção Básica. Alguns ainda acham que é opção, se não quero, não faço e não vou. Na verdade eu penso que, se sou funcionário ou profissional da Atenção Básica, hoje necessito compreender que preciso apoiar os terapeutas, indicar a TC para os usuários e, de vez em quando, estar presente, mesmo que não concorde muito com a proposta, mas se estou no trabalho, se participo desta gestão, é preciso ter esta compreensão.*

*Acho que, em parte, os resultados da TC estão satisfazendo, porque a semente está lançada, e toda semente é esperança de que um dia se torne uma árvore, que dê frutos. Neste sentido, fico satisfeita porque o processo já foi iniciado e ele vai acontecer quer queira, quer não.*

*Fico insatisfeita, quando noto que há tantas coisas que necessitam ser feitas e que nós não temos pessoas para fazer esta provocação. Talvez dependa um pouco de mim, de Márcia, ou da gestão. Não me considero muito gestão, para me dar o direito de provocar e fazer isto, só sei que, na minha percepção, este lado me deixa um pouco insatisfeita.*

*Institucionalmente há muito a desejar, não sei se foi publicado algum artigo, algum pronunciamento, que isto está causando determinados efeitos. Agora, sinto que, a partir dos terapeutas, das equipes, dos usuários, pelos materiais que estou vendo, das Terapias*

*que assisti, sempre há um saldo positivo, há lindos depoimentos das pessoas, de como elas eram e como elas estão agora.*

*Para mim, o efeito concreto está acontecendo com o usuário. Apesar de muitos usuários nem sempre se fazerem presentes. Há resistências... dificuldades de falar de si, de ter um compromisso pontual de frequência, daí a dificuldade de manter os grupos.*

*Sinto que estou no lugar certo fazendo o que gosto. No sentido de você perceber a mudança nas pessoas, ouvir que elas viam de um jeito e estão vendo de outro, faziam de um jeito e estão fazendo de outro, viviam de um jeito e estão vivendo de outro. Você percebe que está havendo mudanças, pequenas mudanças que se juntam fazendo a diferença.*

*Estou associando muito o trabalho de acompanhar os terapeutas com a formação de Cuidando do Cuidador, tenho visitado umas 25 unidades. Dá para perceber que o valor da Atenção Básica, do PSF está na vida da equipe, na forma de como ela se relaciona, na forma de como ela atende o usuário. Sinto que é necessária e exigente as visitas feitas, às vezes é desgastante para mim, porque é muita solicitação, mas gosto de fazer porque é muito prazeroso.*

*Constatou-se que a TC tem sido um instrumento válido de prevenção de Saúde Mental na Atenção Básica, portanto a Gestão municipal liberou recursos financeiros. Assim, em janeiro de 2008, deram-se início a seleção e o treinamento da segunda turma com 65 profissionais de saúde. Esta turma já participou de dois módulos teóricos, sendo realizados três encontros de intervenção.*



É prestativa, alegre, extrovertida, dinâmica, gosta de conversar e de interagir com as pessoas. É a representante da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). É uma líder. Seu envolvimento, vontade e capacidade de enfrentamento tem sido determinante na história de implantação da TC, principalmente no município de João Pessoa - PB.

Portanto, veja-se a história da Terapia Comunitária contada por ela.

*A Terapia Comunitária é significativamente importante porque as pessoas podem falar, ouvir e serem ouvidas [...]*

*Conheci a Terapia Comunitária (TC) quando estava fazendo a especialização em Saúde da Família, no NESC através de uma roda de Terapia Comunitária que as Professoras Maria Filha e Maria Djair fizeram.*

*Particularmente, gosto muito de dividir aquilo que sei, que acho interessante e que pode ajudar outras pessoas. Então, quando fui dar umas aulas sobre Saúde Mental para uma formação de auxiliar de enfermagem convidei Maria Filha e Maria Djair para fazerem uma roda conosco.*

*Também quando assumi essa gestão em 2005 como Diretora do Distrito Sanitário (DS) IV, conversei com elas para mostrarem, o que era TC para os profissionais e assim foi feito.*

*Fizemos quatro rodas de TC que aconteceram na capela da UFPB. Todos os trabalhadores de saúde do DS IV foram convidados a participar, mas estiveram presentes uma média de 70 a 80 trabalhadores em cada roda de TC.*

*O objetivo desses encontros era mostrar para os trabalhadores de saúde do DS IV o que era a TC na tentativa de conseguirmos trazer uma formação aqui para João Pessoa - PB.*

*Passamos dois anos (2005 a 2007) com o desejo de trazermos a formação da Terapia Comunitária para João Pessoa - PB, porém não tínhamos um meio. Muitas pessoas encantadas, muitos profissionais queriam fazer a formação para levar para suas equipes para ter como ferramenta de trabalho, mas não foi possível.*

*Então, no final de novembro de 2006, também pela influência das Professoras Maria Filha e Maria Djair, algumas Diretoras de Distrito foram fazer uma formação em “Cuidando do Cuidador”, lá com Adalberto Barreto em Morro Branco, Fortaleza - CE. O meu primeiro contato com ele, pessoalmente, foi nesse curso. Foi bastante interessante.*

*Nesta ocasião, tivemos a participação de 64 pessoas, entre elas tinham umas pessoas do IBDPH, Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana de São Paulo, que eram envolvidas com a formação da TC, principalmente Selma uma enfermeira.*

*Na época o IBDPH tinha um convênio com a Secretaria anti-drogas do Ministério da Segurança e estava com recursos para fazer a formação em Município. Eu e outras colegas tivemos um papel fundamental por conhecer, por achar interessante. Na época, eu, Adriene, Lucineide, Célia e várias pessoas que estavam em cargos da gestão conhecemos a TC e nos apaixonamos. Na verdade é apaixonante!*

*Então quando surgiu a possibilidade, de parte desse recurso vir através do IBDPH e através da Secretaria anti-drogas lá de Brasília, conversamos com a secretária de saúde e rapidamente ela entendeu a importância da Terapia Comunitária como ferramenta institucionalizada de trabalho do dia-a-dia do trabalhador de saúde e topou na hora entrar com a contrapartida.*

*Conversamos, mostramos interesse e a partir daí pactuamos que João Pessoa entraria com um convenio de parceria técnica, uma contribuição no sentido de fornecer a hospedagem, a alimentação e as passagens dos Professores. Enquanto que o IBDPH entraria com a hora aula para os Professores. Fechamos esse apoio técnico para o Município de João Pessoa - PB e também para o Município de Pedras de Fogo - PB,*

Conde - PB e São Bento - PB assim trouxemos para cá a primeira formação em Terapia Comunitária.

*Lógico que para nós era importantíssimo que as Professoras Maria Filha e Maria Djair estivessem envolvidas nessa formação, já que no decorrer do processo elas tiveram um papel fundamental, estruturante, como até hoje estão tendo.*

*Assim conseguimos formar a primeira turma da Terapia Comunitária. Iniciamos com 65 pessoas e terminamos com 62. Fiz questão de participar da formação nesta primeira turma, mesmo já estando em outro cargo, aqui na Diretoria de Atenção à Saúde. Foi muito interessante!*

*Sabia que encontros de TC aconteciam em Mangabeira como um projeto de extensão, mas devido à questão do trabalho nunca tinha oportunidade de ir. E a partir da formação comecei a participar das rodas de TC.*

*A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) teve uma participação estruturante ela tem ido presencialmente a alguns momentos na formação, tem participado dos resultados. A secretária foi ao segundo módulo, foi no encerramento e entende que é um processo importante.*

*Quando ela perguntou quais os projetos importantes que queríamos desenvolver com parte dos recursos enviados pelo Ministério da Saúde pela portaria da educação permanente de saúde no ano passado (2007).*

*Acho que a Terapia Comunitária ela tem uma importância fundamental nesse processo de reorganização do SUS, e especificamente aqui no projeto da gestão Ricardo Coutinho e Roseana Meira. No sentido de que esta gestão vem tentando mudar práticas de trabalho dos profissionais e fazer com que o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família venha atender a necessidade do usuário.*

*A Terapia Comunitária entra como mais uma ferramenta que possibilita esse contato, essa aproximação, esse vínculo e principalmente a aproximação da necessidade do usuário. Nela você tem a oportunidade de chegar mais perto da dificuldade, da dor, do sentimento do usuário, pois ela é uma ferramenta extremamente importante, de tecnologia leve que trabalha muito com a subjetividade do usuário.*

*A Terapia Comunitária está institucionalizada aqui em João Pessoa - PB. Hoje, o trabalhador ele é liberado da sua carga horária para a formação e dentro dela está a roda da TC.*

*O encontro da TC não é uma coisa que ele precise fazer fora do seu horário de trabalho é um instrumento, uma ferramenta de trabalho que hoje ele tem, muitas vezes*

*acontece fora do horário de trabalho, mas por necessidade da população e não porque a gestão não quer que se use o horário. Pelo contrário a gestão quer e estimula que eles aconteçam. É tanto que estamos na segunda formação.*

*Passei no mestrado recentemente e quero estudar a mudança de prática do profissional que fez a formação da TC. Porque durante os oito meses de formação da primeira turma, ocorreram vários depoimentos de colegas no sentido de que a partir da formação da Terapia Comunitária, no seu ato de trabalho, na produção do trabalho em saúde, eles são mais atenciosos, humanos, passaram a enxergar mais as dificuldades e o usuário como um todo no seu contexto social e familiar.*

*Percebemos que a TC além de fazer essa mudança de prática no trabalhador, de aproximar, criar vínculos entre os trabalhadores e os usuários e entre os próprios usuários, ela também modifica a prática de trabalho do trabalhador nesse processo.*

*Agora estamos fazendo uma coleta de dados através de questionário distribuído para as equipes, para que elas possam falar o que isso tem representado e esse dado com certeza vai ser bem interessante para que possamos analisar um pouco como é que está.*

*Temos médicos na rede que prescrevem e indicam a TC em algumas situações que eles acham importante a TC. Eles estimulam os usuários a participarem, mesmo sendo profissionais que nunca nem participaram, mas escutam comentários, relatos dos próprios usuários.*

*Na grande maioria são pessoas que a partir da formação elas incorporam mesmo, se sentem extremamente importantes, começam a fazer e não param mais.*

*Dentro da primeira turma tivemos algumas pessoas que se, desestimularam não entendemos muito bem o porquê, mas é um processo que mexe muito com o interior de cada um, não é uma formação, uma qualificação como outra qualquer, que só é técnico.*

*Durante a formação você mexe muito com o seu eu, o seu subjetivo, as coisas que estão guardadas dentro de você. E muitas vezes você entra em contato com dores, dificuldades, sentimentos que estavam guardados há muito tempo, isso talvez, mova as pessoas a não quererem continuar.*

*Vejo isso como um desafio de tentar trabalhar o sentimento dessas pessoas, para que elas possam superar as dificuldades e possam continuar fazendo a Terapia Comunitária.*

*Outro desafio é o espaço físico para a realização da TC. Temos dificuldades em várias unidades, porque são casas alugadas, nos bairros de periferia. Nunca encontramos*



*casa para alugar com o tamanho que seja compatível com a necessidade do trabalho da equipe. Hoje temos 16 unidades novas, inauguradas recentemente, que não tem essa dificuldade e também estão sendo feitas algumas reformas nas unidades que tem prédio próprio.*

*Temos em torno de 70 equipes que estão lotadas, trabalhando em locais adequados. Mas ao todo são 180 equipes, então é um investimento muito grande a se fazer. As equipes procuram espaços, de associações, de igrejas. O espaço da igreja é complicado porque, às vezes, é uma igreja evangélica onde algumas pessoas que são de outra religião não querem ir, se for uma igreja católica pessoas que são protestantes ou de outras religiões não querem ir, enfim o espaço físico hoje também representa um desafio. Não tem prejudicado para acontecer, mas tem sido uma dificuldade.*

*Esperamos em breve, construirmos ocas próximas às equipes para as práticas, a fim de termos um local mais adequado. É um projeto que temos e espero que possamos conseguir fazer isso.*

*A pouca divulgação também é um desafio, procuramos fazer isso através dos próprios profissionais, já existe certa divulgação, mas abertamente para a população realmente é difícil.*

*Na verdade essa gestão gasta poucos recursos para divulgar. Ela prefere gastar os recursos para efetivar as obras; é tanto que agora estamos começando a desenvolver um projeto, com o Pró-jovem. São 3000 estudantes, que há muito tempo deixaram de estudar e que hoje recebem recursos para estudar. Estamos montando um projeto porque eles precisam desenvolver ações comunitárias, então eles passarão a ser informantes de saúde. Vamos passar algumas informações, e uma delas é sobre a TC, o que é, e onde ela acontece.*

*Acho que outra dificuldade que podemos apresentar é que, hoje conseguimos esse recurso junto a essa portaria da Educação permanente em saúde, mas, por exemplo, para uma terceira turma ainda não temos uma fonte onde buscar esse recurso é preciso sabemos que é uma qualificação relativamente cara, porque precisamos ficar afastados. Nos módulos presenciais toda a turma precisa ficar em um hotel e isso é o que encarece mais a formação, mas sabemos a importância disso.*

*Os resultados até agora desde a implantação, considero satisfatório. Tivemos até dezembro do ano passado (2007) cerca de 15000 pessoas que passaram pelas rodas da Terapia Comunitária e temos em torno de 36 grupos funcionando.*

*Temos notícias sobre inúmeros relatos de usuários que deixaram de usar medicação controlada depois que entraram na TC, era preciso ter uma pesquisa. Acho que a TC veio contribuir dando o apoio que essa população e os próprios trabalhadores precisam. O trabalhador da Saúde da Família quando ele tem responsabilidade, tem vínculo com a população ele quer ser o salvador da pátria, quer resolver todos os problemas. Digo isso porque fiquei cinco anos no Saúde da Família, e tem momentos que você pega a sua feira para dividir com o outro, enfim queremos ser o salvador da pátria por tantos problemas, dificuldades e dores que convivemos no dia-a-dia.*

*Com a TC você tem a compreensão, de que não pode ser o salvador da pátria, não pode ter aquele sentimento de que resolve tudo, pelo contrário, você desmistifica isso em grupo, você utiliza o grupo, para que juntos possam encontrar saída. Acho que ela contribui por todos esses motivos.*

*Falando no lugar de terapeuta em formação, de supervisora em formação e de todas as terapias que participei, acho muito interessante. Faço TC num Hospital onde trabalho no sábado com os usuários internados e os acompanhantes. É muito interessante porque quando chego ao plantão, que passo nas enfermarias, vejo os usuários de uma forma e eles me vêem de outra. A Terapia Comunitária acontece por volta das 14:00h. No final da tarde quando volto nas enfermarias, a nossa relação, o olhar, o falar é completamente diferente. Com uma hora e meia, duas horas no máximo que você passou ali, mas foram duas horas onde você ouviu e possibilitou que as pessoas falassem dos seus sentimentos, isso é muito difícil.*

*O mais importante da TC, além de você estar ali é a possibilidade de falar do seu eu, dos seus sentimentos, das suas dificuldades, e ouvir de outras pessoas que elas passaram por problemas semelhantes ao seu e como foi que elas resolveram. Você não está dizendo à pessoa que ela faça desse jeito, mas apenas está dizendo para ela olha, “eu passei por esta dor, por este sofrimento e no meu caso foi resolvido desse jeito”.*

*Também é importante quando você faz o ritual final de agregação que você valoriza a participação de cada um que ali está. O terapeuta ele tem a função, de valorizar, tentar olhar de todas aquelas falas o que foi importante. Quando a pessoa ressignifica todo aquele sofrimento e ver que tem saída volta com aquele sentimento de força. Não participei até hoje de nenhuma Terapia Comunitária, onde alguém dissesse: “Não, não serviu de nada”. Mesmo aquelas pessoas que ficam caladas, como aconteceram já várias vezes, de uma, duas, três, quatro vezes caladas, mas estão lá e de*

*repente à pessoa começa a falar e dizer olha, “realmente isso tem mexido comigo, tem modificado...”.*

*Acho que a importância da TC é realmente isso trabalhar com o subjetivo, a emoção, as dificuldades das pessoas onde elas podem falar, se ouvir e serem ouvidas. A partir daí ela passa a ser compreendida e olhada de outra forma.*

*A relação do grupo de trabalho muda completamente isso acontece com os próprios trabalhadores que participam você vê, às vezes, os trabalhadores com dificuldades de relacionamento em várias situações e passam a compreender porque ele é daquele jeito. A partir daí todo o grupo toda a relação de trabalho melhora isso tem acontecido em vários locais de trabalho.*



Mulher decidida, forte, de visão ampliada; sempre defendendo aquilo em que acredita. Como gestora da Saúde do município de João Pessoa – PB, enfatiza a importância da Terapia Comunitária para a Atenção Básica, de modo especial para a Saúde Mental e deixa transparecer claramente que, não só apóia, como tem se mostrado confiante nessa ferramenta - a Terapia Comunitária.

*[...] tenho visto a TC como uma possibilidade importante [...] onde tem essas rodas se percebe uma maior interação entre as pessoas e o fortalecimento de vínculos nas equipes e na comunidade [...]*

*Soube da existência da Terapia Comunitária, através de uma conversa com a Diretora de Atenção à Saúde, que fez o **CUIDANDO DO CUIDADOR**. Nessa formação, o Professor Adalberto apresentou o IBDPH, que é o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana, que estava articulando com o grupo de Terapia Comunitária para fazer uma formação aqui (João Pessoa - PB).*

*Quando retornaram da formação, o pessoal veio conversar e discutir um pouco o que era a Terapia Comunitária. Estávamos num momento de discussão de como levar com maior significância a Saúde Mental dentro da Atenção Básica que era uma coisa difícil. Porque existia e ainda existe por parte da maioria dos profissionais, certo receio de lidar com o sofrimento mental, por ser algo que eles não tiveram como parte da formação.*

*Foi aí que conversamos sobre a possibilidade de trazer esse instrumento que é a Terapia Comunitária para que começássemos a ter maior capacidade de discussão com*

*as equipes de Saúde da Família com relação à questão da Saúde Mental. Assim, o primeiro olhar de interesse foi por conta da Saúde Mental que nos fez mais sensível ao dispositivo da Terapia.*

*Fizemos a primeira turma de formação, que foi dada através de uma cooperação técnica com o IBDPH e foi coordenada por Selma, juntamente com o pessoal da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o qual fizemos uma parceria importante. Nesse momento, foi quando conheci pessoalmente o Adalberto. Então conversamos, e ele apresentou a Terapia como instrumento importante do qual poderíamos estar nos apropriando dentro da Gestão.*

*Como Gestão, tivemos vários cargos de direção envolvidos nessa formação da primeira turma de terapeutas. Durante a formação os profissionais ficaram longe do trabalho, porque o Adalberto tem um pouco dessa metodologia para evitar interrupção na Terapia Comunitária. Selecionamos pessoas de cargos chaves, que atuariam bem, como facilitadores para implantar a Terapia Comunitária para o restante da rede. Dando continuidade ao processo já fizemos mais uma turma de formação em 2008.*

*Estou muito otimista com essa implantação. Há um envolvimento de todos os segmentos dentro da gestão, tem odontólogo, enfermeiros, participando, médico, técnico, comunidade, agente comunitário de saúde. Já temos dentro da rede 125 terapeutas formados e 73 grupos em funcionamento até agora, espalhados por todos os Distritos Sanitários com uma média de 15 pessoas participando em cada grupo. Isso é um quantitativo importante na rede.*

*A Terapia Comunitária tem tido aos nossos olhos muita importância porque percebemos facilmente que onde tem essas rodas, tem ocorrido uma interação, um aumento do vínculo entre a própria equipe, equipe/comunidade, comunidade/equipe.*

*Acho que um dos grandes problemas de instabilidade que temos nas Unidades e na rede como um todo, é devido ao não vínculo construído, pois quando não temos a construção de vínculos, nos desobrigamos da responsabilidade com o outro, e nem enxergamos muitas vezes o outro, o problema é do outro. Mas com o processo de construção de vínculo passamos a estar sensíveis ao outro e a termos mecanismos de co-responsabilização importante para a construção de uma rede de saúde que trabalha com humanização.*

*Visitei um desses grupos que está acontecendo no Distrito Sanitário III na área do Valentina e observei que até os apoiadores técnicos, que são profissionais que*

*trabalham como facilitadores dentro das equipes de Saúde da Família para resolução de problemas e conflitos, eles também têm se envolvido na Terapia Comunitária.*

*Estamos vendo que a comunidade tem aderido fortemente a Terapia Comunitária, pois acham nela um espaço importante para discutir seus problemas. Problemas, estes, que interferem diretamente no bem estar e na saúde, pois muitas vezes, a utilização de antidepressivos é alta. Por exemplo: tem pessoas que precisam de um medicamento, porque tem uma dependência, enquanto outros passam a ser dependentes de medicamentos por causa de algum sofrimento mental gerados pelos conflitos e problemas do dia-a-dia, acreditamos que a TC poder ajudar.*

*Não temos ainda dados que nos mostrem que a redução desse consumo de medicamentos, seja impacto ou não da Terapia Comunitária. Mas o que temos observado é que, as pessoas têm se utilizado da Terapia Comunitária como forma de construir possibilidades até de defesa para enfrentamento de seus problemas.*

*A hospitalização na Saúde Mental é o segmento hospitalar que se tem o maior gasto na Gestão atual. A internação psiquiátrica possui a maior diária, e muitas vezes, há a internação errônea de pessoas, devido o alcoolismo, depressão e outras intercorrências que não deveriam ser internadas. E o paciente, muitas vezes, passa um mês internado. Então, acho que isso, é um desserviço para com a saúde porque quando se traz a pessoa trancafiada, dificilmente ela vai estar resolvendo o seu problema. Portanto, é nesse sentido, que eu acho que temos que trabalhar com outros instrumentos para nos capacitarmos a fim de intervir melhor na questão da Saúde Mental.*

*Assim, entendo que o grande desafio é realmente termos a capacidade de ampliar mais essa formação de terapeutas comunitários. Para tanto negociamos recursos para a Terapia Comunitária e estamos ampliando a formatação.*

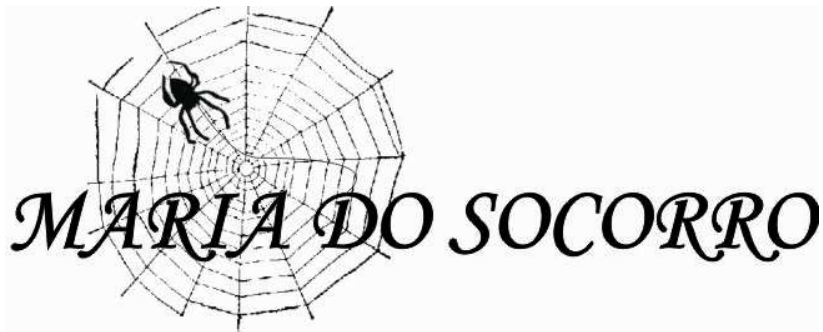
*Outro desafio é que realmente os grupos não percam ou saiam do seu objetivo, tornem-se grupos religiosos ou grupos de auto-ajuda, pois não é essa intenção, mas que eles tenham a capacidade de estar avaliando para dar continuidade às discussões realmente dos problemas que a comunidade traz.*

*Esperamos que este debate seja ampliado, para que a Saúde Mental seja uma responsabilidade desde a Atenção Básica porque assim, iremos diminuir o número de internações, o consumo de medicamentos, e proporcionarmos um acompanhamento ao paciente e não simplesmente só encaminhá-lo como normalmente o é feito.*

*A Terapia Comunitária é mais um instrumento, para estarmos efetivamente construindo uma prática mais integrada, uma prática que seja complementar as outras*

*práticas mais tradicionais, já fortemente instituídas. Acho que temos que lançar mão de várias práticas que nos possibilitem dar respostas a muitas necessidades que o usuário tem e que não é só a consulta e o exame que com certeza vai resolver.*

*Estamos apostando também em outras práticas como: “João Pessoa Vida Saudável”, que é a prática dos esportes nas praças, na Homeopatia, Acupuntura e também fitoterapia, enfim outras práticas complementares que achamos importante e que é necessário incentivarmos dentro desse conceito ampliado de saúde, dentro dessa perspectiva de construção de um cuidado que tem a integralidade e a defesa da vida como seu anseio maior.*



Enfermeira da ESF, mulher de fibra, determinada, batalhadora e alegre. Fez parte da história da Terapia Comunitária como participante das primeiras rodas no PSF- Ambulante - Mangabeira. Na sua fala ressaltou o orgulho em fazer parte dessa teia, do seu processo de implantação da Terapia Comunitária no município de João Pessoa - PB.

*A TC me ajudou a perceber que a cada história existe uma outra história... é um novo olhar...*

*Fico feliz, pois me sinto parte dessa implantação. Há mais ou menos um ou dois anos nossa Unidade de Saúde da Família Ambulantes, era isolada. Hoje, é uma Unidade Integrada. Nessa época, já tínhamos um convênio com a Universidade Federal, em que Unidades de Saúde do PSF recebiam para estágio alunos da Graduação de Enfermagem. Então, as Professoras Maria Djair e Maria Filha trouxeram a proposta para a nossa equipe para desenvolver a Terapia Comunitária (TC), pois elas faziam a formação de terapeutas comunitárias lá em Fortaleza com Professor Adalberto Barreto.*

*E como já havia um desejo da equipe de trazer algum projeto que fosse saciar as necessidades dos usuários, pois percebíamos nas consultas que eles tinham queixas emocionais (psicossomáticas), casou certinho a necessidade da nossa equipe de fazer esse trabalho diferenciado com a proposta de Maria Djair e Maria Filha.*



*Com isso, elas vinham acompanhar os alunos e fazer esse trabalho com a comunidade. Os alunos também participavam. E para vivenciar esta experiência, foram vindo alunos do Mestrado e de outras disciplinas.*

*Começamos esse projeto em julho de 2004, aqui na Unidade de Saúde do Ambulantes. Também levamos a divulgação deste projeto para outros Estados. Isso começou a ser divulgado através da imprensa e do boca-a-boca, para outras unidades, outras equipes, fazendo com que colegas e outros profissionais tivessem interesse. Assim, no ano passado (2007), houve o interesse do Município em institucionalizar. E ocorreu a formação de novos terapeutas.*

*O meu primeiro contato com o Professor Adalberto foi na Dissertação de Mestrado da aluna Viviane Rolim, em que ele foi convidado para fazer parte da banca. Depois disso, participei de uma sensibilização que ele veio fazer com os alunos da Especialização em Saúde Mental. Anteriormente meu contato era só através de informações de Maria Djair e Maria Filha e do material que lia sobre TC, inclusive um livro dele.*

*Percebemos que esta estratégia vem trazendo um resultado positivo não só para nós profissionais, mas principalmente para os usuários, pois temos observado que têm surgido mudanças.*

*Vejo a importância dessa institucionalização da TC como uma prática do Município de João Pessoa que vem a somar, pois possibilita um conhecimento maior, um vínculo com o usuário. Quando estamos no nosso consultório, temos pouco tempo para conversar, para ouvir. Primeiro, por conta do número de usuários, pois a demanda é muito grande. E quando esse usuário entra na sala para falar sobre a queixa, ficamos com certo receio de estar ouvindo, porque os que ficam do lado de fora ficam reclamando. Mas, com a TC, passamos a ter outro olhar através daquela queixa.*

*Por exemplo, se for uma dor de cabeça, não vamos só ver aquela queixa, iremos buscar o que esta ocasionando aquela dor de cabeça. E a TC tem favorecido essa percepção para que possamos olhar com outro olhar a fim de nos aproximarmos mais e descobrirmos realmente o que é que está ocasionando. Isto tem facilitado muito o nosso cuidado com os usuários.*

*Nós, do Ambulantes, temos um grupo praticamente fechado porque são pessoas que vêm acompanhando desde o início. Mas também temos aquelas pessoas que vêm eventualmente, aquelas que encontramos no consultório, que está com algum problema. Encaminhamos essas pessoas para fazer a TC, algumas continuam vindo, mas outras*

*não, porque, de certa forma, ou conseguiram resolver seu problema ou porque não tiveram afinidade. Encontramos também pessoas que não gostam de se expor, não têm essa prática e terminam se afastando, muitas vezes, porque não entenderam a proposta da TC.*

*Na TC, além de discutirmos o problema que aquela pessoa traz, realizamos discussões para problemas da comunidade, para necessidades da comunidade, como por exemplo, teve alguns encontros de TC em que pessoas falaram que estavam tendo dificuldades na educação dos filhos, e outras pessoas também compartilharam dessa dificuldade. Então, trouxemos um profissional da área para falar sobre educação de filhos. Neste momento, quem trabalhou este tema com os usuários através de textos e discussões foi Maria Filha, Maria Djair e mais duas pessoas da comunidade.*

*Também aconteceu um caso na comunidade de óbito, por uso de anabolizantes, e uma pessoa da comunidade trouxe essa preocupação. Por conta disso, trouxemos um profissional da área para falar sobre o uso de drogas, e fizemos encontros anuais com oficinas diversas para os jovens.*

*E assim, de acordo com a demanda que chega, percebemos um problema que não seja só individual, que seja do coletivo, procuramos trazer pessoas para falar e também desenvolver ações que possam ajudar no sentido de resolver ou minimizar os problemas.*

*Outro exemplo disso foi quanto aos idosos que sabíamos que viviam em casa trancados, sem sair, alguns com problemas de depressão, por problemas de saúde ou porque os filhos não os acompanham para ir a algumas festividades. Então, na TC, foram relatadas essas queixas. Através disso, conseguimos realizar ações que trouxessem esses idosos para fazer passeios, atividades manuais e encontros anuais.*

*Hoje, um grupo de idosos que já foi formado, parte dele participa em cantos, pois desejam fazer parte de um coral, e a outra parte dele tem outras pessoas que mostraram o desejo de fazerem parte de um grupo teatral. Tem também aqueles que gostam muito de festas e aí tem o São João. Estamos fazendo agora ensaios da quadrilha com eles. Tudo isso, porque percebemos as necessidades deles de estarem saindo de dentro de casa porque ficavam em casa cuidando dos netos, a família usando inclusive do dinheiro deles, e eles ficavam naquela tristeza e angústia. Então, eles foram saindo de pouquinho e hoje estão nesse movimento.*

*Temos dificuldades em relação às mulheres mais jovens. Houve um encontro que falou sobre violência e assim trouxemos umas pessoas para falarem sobre violência*

*doméstica, resultando posteriormente em alguns encaminhamentos de denúncias contra o companheiro.*

*Então, é assim, a TC tem a finalidade de melhorar a auto-estima e buscar formas de resolver o problema, mas, como é comunitário, não deixamos que fique só no individual, mas que esses problemas sejam resolvidos em nível coletivo.*

*Não temos um grupo formado de mulheres, mas já tivemos alguns encaminhamentos, pois algumas mulheres vieram com queixas em relação a cuidados com o filho, à violência doméstica da criança e do adolescente. Para isso, trouxemos o conselho tutelar da criança e do adolescente para uma reunião com essas mães.*

*Fazíamos encontros com gestantes, elas traziam dúvidas relacionadas com a gestação, mas que muitas vezes tinham a ver com problemas familiares, mas quando passamos para cá, suspendemos porque tivemos problemas com a falta de espaço físico para desenvolver a TC.*

*No Ambulantes, eu e Kátia, que é agente de saúde, realizamos a TC em dias fixos, nas terças-feiras. Já conseguimos um espaço que é numa Igreja que foi recém-construída. Nas quintas-feiras, acontecia com uma outra dupla, que era Verônica e Izan Marques. Mas foi suspenso porque além de Verônica ser transferida para outra unidade e Izan Marques ficar só, houve coincidência justamente com o dia em que um dos grupos de idosos está fazendo ensaios da quadrilha, e a Igreja está fazendo uma reforma. Acho que há mais ou menos um mês não estamos fazendo a TC.*

*Outra dupla de terapeutas que temos é Áurea e Miriam, elas fazem TC de quinze em quinze dias lá na comunidade delas. Somos quatro unidades.*

*Nos relatos dos benefícios, o que mais me chamou a atenção é de uma senhora, já de idade, que era recém-chegada aqui na nossa comunidade. Ela morava no Roger, mas estava aqui na casa de uma filha. Ela se desentendeu com o marido porque não gostava do bairro onde morava, mas o esposo não quis sair do bairro e ela começou a entrar em depressão. E por conta da divulgação que tinha sido feita na comunidade e na televisão, a filha soube que tínhamos esse tipo de trabalho. A princípio, esta senhora vinha com a filha, mas hoje, ela já vem sozinha, não tem mais depressão. Faz parte do grupo de idosos, não precisa mais de acompanhamento e não toma mais medicação para a depressão.*

*Outro caso é de uma senhora da nossa comunidade, que tem vários problemas de saúde e usava muitos medicamentos. Nos relatos dela durante a TC, num desses dias, relatou o quanto se sentia bem quando vinha para a TC, que inclusive as dores dela*

*desapareciam e os medicamentos que vinha tomando em excesso os médicos já tinham reduzido. Então, são coisas assim que observamos que é gratificante.*

*Tem um caso, bem interessante, de uma usuária nossa, que era daquelas que vinham todos os dias na unidade. Ela era daquelas que chegava a perturbar porque víamos que ela não tinha problema. Particularmente, eu tinha certa rejeição porque ela era bastante pegajosa, mas quando ela começou a vir para a TC e a contar a sua história de vida, foi que percebi qual era a sua carência, era uma carência afetiva. Ela hoje passou a ser nossa parceira, vem nas festividades para nos ajudar. Já não vem com frequência para tratamento de doença, vem apenas com o marido, que é uma pessoa já de idade, que é doente. Ele não vem para a TC porque é evangélico, tentou até proibi-la de vir. Mas tivemos uma conversa em que mostramos para ele a preocupação dela nos encontros com ele e com a doença. E até hoje ele não vem para a TC, mas aceitou que ela viesse.*

*Então, percebemos que podemos conhecer melhor as pessoas e tirar aqueles preconceitos que existem em relação a alguns usuários, que vêm frequentemente, que termina incomodando. As mudanças, os benefícios não são só para o usuário, mas também para os profissionais, pois se tornam mais sensíveis na escuta e passam a tratar de forma diferente, porque começam a perceber que aquele incômodo, aquela queixa daquela dor, daquela gastrite, não é uma coisa só física, é também emocional.*

*Com relação à questão do paradigma do paciente vir pegar só o medicamento, percebemos, sem dúvida, que as pessoas que vêm para a TC de uma forma sistemática, elas reduziram, sim, o uso dos medicamentos. Porém, não posso dizer que isso mudou num número elevado, porque até agora não tenho conhecimento de trabalhos que foram feitos em cima disso, então não posso afirmar e comprovar a proporção dessa mudança, só pela observação.*

*Infelizmente nós ainda temos certa resistência dos outros profissionais, por isso que a integralidade não se torna uma coisa efetiva. Não sabemos dizer o porquê da não participação desses profissionais nas TC e da não indicação deles. E como não foi feito nenhum levantamento, nem estudo, e nas reuniões, quando discutimos isso, eles não relatam o porquê que não participam, não indicam, então não temos como avaliar.*

*Nós que estamos fazendo a formação, enfermeiros, agentes de saúde, temos buscado realmente essa integralidade. Claro que têm alguns profissionais que não são da área da enfermagem, que reconhecem a TC como sendo importante, mas acho que,*

*talvez, por não vivenciarem a formação ou as vivências da TC, ainda não a incorporaram como sendo uma estratégia de integralidade.*

*Nosso maior desafio tem sido a conquista de um espaço ideal, porque, quando trazemos um grupo para falar de sua intimidade, emoções, conflitos pessoais e familiares, precisamos de um espaço adequado. Nem por isso deixamos de realizar os encontros, mas, até agora, não conseguimos esse espaço.*

*Outro desafio é com relação à adesão dos outros profissionais, que também não temos conseguido. Na minha vivência, percebo que quem mais adere são os agentes comunitários de saúde, talvez porque tenhamos um contato maior com eles, por ser supervisora ou por estar algumas vezes cobrando a presença. Isso porque vai ajudá-los nas visitas, pois mesmo eles indo à residência das pessoas, ainda assim não conseguem observar algumas coisas que estão lá naquele ambiente, e isto é um relato deles que, quando passaram a viver mais a TC, facilitou e muito a adesão deles, por parte dos usuários. Perceberam que facilitou a visita domiciliar, para entrarem na casa, conversarem mais e identificarem problemas que antes não identificavam.*

*Um dos entraves que encontramos é em relação à adesão dos médicos e odontólogos e de outras categorias. O que eles alegam é a falta do tempo, porque, nas unidades, o técnico de enfermagem ele tem uma série de atribuições, então quando ele a deixa para participar da TC, vem uma queixa, embora aqui, nessa unidade integrada, fizéssemos um acordo de fazer uma escala para cada encontro de TC.*

*Tem alguns que participam, que gostam, mais não com muita frequência. Muitos deles, não conseguimos trazer de jeito nenhum. E como a Terapia é um encontro que você não é obrigado, seria o ideal que você viesse por livre e espontânea vontade. Temos deixado que eles se sensibilizem, porque sensibilização já houve, mas que toque neles para que venham participar.*

*Com relação à formação, não tive nenhuma dificuldade, muito pelo contrário, tudo contribuiu para que eu pudesse viver essa experiência. Com relação à família, meu filho e meu esposo sempre me deram apoio. Precisamos nos ausentar de casa pelo menos três ou quatro dias, mas nunca tive problema em me ausentar.*

*Fui de coração aberto, e isto facilitou muito. Fiz as vivências integralmente, não tive restrição, nem dificuldade. Os locais que foram realizados esses módulos da TC foram bastante agradáveis, com exceção de um que fomos, que era um tipo de convento, mas para mim, não houve dificuldades.*

*Para mim, foram momentos muito intensos, em que passei a me conhecer melhor, e me conhecendo melhor, passei a agir de uma forma diferente. Eu estava com problemas em casa, no casamento. Não conseguia superar e até hoje eu não superei, porque me deixei levar pelas circunstâncias, mas hoje sou outra Socorro. Hoje resgatei a Socorro que eu era antes de casar, a Socorro Sousa.*

*E assim foi muito bom, recomendo para todo mundo, quem puder ter essa experiência, viver essa experiência, vá. Quando eu chegava, repassava para a minha equipe cada módulo, assim de uma forma gratificante, sempre dando força a quem quisesse e pudesse ir. Talvez, a única dificuldade foi de termos no mínimo 50 encontros de TC para ter a formação fechada. Por essas questões que falei, de falta de espaço físico e de participação e ajuda dos profissionais para convidar as pessoas para a TC, tivemos alguns atropelos e não conseguimos realizar todas as TCs nas quartas-feiras.*

*Acho que, quanto à divulgação, precisa de um maior investimento, isso em nível local, enquanto profissionais, na comunidade, através dos agentes de saúde, no atendimento diário porque praticamente quem convida somos nós, que estamos fazendo a formação, e algum colega que gosta e que se identifica. Isso tem sido discutido e levado para os encontros de intervenção da TC. Temos solicitado, inclusive, que a gestão criasse um mecanismo de divulgação maior. Foram feitos alguns cartazes para serem colocados em pontos estratégicos, mas deveria ter ido à imprensa, divulgar, falar sobre.*

*E até assim, trabalhos que já foram feitos, como esse que você está fazendo, que possam ser divulgados com mais estímulo, mais força, para que as pessoas possam ver, porque ainda tem pessoas, mesmo da nossa área, que não conhecem e que têm resistência de participar por falta de conhecimento do que seja a TC.*

*Fico feliz deste trabalho ter iniciado na nossa comunidade. Então, isso pra mim me enriquece e me deixa muito gratificada. E mais do que isso, de hoje ser terapeuta, porque, na época, eu acolhia a dupla de terapeuta, que era Maria Filha e Djair que, muitas vezes, me convidaram para fazer parte em alguns encontros de TC, sendo co-terapeuta, e hoje, com a formação, eu me sinto preparada, claro que preciso melhorar, mas já percebo o quanto melhorei.*

*A cada momento, percebo que sempre daquela história existe uma história por trás, e hoje consigo perceber isso. O que eu aprendi e do meu reencontro comigo mesma, isso sem dúvida, me deixa assim, muito feliz, muito lisonjeada, muito orgulhosa, é um orgulho legal.*



É uma nordestina, enfermeira e professora que tem muito orgulho de suas raízes. Isso contribui de maneira significativa para o seu jeito diferente e inovador de fazer sempre. Na sua fala considera a Terapia Comunitária como ferramenta importante de transformação.

A conversa fluiu entre choro e risos, por mais de uma hora, num clima de muita cordialidade. Portanto, conheça-se a história da TC, narrada por essa colaboradora.

*[...] cada um tem uma riqueza, dado ênfase a essa riqueza, o que era miséria e dor, se transforma em espaço de partilha e de conquista.*

*Eu, Maria Djair e Maria Filha, sempre procurávamos trabalhar em conjunto e nos preocupávamos em como iríamos abordar a realidade sem mudar nosso campo de atuação. Na época, não contávamos, nem tínhamos ferramentas pedagógicas poderosas para que pudéssemos ter esta visão paradigmática, não digo totalizadora do homem, mas que fosse uma visão integral e que pudéssemos trabalhar interdisciplinarmente. Precisávamos romper isso, e dentro da academia isso me inquietava.*

*Então, Maria Filha, descobriu a Terapia Comunitária (TC) em Fortaleza, e foi com Maria Djair fazer a formação. Não pude ir porque meu ex-marido havia morrido e eu estava impossibilitada de ir.*

*Quando elas retornaram, me chamaram para fazer TC. Consideramos a implantação da TC como sendo extra-oficial. As TC aqui em João Pessoa começaram a ser feitas no bairro de Mangabeira IV na Unidade de Saúde da Família Ambulantes.*

*Nos primeiros dias fui com elas, pois depois da capacitação elas tinham que fazer as Terapias. Fiz muito o papel de co-terapeuta e a TC me encantou porque comecei a perceber que era um instrumento pedagógico bem diferente, não só em termos de academia, mas da própria população.*

*Ali potencializávamos a vivência, a experiência, a resiliência. Trabalhar com a resiliência humana, “eu não sou um pobre coitado”, então sou mais do que isso, tenho potencialidades, pois sozinhos não somos nada. Notamos, por exemplo, a criação de vínculos, isso foi fantástico, a criação de vínculos dentro da comunidade, com o serviço, isso foi gritante, a resposta foi imediata. E ao mesmo tempo facilitador da construção de uma rede psicossocial, que é importante, pois não trabalharmos isoladamente, precisamos construir esta rede solidária.*

*Penso que esta prática foi constante, e que em uma articulação de Maria Filha com Adalberto, pensando junto ao Município, por que temos um engajamento na questão da política e da Saúde Mental no Município, já que de Saúde Mental não tínhamos nada. Esta questão fica um tanto quanto abstrata, estamos falando de Saúde Mental, mas o que realmente integramos na Atenção Básica? Os CAPS estão aí, mas é um serviço mais da média complexidade, onde o sujeito já adoeceu, então, dentro do campo da promoção da Saúde Mental o que se tinha, dentro dos serviços das Unidades Básicas de Saúde? Nada, não é.*

*Então, visualizamos esta ferramenta como uma possibilidade da construção de uma política de Saúde Mental na Atenção Básica. Percebendo a dimensão disso, foi-se conversando com o Município e articulou-se um movimento para que fosse feito uma capacitação com uma turma aqui.*

*Se queremos implementar esta política na Atenção Básica, devemos oferecer capacitação as pessoas que de lá fazem parte. Mas levá-las a Fortaleza era um tanto complicado, então, tínhamos que trazer a TC para cá, mas como?*

*Nestas articulações entre Secretaria, Maria Filha e Adalberto, se descobriu o IBDPH (Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana) que firmou este compromisso de criar a primeira turma de capacitação de terapeutas, da qual eu participei e fui pioneira.*



*Penso que, a capacitação, me empoderou muito mais. Apesar que de tanto assistir, vivenciar e participar das TC com Maria Filha e Maria Djair comecei a pegar o manejo, porque ela não é um instrumento difícil de se fabricar, basta que você tenha boa vontade, abertura e sensibilidade para querer se doar a este trabalho.*

*Para ser um terapeuta você não precisa de inteligência do outro mundo, basta estar aberto a esta experiência. É simplesmente uma questão de doação. E isto é um crescimento pessoal imenso, nos tornando seres amorosos, solidários, menos egoístas. Passando a ser solidário por causa do outro porque a dor dele reflete em mim, então foi outra coisa que comecei a compreender e a perceber a dor. Tem uma ressonância dentro de mim também porque não há um ser humano que não tenha passado pelo sofrimento. Muitas vezes, quando falamos em dor, só queremos compreender a dor do ponto de vista biológico, mas hoje em dia, por exemplo, uma dor biológica, a tecnologia é muito grande. Então não tem porque uma pessoa ter dor física hoje, agora, a dor psíquica quem a não tem?*

*Quando esta dor não encontra um espaço de partilha, de escuta, ela se torna uma coisa triste, que é o sofrimento. Então, passa de dor para sofrimento, e dentro deste sofrimento várias coisas podem acontecer. Como sujeito, como pessoa, você pode cair na depressão, a sua auto-estima vai lá para baixo, então quem não tem dores? Na Terapia, ao mesmo tempo que você realiza a roda junto com os demais participantes, você sofre o efeito dela. Isso nos torna muito iguais. Somos o espelho do outro. Acho que o ser humano se acha muito diferente, do morador de Mangabeira IV ambulantes, mas não, a condição humana vista sobre este prisma não tem diferença. A dor humana, o sofrimento humano é partilhado, porque aquela criatura que mora numa casa de taipa ou dentro das locas, como ser humano, ela não é diferente de mim. As suas dores e os seus sofrimentos encontram ecos dentro de mim, dentro das minhas dores.*

*Na escolha do tema, as pessoas escolhem aquele que mais tocou o coração e como Adalberto fala “agente só reconhece no outro o que agente reconhece na gente”. Então, quando elegemos um tema é porque esse tema, essa dor, esse sofrimento ele encontra espaço em mim.*

*A TC é uma ferramenta poderosa na criação desta rede de solidariedade, onde eu não estou mais só. É um espaço onde se trabalha conseqüências futuras, se tenho uma dor, um sofrimento psíquico que é constante, e eu não encontro um espaço para que possa trabalhar isso, irei ter conseqüências, às vezes sérias, em alguns sujeitos, porque*

*tem pessoas, por exemplo, que reagem diante de uma dificuldade dando a volta por cima, mas nem todo mundo é assim.*

*Quando trabalhamos o Cuidando do Cuidador em Cabedelo, e fomos fazer o projeto, uma coisa que me chamou a atenção, foi à questão do sofrimento mental. Ainda estamos naquele paradigma, eu separo mente e corpo. Na Atenção Básica o que é que fazemos? Particularmente, cuidamos do ser humano apenas da cabeça para baixo. Mesmo tendo o discurso de que o homem não é só um corpo biológico, ele tem uma mente, emoções, ele está inserido num determinado contexto social. Mas, para vermos isso em ação, devemos compreender realmente que quebrar com os milênios deste paradigma. Para quebrarmos com isso, temos que procurar outros caminhos que não são conhecidos, para tanto precisamos nos lançar no escuro, mas isso não é tarefa fácil.*

*Sempre trabalhei junto com Maria Filha que é da Saúde Mental e Maria Djair que é da Atenção a Saúde da Mulher, porque dentro Saúde Coletiva, na Atenção Básica, trabalhamos só com paradigmas do processo saúde-doença, mas não vejo praticamente ações nesse nível em Saúde Mental. Por exemplo, chega uma pessoa na Unidade de Saúde da Família com algum problema ninguém sabe dar uma resposta. Fala-se do acolhimento, mas acolher é o encaminhamento para consulta médica. Às vezes, as pessoas chegam com a pressão alta, e a Enfermeira pergunta assim: “Mas, homem o que foi, andou comendo sal?”. E quando pergunto assim: “Não tem sido fácil a sua vida ultimamente não é minha flor?”, quantos olhos marejados de lágrimas, já vi!*

*Por detrás daquela subida de pressão tenho verificado que tem algo, tem uma dor, não é só o sal, só a comida, o corpo biológico que está pedindo socorro, muitas vezes é o corpo mental. Falamos tanto na ligação corpo-mente, mas nós temos medo de fazer ou não enxergamos ou não compreendemos realmente. Porque quando compreendemos nossa atitude muda. Pois, jamais vou fazer algo contrário ao que eu compreendi.*

*Os projetos terapêuticos trabalhados ainda são a nível corporal, biológico. Não estou acolhendo, nem ouvindo as dores dessas pessoas, o que torna o meu vínculo com elas muito limitado. Penso que não podemos desconsiderar essa questão agravante, que tem levado a transtornos mentais. Como vamos colocar na realidade ações práticas, da Atenção Básica na questão da promoção a Saúde Mental?*

*Compreendo que, promover a saúde física e mental, ou seja, direcionar para um novo paradigma é ofertar novas ferramentas tecnológicas. Não é só trabalhar com “Dona*

Lourdes” a questão só do seu joelho, mas é trabalhar com ela a questão familiar, porque isso aí gera sofrimento, dores e doenças.

Lembro que, estava havendo um curso de especialização em Saúde Mental onde andei dando umas aulas como facilitadora e Maria Filha me disse que Adalberto Barreto, vinha. Foi a primeira vez que o vi. Ele era um sujeito bem típico nordestino, de cabeça chata, pequenininho, com a cabeça quase enterrada nos ombros, mas quando ele abriu a boca, fiquei maravilhada. Primeiro me identifiquei com ele pelas raízes, a forma dele falar. Por ele ser um criador de um instrumento desses, com dois doutorados no exterior, hoje, dentro da academia, você imagina logo, é uma pessoa cheia de pompas, cheia de não me toques, sério. Mas aí chega aquele sujeito muito autêntico, simples. Eu me apaixonei. Fiquei maravilhada com o jeito dele falar, de se expressar porque sou sertaneja e tenho muito do linguajar dele. Quando estou junto do povão, me sinto a vontade porque isso me direciona para as minhas raízes, então, essa identificação foi muito forte.

Anteriormente, Maria Filha havia me passado um material de uma capacitação de Adalberto, que ela fez em Fortaleza, nele tinha um breve histórico da vida dele. Aquilo me encantou porque é um sujeito que está com um pé na realidade. Gosto de problematizar as coisas dentro da realidade e procurar o conhecimento como forma de dar respostas o que é bem diferente do movimento onde vamos buscar apenas resultados.

Depois fui dizer: “Professor muito obrigada pelo que o ouvi dizer, que eu posso ser quem sou”, porque muitas vezes, determinados espaços sociais colocam você em uma fôrma, e eu não sou uma pessoa de fôrma, sou o que eu sou, com isso não quero dizer que “Pau que nasce torto, não tem jeito e morre torto”. Agora se sou sertaneja, não quero perder essas raízes nunca, sem essas raízes vou ser o que? Então a partir daí compreendi melhor, o meu jeito de ser, a facilidade que tenho de me aproximar das pessoas porque elas entendem o meu linguajar e eu entendo o linguajar delas, e não devo ter vergonha. É isso que eu digo, ser o que se é.

Não devo me submeter a nenhuma cirurgia plástica dentro das minhas raízes, as minhas raízes são essas. E aonde eu for, elas vão comigo. Quando faço a TC aquelas expressões de raiz vão surgindo naturalmente no meu mote, antes eu decorava aquelas expressões que estavam dentro de mim. Hoje flui sem nenhuma dificuldade.

*Hoje, no Município de João Pessoa - PB politicamente, podemos dizer que não há uma política formada, mas há um esboço já bastante significativo de uma política, depois de tantos anos, de tantas governanças sem um projeto político na área da saúde.*

*Acredito que projeto político é um processo, e esse projeto como um processo vai tomando uma forma. Então, penso que uma das primeiras ações, foi redirecionar a questão da organização da Atenção Básica. Mas que paradigma nos norteia? Nossos discursos estão apontando o tempo inteiro para o rompimento de um modelo médico assistencial onde você só visualiza a doença, só trabalha a doença, o corpo doente, você não vê o outro.*

*Lembro que quando estava fazendo o meu curso, em João Pessoa - PB já existia 60 espaços onde já se fazia a TC. Quando você introduz algo, não pode ser de goela abaixo, esse instrumento, essa mudança tem que se concretizar na vida. São 60 espaços onde estão se trabalhando os sentimentos das pessoas, que não é uma coisa fácil.*

*Para fazer um trabalho, você tem que estar envolvido com a equipe, porque o trabalho é em equipe, o trabalho não é um trabalho aonde cada um vai para suas caixinhas e fica fazendo suas coisas. Porque se não for assim, não quebramos essa visão de um trabalho multidisciplinar, e não passa disso aí, porque multidisciplinar é ter o médico, o enfermeiro, o dentista e aí é a mesma coisa de morar a família toda em uma casa, mas ninguém se comunicar, ninguém trocar nada, cada um tem a sua vida independente e solitária, girando em torno de si próprio.*

*Como eu só posso falar daquilo que eu experêncio, dentro da comunidade onde tenho tido uma ligação maior, sei de pessoas que saem do sofrimento e daquele marasmo que era a sua vida de uma forma tão rápida, um desabrochar lindo. Elas não sabiam mais o que fazer da vida, se revelaram, já estão até com pequenos negócios, que é uma coisa que Adalberto coloca muito, quer dizer é trazer a resiliência dessas pessoas, é criar uma rede solidária para que essas pessoas compreendam a situação social de vida, a miséria que passam e o que é que elas podem fazer de diferente para melhorar sua vida.*

*Esse é o espaço resiliente, “eu tenho potencialidades”. Qual a nossa potencialidade enquanto comunidade? Porque cada um tem uma riqueza, se dermos ênfase a essa riqueza, esse espaço, que era de miséria e de dor eu o transformo, num espaço de partilhas, de conquista. Notamos, por exemplo, que pessoas que eram difíceis o acesso a elas, foram pessoas que criaram vínculos com a equipe, e se a equipe*

*passasse por uma dificuldade, logo ele dizia: “estamos aqui, o que podemos fazer para contribuir?”.*

*Então, se cria esse vínculo entre serviço e comunidade e a equipe sabe que pode contar a qualquer momento com essas pessoas. A criação de vínculo, o desabrochar do potencial dessas pessoas, que se encontravam com depressão e emergiram diante daquele quadro.*

*A TC é um instrumento que realmente trabalha essa promoção, promovendo a vida, mudando a qualidade de vida, porque muitas vezes achamos que mudar a qualidade de vida é tirar aquelas pessoas dali e botar num lugar bem chique, talvez elas nem saibam viver dessa forma. Eu digo por que moro ali perto do lixão do Roger e quando tiraram aquelas famílias dali e as botaram num prediozinho, todo mundo disse: “Oh, venderam tudinho”! Aí eu disse: “Minha gente, essas pessoas viviam dentro do lixo, de repente você as tira e as colocam num outro espaço, elas não sabem nem o que é que estão fazendo ali”.*

*Tem que ter cuidado com esses tipos de pensamentos, de atitudes. Penso que o Município está certíssimo. Não é coisa fácil, mas acho que é importantíssimo. E espero que continue, porque é um processo, as coisas vão ser cogitadas, mas nada está acabado, espero que a TC venha para ficar.*

*Essa questão dos desafios fica mais clara para quem está sofrendo o processo pedagógico. O sujeito que está se capacitando, ele está motivado é o que temos visto. Mas, acho que um dos primeiros desafios é justamente fazer com que as equipes compreendam esse movimento, a importância da Saúde Mental ter essas ações políticas. E a partir da visão de saúde e doença que cada membro vai ter, acho que está se colocando em prática a afirmação de um paradigma ou a quebra dele.*

*Elas dizem assim: “A equipe não adere”, acho que não é nem a adesão da equipe, é esse choque de visão, porque que se acho que a TC é uma coisa boba, é uma coisa a mais, está mexendo com a minha visão de saúde-doença, e transformá-la não é tarefa fácil.*

*Acho que esse desafio, não tem só a ver só com a equipe que está lá, com o profissional que está lá, mas acho que tem a ver com o processo de formação, com o processo de gestão, com o processo aqui de sujeitos que estão sendo formados. Se prestarmos atenção tudo vinha de cima para baixo, a política de saúde ela descia de cima para baixo.*

*A TC é um instrumento que leva um tempo de ressonância porque vai se implantando, se firmando, criando esse vínculo e vínculo não é uma coisa para já. Criação de vínculo, abertura, confiança, são coisas que vamos conquistando. Mas, penso assim as pessoas que participam, são pessoas assíduas, que não faltam, principalmente o pessoal idoso, até se arrumam, porque é um espaço que eles encontram, sabe-se que impressão do idoso na nossa sociedade é essa: “Ele não vale mais nada porque não trabalha, não faz nada”, e a cultura nossa é aquela que logo o escanteia.*

*A TC é um espaço onde cabem todos, tenho tido assim experiências de crianças, que até votam no problema e dizem por que estão votando. Então, é um espaço que acolhe do velho as crianças e eles maravilham você.*

*Agora, estou com uma colega que está fazendo TC ali na igreja. Na primeira vez, ela tentou fazer, e não foi ninguém. Aí na segunda veio duas pessoas. Ontem não foi ninguém. Quer dizer, no início é difícil. Você tem que divulgar, porque a equipe ela tem alguns sujeitos, algumas pessoas da comunidade que tem uma ligação maior, mas realmente toda a equipe tem que se envolver, divulgando, chamando.*

*Um dos maiores desafios do SUS é a participação da própria comunidade, porque as pessoas sempre foram excluídas do problema, então só vou em uma Unidade de Saúde ou atentar para um convite de uma equipe se tiver alguma coisa que me atraia, comida, festa. Mas falar de problema? A população nunca foi chamada para nada, nunca foi perguntado nada a ela, ela nunca foi convidada a participar de nada.*

*Hoje trazemos do espaço do serviço essa oferta para a comunidade, antes nem isso, e de repente, queremos que a população adira a TC quase que num passe de mágica. Em alguns espaços a questão é não desistir, é continuar, porque uma hora, isso começa a vingar. Quando a equipe tem um envolvimento maior, observamos que, esse retorno é mais rápido, quando a equipe não tem muito esse envolvimento, não acontece.*

*Quando comecei a fazer TC com uma colega, ela me pediu que a ajudasse, pois estava sozinha, fazíamos na APAE ali nos Bancários. No primeiro dia que cheguei lá, tinha três mães, mas pense que TC gostosa. Essas mães estavam ali fazendo a consulta com os filhos, depois elas multiplicaram para outras mães, então o grupo começou a crescer para oito, nove pessoas, um espetáculo.*

*Um outro desafio é o espaço, muitas vezes a Unidade não tem o espaço necessário. E, às vezes, quando não se tem um vínculo uma rede de apoio construída, ficamos peregrinando atrás de um espaço. Mas penso que os recursos da comunidade são muito ricos, basta irmos atrás e trabalharmos isso.*

*Se quisermos fazer integralidade no SUS, temos que construir uma rede de qualidade, o serviço sem uma rede de apoio não é nada, isso obriga as equipes, no sentido de abrir os olhos, não podemos trabalhar isoladamente, sozinhos, temos que construir uma rede de apoio. Temos ONGs, Casa da Cidadania, associações de juventude, pastorais, igrejas.*

*Quando falamos em cuidado integral na integralidade, temos que entender o SUS como um processo, o SUS não é algo totalmente acabado não, é algo que está em construção. Aliás, não existe nada acabado, só uma vida que encerrou, exalou o último suspiro, esta vida aqui está encerrada, porque ela não tem capacidade de um passo mais a frente. Mas todas as coisas na nossa própria vida, o SUS, a TC, política são etapas processuais.*

*A TC é um espaço que tenho para falar das minhas coisas, para passar uma tarde diferente, para aliviar, para ouvir as outras pessoas, para ajudar, para crescer, para mudar “Eu mudei, eu estou mudando, eu não sou mais aquela”. O contato que tenho com as pessoas que não são da minha convivência, do meu espaço acadêmico é um, meu espaço de TC é outro. Então, agradeço demais a essas pessoas, sofridas e inocentes, porque contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e para reforçar a minha linha de trabalho na minha vida. Olhar para aquelas pessoas simples, que não tem um rei dentro delas, nos ajuda a descobrir e redescobrir as raízes. Sou grata a essas pessoas pela rica oportunidade de aprendizagem, porque determinadas histórias de vida de outras pessoas da comunidade se refletem dentro da minha própria história.*



É psicóloga, vinda do Estado de São Paulo – SP, e aqui encontrou a Terapia Comunitária como uma nova possibilidade no caminho do cuidar.

*[...] você consegue dialogar com a subjetividade do outro [...] não vai focar só na doença, e sim o que está por traz disso [...]*

*Vim de outra cidade e cheguei à gestão em julho de 2006. Eu era coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e trabalhava na parte de atenção à DST e AIDS do Município de João Pessoa. Nessa mesma época, fui convidada para estar à frente do Distrito Sanitário IV.*

*Acho que, em janeiro de 2007, ouvi, pela primeira vez, falar em Terapia Comunitária (TC). Começamos aqui pela Secretaria, trabalhando na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), com a proposta da implantação da TC. Inicialmente divulgamos a proposta, abrimos as inscrições, foi um número muito grande de inscritos. Por ser psicóloga, fui solicitada para fazer as entrevistas com as pessoas para traçar o perfil e visualizar minimamente as pessoas que davam conta para ser terapeuta comunitário. Passamos o dia entrevistando, afunilando esse número. Na primeira turma, acho que ficaram umas 65 pessoas.*

*A proposta foi implantada como política pública, aqui pela Secretaria de Saúde de João Pessoa. Nós, diretoras de Distrito, não passamos por esse processo de seleção para ser terapeuta, isso porque, já tínhamos uma vaga garantida.*

*Conheci Adalberto pessoalmente em Fortaleza, no IV módulo, que foi o último módulo. Foi bem interessante conhecer a proposta, participar, passar um dia no “Projeto*



Quatro Varas”, conhecer como foi o nascimento de tudo há mais de 20 anos, como é que foi e agora em que estrutura está.

*Percebo, como uma das principais importâncias da Terapia Comunitária para o Projeto Político, essa interlocução, essa rede de conversas, de comunicação que a TC é capaz de fazer. Hoje, no Município de João Pessoa, estão acontecendo vários movimentos interessantes, em relação a esta rede de diálogos, de saber o que a Atenção Básica está conseguindo.*

*Temos ainda um déficit muito grande em relação à nossa rede de Saúde Mental do Município de João Pessoa, mas a TC preenche uma parte desta lacuna, dessa rede substitutiva, ela proporciona a escuta, acima de tudo, da história do dia-a-dia, da subjetividade do ser humano.*

*A TC vai muito ao ponto de pessoas com baixa auto-estima. Por estar na comunidade, por ter sido iniciada numa favela em Fortaleza, ela já tem história. É uma estratégia que pode proporcionar relação da sociedade com os profissionais, da Saúde Mental, da subjetividade, é uma rede mesmo. Ela faz ressurgir problemas que, muitas vezes, estavam ali, e quando colocamos para fora, diminui a depressão, a busca por consultas psiquiátricas, muitas coisas ela consegue diminuir ou prevenir. A TC é uma forma de prevenir internações, busca por CAPS. Ela consegue fazer um atendimento mais no sentido da prevenção para que nós não tenhamos um CAPS cheio de gente ou uma necessidade de consultas psiquiátricas exorbitantes, com uso de medicação controlada e receituário azul. Essa busca que muita gente, às vezes, faz, porque elas não conhecem a TC, então não colocam para fora e procuram o caminho da medicalização.*

*Vejo como primordial na TC isso de fazer com que o profissional, principalmente da Atenção Básica e do PSF, que são muitos, são 180 Unidades de Saúde da Família em João Pessoa - PB, ele consiga colocar em prática essa relação direta com o usuário, com a usuária. De ouvir o outro lado, escutar suas subjetividades e não tratar só a doença ou a queixa que vem nos consultórios.*

*Quando há médicas (que são poucas terapeutas comunitárias hoje no Município de João Pessoa – PB), a enfermeira e a dentista, conseguem sentar em roda e passar uma hora e dez, uma hora e vinte minutos, ouvindo os problemas... Elas entram em contato com a sua subjetividade e com a subjetividade do usuário, da usuária. “Ah!... Aquela usuária vem todo dia aqui”... Ela pode estar carente, pode estar com problemas, a casa dela pode estar com tudo muito ruim e ela todo dia tem que sair para a Unidade buscar algum serviço. Neste momento, é quando você consegue dialogar com a*

*subjetividade do outro, vai fazendo o segmento, vai ampliando o seu horizonte em relação à doença do outro, não vai focar só a doença, e sim, o que está por traz disso.*

*Claro que visualizamos algumas mudanças, o profissional passa a fazer um olhar diferenciado com o usuário, com a usuária. O médico, muitas vezes, prescrevia um exame, uma consulta, uma medicação, mas não tinha esse olhar. O que vinha por traz dessa gastrite, o que vinha provocando esse estresse, essa ansiedade, o que estava por traz dessa luta.*

*Notoriamente se percebe que esse profissional ou as pessoas que passaram por uma formação em TC - falo dos profissionais que atuam na Atenção Básica - eles mudaram o seu ponto de vista, eles passaram a olhar o usuário e verem outras coisas além daquele corpo que traz a queixa. Com relação à auto-estima, as pessoas que buscam a TC, que fazem uso desses encontros, elas hoje se percebem no mundo, muitas vezes estavam aí só por estar, não se observavam, não se sentiam, não se olhavam no espelho durante o dia, não se cuidavam, vimos muito isso.*

*Publiquei um trabalho num Encontro que ocorreu em Porto Alegre - RS, num Congresso de Terapia Comunitária, em outubro do ano passado (2007), sobre os acompanhantes, os cuidadores dos usuários internos de um Hospital aqui de João Pessoa. O Hospital cuidava do interno, e ninguém cuidava do acompanhante. O acompanhante ele está ali. Ele sofre muito, pois está geralmente acompanhando uma pessoa da família, um ente querido, uma pessoa próxima. Nesse Hospital, tinha muita gente com câncer, então, muitas vezes, essa pessoa sabia da possibilidade da morte daquela pessoa, e o sofrimento era muito grande, então fizemos a TC com essas pessoas que eram cuidadores dos pacientes internos, os acompanhantes.*

*Estes acompanhantes não tinham essa válvula, esse espaço de dizer assim: “tô mau, tô péssimo!”, como muitas vezes eu ouvi: “eu não posso chorar na frente dele ou na frente dela, tenho que sair para chorar, mas tenho que ser forte na frente dela...”.O Hospital só visualizava, só cuidava do interno, e o acompanhante do interno? Ele também sofre, também tem dores, por conta da própria internação desse paciente, desse familiar.*

*A TC consegue fazer com que percebamos que o que está sendo colocado não é só aquilo que é verbalizado, se dermos um espaço, virão outras coisas, traumas, problemas familiares, coisas do cotidiano, que dificultam e podem trazer uma doença no final das contas. Uma gastrite não é uma gastrite, ela está instalada, mas por conta de outras coisas, da mesma forma, um câncer, um AVC, uma pressão alta. Então... essas pessoas começaram a colocar, viram que melhoravam, e traziam mais gente, convidavam*

*mais pessoas, porque sabiam que sentiam algum resultado, alguma coisa mudava. De pessoas virem... vamos dizer assim... desarrumadas, desajeitas no primeiro dia. Na segunda ou terceira reunião, a coisa já mudava, até o aspecto físico, a forma, a postura, o olhar... já tinha brilho, o que antes não tinha.*

*Lembro de uma mulher que sempre vinha com roupas escuras, pretas. Ela estava num processo talvez de... início de depressão. Na primeira vez, ela veio não acreditando na TC. No entanto, ocorreu que, na terceira ou na quarta sessão, essa mulher veio maquiada, com roupas de cores. Os próprios usuários, as próprias pessoas que estavam participando da TC perceberam a mudança que foi assim drástica, positivamente falando. Ela tava com outro aspecto, se sentia gente, tinha um outro olhar diante da vida, então assim... com três encontros...*

*No curso de formação, tive uma dificuldade, não sei dizer o que me marcou mais, mas no que tive maior dificuldade foi num módulo que trabalhava a coisa mais técnica da psicose, o uso dos termos mais técnicos... não sei se porque achei muito pouco tempo... se para quatro dias foi muita informação. Tive dificuldade com isso, porque não gosto de tachar nada, de carimbar... e para mim, foi uma dificuldade. Os outros módulos não.*

*O primeiro módulo é aquele de mexer com a subjetividade, de se trabalhar internamente com as coisas que estavam guardadas. Pela minha própria história da Psicologia e por ser psicóloga clínica, por gostar também do social, assim como eu, algumas pessoas tiveram dificuldades, até por se conhecerem... Muitos estavam guardando suas coisas.*

*Foi interessante para mim, como uma coisa nova, mas, para algumas pessoas, ocorreram mudanças assim bem... drásticas, positivamente falando. Algumas pessoas mudaram assim a forma do cabelo, no outro módulo, já estavam outra pessoa, porque se viram de outra forma e sentiram a necessidade de mudar. Eu não tive nenhuma mudança, comecei e saí com as mesmas posturas.*

*Para mim, foi um encontro com uma teoria, com uma proposta, com uma estratégia, de mexer com a subjetividade das pessoas de uma forma que não necessariamente precisaria de uma graduação em Psicologia, porque passei por tantos processos de trabalho interno da terapia individual minha, da própria graduação, mas de uma coisa mais popular, mais comunitária. Para mim, foi muito positivo este encontro com a TC.*

*Teve um módulo em que discutimos muito sobre os motes, a cultura, o diálogo, a comunicação, a relação de comunicação, foi bem interessante. Numa intervisão, vimos*

*também histórias de vida, contos, piadas. Até numa das vivências, trabalhamos um pouco os Chakras, e o meu da garganta era bem complicado. Eu tinha uma dificuldade com músicas... de cantar, não sabia, não tinha jeito de colocar o povo para cantar. Eu sou mais de aplicar uma dinâmica, alguma coisa, mas cantar mesmo eu tinha dificuldade.*

*Esse módulo ele proporcionou essa coisa do conto, da cultura popular, da aproximação mesmo com o dia-a-dia da usuária, da pessoa que esta ali, da forma de falar, foi bem interessante para mim, me aproximou mais da comunicação mesmo. Porque acho que estou me comunicando de uma forma, mas o outro pode não estar entendendo e de que forma eu posso me aproximar dessa necessidade. E na TC precisa muito disso, dessa conversa.*

*Maria Djair e Maria Filha, as meninas, elas têm muito essa coisa de conseguir se aproximar da conversa, quer seja da zona rural, seja de qualquer forma. Se elas sentem que a pessoa é da zona rural, elas falam e têm outro discurso, outro diálogo, vão e colocam as palavras que as pessoas realmente entendem. Isto é muito interessante, acho que não só para o terapeuta comunitário, mas para qualquer pessoa, para qualquer profissional.*

*Tenho um exemplo na pele com relação a isso. Quando fazia atendimento psicológico individual num Hospital, atendia uma pessoa que estava fazendo tratamento de quimioterapia, e aí, nesse tratamento, perguntei:*

*“Ah! Como você está no tratamento?”*

*E ela respondeu:*

*“Ah! O que eu não gosto é do pé ligeiro”.*

*Fiquei com uma interrogação em relação ao que era “pé ligeiro”. Lembrei da supervisão, e “pé ligeiro” nada mais era do que diarreia. Quando vinha a diarreia, ela corria para o banheiro, e o “pé ligeiro” era correr para o banheiro. Então... se a pessoa não soubesse mais ou menos o que era, o diálogo seria muito difícil. Trago esse exemplo, porque, no dia-a-dia, falamos português, mas muitas vezes não somos entendidos. Então esse exemplo foi bem interessante para mim!*

*A TC é mais uma ferramenta importantíssima para aplicar com os profissionais e com os usuários, só que... eu tinha muitas atividades como diretora. Coloquei, então, uma meta que, até dezembro de 2007, eu terminaria. Ao todo são 50 encontros de TC para concluir a formação na primeira parte.*

*E coloquei uma meta: começamos em fevereiro de 2007, e em dezembro tinha que alcançar os 50 encontros e consegui. A dificuldade foi grande, com toda a correria,*

*mas fiz 51encontros. Hoje, estamos quase no meio do ano e tem pessoas que não concluíram ainda; já concluí desde o ano passado, mesmo como diretora. O que me ajudou mais e fez concluir foi porque fiz os encontros de TC no terceiro turno no Hospital. Trabalhava os três turnos, foi bem complicado..., ficava manhã e tarde no Distrito e à noite eu fazia a TC. Fiz porque foi uma coisa que eu coloquei como meta.*

*A saúde ela nunca é para amanhã ou para depois, ela sempre é para ontem. As pessoas necessitam de saúde sempre para o agora, nunca dá para esperar, então é difícil. Ainda estou sentindo o desafio de continuar.*

*Hoje, estou em outro impasse: visualizo momentos em que eu possa atuar não como Diretora daquele serviço, mas como terapeuta comunitária, é um desafio que estou tendo que implantar. Nesse próximo mês, possivelmente iremos inaugurar o serviço, que é um Centro de Atenção à Saúde no CAIS. Assim que inaugurar o serviço, já vou montar dias de TC, para os profissionais e para os usuários que buscam esse serviço.*

*Os profissionais eles sentem a necessidade de procurar espaços para a realização da TC, porque, muitas vezes, a Unidade de Saúde da Família não dá, é muito pequena, não tem possibilidade, tem Unidades que têm estrutura, mas têm outras que não a têm. Aí geralmente procuramos Igrejas, grupos de AA ou a casa de alguém. Inicialmente era uma dificuldade, claro que cada dupla nas suas atitudes, na sua busca de concluir o serviço, de fazer a TC, de ser terapeuta comunitário, cada um montou a sua estratégia.*

*O desafio é de continuar. Tivemos a primeira turma, agora temos a segunda turma, ela já está no segundo módulo e parece que com mais 65 pessoas. É permanecer, é dar continuidade, porque senão você é engolido pelo serviço, pela agenda, pela demanda e não faz esse olhar de terapeuta.*

*Como estávamos recentemente discutindo na especialização, tem as tecnologias que colocamos em prática, tem tecnologias duras e tem as tecnologias leves, que pode ser uma roda de TC, só que, muitas vezes, somos capturados pelas tecnologias duras, pela agenda ou pelo protocolo... ,são coisas, ferramentas que temos que nos aproximarmos delas, mas não podemos nos deixar sermos capturados por elas.*

*Sempre devemos estar pensando no ser humano como um todo. Um usuário não pode estar batendo na sua porta, procurando uma receita de um receituário azul, de uma medicação controlada psicotrópica, não. Por que não convidar essa pessoa para montar um grupo de TC? E esta pessoa ser inserida nesse grupo... Então, é sempre estar fazendo esta lembrança, estar atuando como terapeuta comunitário. Fazer com que as pessoas se conheçam, acima de tudo, que não se fixem num problema, e não, se*

*segurem, se apeguem a ele, e o segurem para o resto da vida, porque ele pode ter outros horizontes, outros olhares, então é um desafio.*

*Têm alguns profissionais que se sobressaem. No Distrito Sanitário IV, têm profissionais que vestiram a camisa, tem exemplos no Distrito Sanitário V que são extraordinários, a médica, a enfermeira. Eles colocam como parte do projeto terapêutico desse usuário, dessa usuária a TC, não só a medicação, o encaminhamento ou o exame, mas a TC, fazendo parte desse projeto terapêutico, dessa necessidade de saúde.*

*Têm profissionais que colocam isso, têm outros não, que não conseguem. Quando estão de férias, não fazem, e aí acabam quebrando o vínculo, o ritmo dos encontros semanais. Então, tem pessoas que não fazem... colocam como uma obrigação no serviço, tem uns assim, mas tem outros não, que vestiram a camisa e são terapeutas comunitários 24 horas, de coração.*

*Hoje, em João Pessoa, nos serviços de Saúde, todo mundo sabe o que é a TC. Mas acho que a Secretaria de Saúde precisa ampliar para outras Secretarias. Se aproximar da Secretaria da Educação, da Secretaria de Ação Social. Outras secretarias precisam conhecer essa ferramenta, fazer a TC, que é o que estou propondo, no serviço e numa escola no grupo de pais. No dia da reunião de pais dessa escola, fazemos a TC.*

*Então, ampliar esse olhar para outras Secretarias, claro que, na Secretaria de Saúde, nem todos os PSF's tem um terapeuta comunitário ainda, porque estamos só na segunda turma de formação, mas claro que vai ser ampliado. Precisamos fazer esse olhar. A Secretaria de Educação, acho que deveria trabalhar a violência com adolescentes, a droga, o aborto, a gravidez indesejada, todas essas temáticas próximas a essa faixa etária poderiam ser colocadas através da Terapia Comunitária.*

*Nessa segunda turma, me parece, que já tem pessoas convidadas de outras Secretarias, não sei se estão mesmo atuando, mas quando fizemos a lista da entrevista, ampliamos, colocamos uma ou duas vagas por Secretaria, a Educação parece estar no meio, a Ação Social. Então, já existe uma ou duas pessoas, para começarmos a semear, vamos dizer assim, a plantar essa curiosidade ou esse gosto, ou essa necessidade de aproximação com a TC em outras Secretarias.*

*A TC está dando certo na Secretaria de Saúde, ela está em muitos momentos preenchendo um vácuo que existe na rede de Saúde Mental do Município, que é muito pequena para esta estrutura de cidade, para este Município, para esta Capital. Está se fazendo um CAPS, daqui a dois ou três meses, vamos inaugurar outro CAPS. Já se inaugurou um CAPS infantil, existe uma residência terapêutica com sete mulheres, que*

*passaram mais de vinte anos no Juliano Moreira, e hoje elas se encontram numa residência terapêutica no Distrito IV. Alguns serviços já estão sendo feitos, mas, claro, que muito ainda precisa ser feito.*



É psicóloga, hoje diretora do CAPS Gutemberg Botelho; em sua história relata que vem se mostrando satisfeita com os resultados da Terapia Comunitária enquanto ferramenta de cuidar que possibilita o trabalho com um número considerável de participantes. No CAPS, essa tem sido uma experiência bastante significativa na escuta qualificada dos usuários.

*[...] se colocar em uma roda de Terapia Comunitária, é se colocar de igual para igual com o outro [...]*

*Interessei-me pela Terapia Comunitária quando fiz uma especialização em Saúde Mental em 2005 na UFPB com Maria Filha e Djair. Elas já vinham fazendo Terapia Comunitária numa determinada comunidade e sempre me convidavam para ir participar. Mas, por uma coisa ou por outra, por falta de oportunidade nunca fui. Ai nesse curso de Especialização tivemos a oportunidade de termos uma aula, um encontro com o Professor Adalberto. Ele nos falou um pouco do surgimento e da história da Terapia Comunitária.*

*Isto aumentou, ainda mais, meu interesse pela história da Terapia Comunitária. Pois, entendi que este poderia ser um instrumento para trabalharmos as questões leves, com um número muito maior de pessoas, na questão da Saúde Mental da comunidade, direcionando para uma escuta mais qualificada que pode dar muito bons resultados.*

*Então, no ano passado (2007) quando a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa - PB ofereceu o curso para a formação da primeira turma de terapeutas comunitários não perdi a oportunidade e me inscrevi. O curso se dá de forma que depois*



*do primeiro módulo os alunos já começam a praticar a Terapia Comunitária nos seus devidos locais de trabalho. Então começamos a fazê-la e não paramos mais.*

*No decorrer dos módulos fui concretizando e ficando ciente de que de fato a Terapia Comunitária era uma coisa legal que poderia ter seus resultados alcançados.*

*Hoje, dentro do modelo de atenção que o Ministério da Saúde preconiza sabemos que precisamos estar discutindo a questão da Saúde Mental junto a Atenção Básica levando a mensagem que a Saúde Mental é problema de todo mundo. As coisas começam a aparecer lá na Atenção Básica e ela tem condições de começar a direcionar e ajudar na resolução de algumas delas.*

*Aí se dá a importância da Terapia Comunitária no processo de reorganização porque à medida que ela vai acontecendo lá nas comunidades e que se têm pessoas da Atenção Básica atreladas a isso, as coisas começam a eclodir de forma que elas começam a ser trabalhadas, minimizadas e direcionadas.*

*A Terapia Comunitária é um instrumento excelente, que podemos estar utilizando, pois atinge um número relativamente grande de pessoas. Já chegamos a fazer uma roda com 40 pessoas. Então, é legal porque numa roda de Terapia Comunitária quando trabalhamos um determinado mote, imaginamos que estamos trabalhando uma situação problema para uma pessoa e na verdade, na maioria das vezes, grande parte do grupo se identifica e vai trabalhando junto a sua problemática.*

*Aqui no CAPS estamos sempre avaliando nossa conduta, pois é uma prática do serviço sempre estarmos fazendo rodas de discussão com nossos usuários e com a equipe técnica. Elas acontecem sistematicamente toda quinta-feira com a equipe técnica e com os usuários temos vários grupos operativos onde discutimos algumas coisas da nossa prática. E como a Terapia Comunitária passou a fazer parte do cronograma de atividades e serviços ela também está sendo avaliada pelos usuários. A medida que vamos abrindo as rodas de discussões, vamos avaliando e aí é muito freqüente você ouvir a fala das pessoas.*

*No caso, especialmente, de quem trabalha com doente mental, sabe-se que a esquizofrenia, por exemplo, é uma doença que compromete muito a questão da afetividade. E a Terapia Comunitária oportuniza isso, à medida que as pessoas começam a freqüentar as rodas, elas começam a fortalecer os vínculos, e vão fazendo novos vínculos, e à medida que vão fazendo novos vínculos, vão abrindo algumas defesas que eram muito difíceis.*

*Então, um dos benefícios que se percebe e que foi avaliado pelo próprio grupo que participa é que: a Terapia Comunitária fortalece vínculos afetivos.*

*Além de que, por exemplo, depois que as pessoas começam a freqüentar a Terapia Comunitária, percebe-se claramente a redução no uso do benzodiazepinico, isso porque na Terapia Comunitária as pessoas fazem um processo de identificação e trabalham suas questões interiores de maneira que espontaneamente elas começam a depender menos desse medicamento. E na nossa avaliação esses dois pontos têm uma importância tremenda.*

*Temos algumas histórias que precisavam serem registradas, porque são experiências fantásticas de pacientes difíceis de interagir com qualquer tipo de grupo de outra natureza que tinham aqui. Usuários que costumavam estar presentes em outras atividades de uma forma apática, não muito participativa, e quando se identificaram com a Terapia Comunitária, muitas vezes, surpreenderam com a postura, a fala, a participação ativa. Passaram a compartilhar sua história, sua experiência, falar de como superou, de como tem convivido com aquilo, participar de uma maneira, que para nós que temos convivido... Esse processo tem sido surpreendente e muito gratificante.*

*Assim quando termina a Terapia Comunitária, e vamos avaliar como foi, quando contamos para os colegas de trabalho, ficam todos sem acreditar. Isso porque a nossa clientela é de doentes mentais graves, que tem grave sofrimento mental. Então, se já é surpreendente você participar de uma roda com pessoas diagnosticadas sem transtorno mental, imagina uma roda como essa. Às vezes é um desafio, porque tem dia que não dá, o cara começa a falar: “Não porque eu tô com problemas lá em casa, porque o cachorro da vizinha esta latindo muito, mas aí subi no pé de jabuticaba, e comecei a chupar jabuticaba, a lâmpada está acesa, não, a lâmpada não está acesa. Eu acho que a lâmpada está apagada. Mas aí o portão lá de fora está fechado...”*

*Então tem hora que precisa ter paciência, habilidade de costurar, de retomar as coisas, e aí tem um determinado usuário aqui que quando ele começa a falar se agente tenta interromper ele diz: “a senhora não disse... olha a lei do silêncio, estou falando, por favor, não me interrompa”.*

*E aí não insista, porque naquele momento ele pode se irritar, e aí temos que pensar que caminho vamos trilhar, para conseguirmos trazê-lo de volta, para esse meio. Mas são assim, dificuldades que vão surgindo e não temos receita de bolo pronta, vamos tentando descobrir estratégias para continuar e no fim tem dado muito certo.*

*A Terapia Comunitária na verdade remete a algumas discussões que são profundas. Quando você se coloca numa roda, já está sugerindo que ali você está se colocando de igual para igual. O doutor, ele já perde um pouco esse espaço para se juntar àquela comunidade, aquele grupo de pessoas, e isso sabemos que boa parte da sociedade e dos profissionais de saúde ainda tem resistência. E hoje o que tentamos é uma quebra de paradigmas, dentro de uma visão muito mais sanitaria, mas as pessoas ainda resistem muito a este tipo de coisa.*

*Na Terapia Comunitária trabalhamos em duplas de terapeutas e algumas delas têm enfrentado muita dificuldade, por exemplo, de conseguir alguma estratégia para atrair a comunidade para os encontros. Escutamos relatos de duplas que vão fazer a Terapia Comunitária, quando chegam lá, tem duas ou três pessoas, aí não tem condição, e acabam abrindo uma roda de conversa. Particularmente aqui no CAPS eu e meu parceiro, não temos dificuldade, até porque já temos uma clientela que já vem ao serviço sistematicamente e temos um espaço físico adequado. Os profissionais são acessíveis, tem respeito, tem entendimento, tem crédito com a Terapia Comunitária.*

*Mas, quem faz roda de Terapia Comunitária em unidades de PSF que são pequenas e não comportam ficam tentando encontrar locais na comunidade para fazerem, mas nem sempre têm disponibilidade, pois há dificuldade de horário.*

*Tenho escutado relatos de outras duplas, que também um dos problemas é que a equipe não escuta, não participa, não colabora, não dá a devida importância, não dá o devido feedback. Esse não é o meu relato, aqui no CAPS particularmente nem toda a equipe participa da Terapia Comunitária, normalmente além de mim e de Junior (minha dupla) na roda, ainda participa um técnico ou dois, pois temos uma demanda muito grande na casa e as pessoas estão sempre ocupadas, mas assim mesmo, nas reuniões sistemáticas as pessoas elas dão muito feedback, muito atenção elas estão sempre convidando o usuário e o familiar a participar, aí as vezes vem crianças, porque a Terapia Comunitária é aberta a quem quiser participar. É uma roda bem diversificada.*

*Ainda são poucos Terapeutas Comunitários inclusive em formação, mas acho que a perspectiva é de evoluir, é de crescer enquanto grupo de terapeutas comunitários.*

*Não foi a toa que criamos uma Associação dos Terapeutas Comunitários da Paraíba, ainda é uma coisa muito nova, uma prática nova, recente, sabemos que historicamente ainda é muito nova no PSF, mas acho que a perspectiva é de que a coisa cresça, agora com o incentivo do Ministério da Saúde que está disponibilizando verbas para a formação de terapeutas comunitários.*

*Já tínhamos a ABRATECOM que é a associação nacional dos terapeutas comunitários. Mas havia uma discussão política de um grupo que tinha claramente o que era que queria o grupo da primeira turma de terapeutas comunitários, da qual eu fazia parte, começamos a discutir a necessidade de fundar uma Associação para poder estar divulgando, fomentando discussões, dando novos cursos, formando novas pessoas, apresentando projetos para vários Municípios. A partir dessa discussão criou-se essa Associação.*

*Quanto à divulgação acho que podíamos fazê-la melhor, não sei exatamente como, mas ainda temos muitas pessoas que não têm conhecimento da Terapia Comunitária, inclusive profissionais de saúde. De vez em quando, converso muito com colegas, profissionais de saúde de outras secretárias, de outras esferas, do Estado, funcionários federais que não tem conhecimento do que seja. Então acho que poderíamos melhorar nesse sentido.*

*O que mudou em mim? Essa pergunta sempre é feita nos módulos do curso e até me sinto meio esquisita porque as pessoas fazem cada depoimento, “porque eu era uma outra pessoa, porque eu me modifiquei, porque...”. Não ocorreram grandes mudanças na minha forma de ser não. Assim, o que mudou lógico, eu ampliei e adquiri mais conhecimento, mas... Sandra e Sandra profissional já tinham mais ou menos essa forma de pensar. A história de que tinha gente que precisava trilhar alguns caminhos, que não era o que já vinha fazendo daquela maneira, da atenção individualizada, da atenção com o foco na doença. Isso é uma questão que já venho carregando no meu saber há muito tempo.*

*Na verdade, a Terapia Comunitária veio corroborar com a minha forma de pensar, com esse novo olhar, veio me fortalecer interiormente, me oportunizando ter certeza do que pensava, do que queria pensar, porque se quer pensar e nem sempre pode. Ela me instrumentalizou, é um instrumento a mais que hoje me empoderei para que pudesse estar utilizando na minha prática, no meu dia-a-dia. De fato colaborou com isso, não houve uma grande transformação, não, não diria que era uma pessoa antes e que depois da Terapia Comunitária sou uma nova mulher, uma nova profissional. Não, não diria isso, diria que estou feliz de poder participar, de poder contribuir com este novo olhar, com esta nova forma... Talvez tenha ficado mais feliz ainda, porque fiquei aliviada de poder colocar em prática uma coisa que gostaria de fazer e não sabia como. Isso talvez tenha me dado certo alento.*



É paulistano, homem de comedidas palavras. Em seu discurso, destaca mudanças em relação à área de Saúde Mental, com a chegada da Terapia Comunitária.

*A Terapia Comunitária é um espaço de diálogo, onde se fala do que dói e das coisas boas [...] é possível conversar com respeito e ética sobre as questões da nossa vida.*

*Sou de São Paulo, de São José dos Campos. Foi lá que fiz minha formação como terapeuta comunitário e que conheci Adalberto. Ele deu o primeiro e o último módulos. Terminado minha formação fui para Fortaleza - CE, onde conheci o pessoal daqui de João Pessoa - PB.*

*Vim, como colaborador, fazer parte do primeiro módulo do primeiro grupo daqui (João Pessoa - PB), no ano passado (2007). Eles estavam fazendo a formação e me convidaram para assumir a coordenação de Saúde Mental. Agora, já no segundo módulo, fiquei mais próximo desse grupo. Sinto que ainda têm-se algumas dificuldades, mas o mais importante é tentar estar cobrindo toda a rede.*

*Foi grande o número de pessoas que buscaram fazer inscrições para esse segundo curso. Entre os profissionais tem uma repercussão, um interesse em se apropriar dessa ferramenta, só isso já me faz um bem significativo.*

*Tem pessoas que já vinham fazendo, que já vinham participando como co-terapeutas, como auxiliares lá nos grupos existentes. Acho que essa é uma mudança cultural bastante significativa. Nos grupos que existem sabemos que as pessoas têm uma*

*boa aceitação, elas participam, aderem ao serviço e às vezes não conseguem aderência, mas é problema dos terapeutas. Terapeuta que falta, que não vai, é mais um problema do terapeuta do que da própria comunidade.*

*O primeiro momento foi para fazer com que as pessoas entendessem o que era o processo. Acho que como em outros grupos, às vezes, se tem certa resistência dentro da própria equipe, por não entender, então não encaminham, e às vezes até não acreditam muito.*

*O que me chama mais atenção é essa possibilidade do trabalho na comunidade, de discutir os problemas da comunidade, criar uma identidade, uma identificação, dar um corpo social e não só, uma forma especificamente voltada para a Terapia Comunitária, para uma psicoterapia. Às vezes, fica um grupo meio de desabafo, sinto que ainda não tem a compreensão.*

*Aqui, em João Pessoa - PB, é mais difícil até porque, sinto que ainda tem muito preconceito em relação à Saúde Mental. Outro dia, não consegui pegar um táxi porque estava em frente ao Juliano Moreira, depois que passaram vários consegui pegar um, aí perguntei ao motorista: "Tem algum problema?" Ele disse: "É, agente não gosta muito de parar aqui..." A Residência Terapêutica não conseguia aluguel, porque quando as pessoas sabiam para que era a Residência Terapêutica, diziam: "Não, não vou alugar".*

*Aqui tem uma resistência sim, e uma falta de entendimento dos trabalhadores, da comunidade. Acho que esse é um dos desafios, fazer entender que a idéia principal da Terapia Comunitária aqui em João Pessoa é fazer a prevenção. Até para poder juntar, no primeiro momento a TC, a linha de cuidado em Saúde Mental com as pessoas que estão usando medicação sem critério há muito tempo ou que entraram em crise só por falta de um apoio, de uma conversa.*

*Uma das questões é, acho que ainda não conseguimos medir isso, de ter grupos específicos, com a questão da desmedicalização. Essa seria uma possibilidade de estarmos construindo. Mas às vezes, ainda temos uma dificuldade de diálogo da formação com a política de Saúde Mental. Aliás, que ainda são coisas separadas. Na prática ainda não conseguimos juntar.*

*A Terapia Comunitária tem uma linha de trabalho dentro da Secretaria, mas ainda não está amarrada com Saúde Mental. Tem quem diga assim como uma benção: "É uma ação de Saúde Mental", "Ta bom é uma ação, mas ela não está pactuada". Não conseguimos mapear, criar fluxos de pessoas que estão indo para a Terapia Comunitária, quantos deixam de ir para a consulta psiquiátrica, ou quantos estão nos ambulatórios e*

*estão sendo referenciados para os grupos de Terapia Comunitária. Temos essa preocupação, de tentar identificar os grupos de TC e estabelecer as referências e as áreas de cobertura.*

*Digamos que se discutia o conceito de crise. A crise depende do profissional que está diante desta crise, se ele consegue fazer o vínculo, se consegue ter escuta, se consegue ter troca, porque muitas vezes você não precisa nem de medicação, se você tem vínculo com a pessoa, você consegue controlar isso sem precisar de uma internação, ou medicação. Então, a Terapia Comunitária neste sentido, acho que vai criar mesmo uma desconstrução, “Olha é possível falar dessas coisas”.*

*Isso é a Atenção Básica, antes de se instalar algum transtorno, ou quando há a possibilidade de conviver com o usuário que tem o transtorno mental, desmistificar.*

*Os usuários com transtorno ainda são muito discriminados. Já encontrei cárcere privado, por falta de absoluta disponibilidade, nem era caso para que estivesse em cárcere, mas é que ninguém sabe como conversar, não sabe distinguir muito bem. Não sei se tem aquela coisa de achar que tudo é retardo, tudo é loucura, coloca tudo num saco só, num pacote e exclui.*

*Mas é preciso você ter um contexto seguro para estar dividindo essas coisas. E muitas vezes, é isso que chega para as especialidades, para os CAPS, questões porque ninguém escutou a pessoa.*

*Se alguém tivesse falado, ela não precisaria estar ali. Enquanto que esse encaminhamento, muitas vezes, gera sofrimento. “Quer dizer que sou louco, quer dizer que tenho problemas, estão me encaminhando para um psiquiatra...” ou “Eu to num CAPS”.*

*Por isso o mais importante da Terapia Comunitária é a possibilidade das pessoas falarem. A Terapia Comunitária é um espaço onde através do diálogo, alguém fala do que dói, fala das coisas que são boas, é possível conversar com respeito com ética, sobre as coisas, as questões da nossa vida. Não é preciso ficar falando só de futebol, de novela.*

*Vejo que a Terapia Comunitária pode ser esta porta de entrada do sistema, na questão da atenção em Saúde Mental de ter essa escuta. “Olha tem uma pessoa aqui que trouxe um sofrimento, está pedindo medicação, não esta conseguindo dormir, porque está muito ansioso”.*

*Conquanto que esta escuta seja feita pela Terapia Comunitária e não que imediatamente se encaminhe para uma especialidade. Seria a base, não é a porta de entrada, mas é uma possibilidade de escuta qualificada.*

*Nos meus grupos todo mundo relatava que tinha melhora, às vezes, até porque o marido bebia, chegava em casa e brigava. A mulher não sofria mais com isso. Porque ela deixava o jantar e como tinha feito amizades, fez uma amiga no grupo, ia assistir novela com a amiga. Aí quando marido chegava, comia, dormia. Depois é que ela chegava. Tinha muito transtorno obsessivo, de dona de casa que ficava limpando a casa dez vezes, tinha que estar tudo no lugar, de conseguir relaxar, conseguir achar outras atividades.*

*Discute-se na Terapia, essa ampliação de relações, de contatos, de vínculos. O vínculo de amizade, de manutenção do vínculo social, sinto que os meus grupos se identificavam mesmo. As pessoas começaram a sair juntas. As solteiras marcavam para sair. Faziam programas, viagens.*

*Não tenho muita clareza sobre os grupos esporádicos, o terapeuta que fica rodando. Tem um sentido claro, é interessante, mas se ele não estiver fixado empobrece. Nos grupos que deixei de fazer quando vim para cá, colegas que foram me substituir tinham sempre essa preocupação de estar na área, de ter uma convivência ali com essas pessoas. Porque senão chega uma hora que a Terapia pode ficar meio empobrecida.*

*A partir desse momento que se investe é o comprometimento com a comunidade, com o seu grupo. Tem que estar presente.*

*Sinto que estamos no início, de estarmos na comunidade, de nos comprometermos com a comunidade e a partir daí estarmos ampliando. Isso foi uma das coisas que me fez não assumir nenhum grupo aqui. Pois, é uma questão de vínculo, de poder ampliar, gerar expectativa.*

*O primeiro desafio é a questão do próprio terapeuta se empoderar desse momento, dessa ferramenta. O que escutamos das pessoas que ainda estão em formação é essa insegurança de não ser da área, se só pudesse ser terapeuta quem fosse Psicólogo. Mas acho que esse desafio cada um tem que responder para si.*

*Outro desafio é como se tem em Quatro Varas. Você chega ali e percebe que tomou corpo, a favela já não é mais a mesma, a construção da Unidade de Saúde, a Fitoterapia, o próprio Espaço da Terapia Comunitária, ela irradiou uma série de ações dentro da comunidade.*

*O terapeuta está no ambiente, mas tem um monte de coisas acontecendo na comunidade. Trazer esse olhar mais ampliado, fazer com que as pessoas entendam que*



*o processo saúde-doença faz parte desse ambiente em que elas vivem, trazer essa reflexão, ampliar isto, porque senão corre-se o risco de ficar só em cima dos sintomas. “Ah, tenho insônia, porque meu filho usa drogas” ou o marido que está desempregado e aí tem a questão do apoio das pessoas, naquele momento que ela levou um tiro, “Ah porque eu já passei por isso...”, “olha é só você acreditar...”*

*Uma coisa de tapinha nas costas é interessante claro, precisa desse apoio, mas tem que ter alguma coisa um pouco mais concreta, tem que se voltar para outra ação. Temos uma situação de desemprego no Brasil, o que vamos fazer com isso? Que outras respostas poderemos dar?*

*Um exemplo é um Hospital Psiquiátrico em Campinas, que algumas pessoas se reuniram e fizeram uma horta comunitária e que gera renda para todo mundo. Então, tem que ampliar e não ficar só achando, que é só naquele momento da TC. Quando se tem o comprometimento do terapeuta ele faz a Terapia Comunitária em qualquer lugar. Nessa segunda turma de formação tem pessoas fazendo em baixo de uma árvore, na frente da Unidade da Ilha do Bispo.*

*Agora, quando o terapeuta não está muito seguro tudo atrapalha, “Ah porque não tem isso...”, “Porque equipe não apóia...”. Aí tem um monte de justificativas. Claro que precisa um mínimo de condições, mas isso se quiser você acha. Acha na Igreja, Centro Comunitário, de baixo da árvore, na casa de alguém, algum canto você vai conseguir esse espaço.*

*Um dos desafios da gestão é o suporte da TC, que é a rede substitutiva. Esses preconceitos que ainda encontramos aqui, não é culpa da população. Temos em João Pessoa - PB. 572 leitos psiquiátricos porque a política dizia que a solução era a internação psiquiátrica de longa permanência.*

*Se gasta com essas internações porque você não consegue fazer a rede substitutiva rapidamente. Que é um trabalho mais humanizado, mais integrado do território.*

*Ainda não conseguimos mostrar esse outro modelo para a população, os casos ainda são novos, muita gente não sabe direito o que significa o que é que se trabalha, muitos profissionais mesmo da área não tem esse conhecimento.*

*Outro desafio dessa gestão é conseguir implantar imediatamente os serviços básicos da Saúde Mental. Temos um CAPS tipo 2, um CAPS tipo 3 que atende 24h. Um CAPS infantil, e estamos fazendo um pronto atendimento e um CAPS de álcool e drogas. Ainda fica faltando um número maior de CAPS tipo 3 e mais Residências Terapêuticas.*

*Só abrimos uma Residência Terapêutica e pelo número de moradores que temos no Hospital pode se abrir mais.*

*Acredito que todos esses serviços, vão entrando em contato com a comunidade e vão mudando a mentalidade. No primeiro ano da Residência, do CAPS, a comunidade se reuniu e foi contra, vai trazer um monte de loucos...*

*Quando o serviço é instalado, se justifica ter essa rede de serviços e um apoio ambulatorial. Porque muitas vezes, já aconteceu do terapeuta comunitário ter a necessidade de fazer um encaminhamento e aí tem complicações, tem espera, tem dificuldades. O pronto atendimento é para tentar dar uma cobertura para os casos mais de crise.*

*Mais um desafio, é dar um suporte a Terapia Comunitária, porque ela é a Atenção Básica. E em algum momento ela vai precisar ser referenciada e a nossa rede ainda é frágil.*

*Quando o terapeuta consegue sensibilizar as pessoas, não conheço, é a minoria das pessoas que tem contato com a Terapia Comunitária e falam: “Não, eu não quero”.*

*Quando as pessoas entendem, quando vê o que esta acontecendo, tem uma possibilidade de apreensão maior, porque ficam dizendo: “Ah, vou contar os meus problemas no meio de todo mundo?”.*

*Essa é uma resistência talvez da comunidade. Mas conforme as pessoas têm contato e percebem qual é a dinâmica, isso que vemos é o mais importante.*

*De fato assim, as pessoas não querem e preferem seguir outro rumo.*

*“Eu vou para a Igreja, fique na Igreja”. Na Igreja você está bem, consegue resolver, aí é mais uma questão de preferência.*

*A Terapia Comunitária e a Psicologia podiam se encaixar melhor. Porque acredito que a Terapia precisa ter algumas ferramentas, da Psicologia, minimamente para bater o olho e saber se aquela pessoa tem um transtorno, um retardo, não que o rótulo seja importante, mas você pode estar lidando com uma pessoa que está em delírio e não saber lidar, não saber identificar.*

*Não tem problema se tiver delirando, um delírio de qualquer ordem, mas se estiver ambientado, acolhido, acho que a pessoa tem que ser livre. Ela está implicando com todo mundo, às vezes não aceita medicação, não quer estar na família. Dá para nós acompanharmos.*

*Poderíamos melhorar algumas discussões. Acho que fazer uma discussão também quanto ao uso de álcool e drogas. Existem muitos mitos e muito preconceito em relação a isso.*

*Acho que a política que defendemos há mais de 20 anos é colocada pelo Ministério da Saúde, quanto à redução de danos, o terapeuta pode entender melhor o que é isso, que estamos falando. Muitas vezes, ainda estamos interpretando mal, como se fosse uma forma de incentivo ou de manutenção do uso indevido de drogas.*

*Algumas políticas de Saúde Mental poderiam ser mais específicas, assim enriqueceriam o terapeuta comunitário, para que eles estivessem mais próximos do CAPS, saberem como o CAPS funciona, poderem ter este vínculo de encaminhamento. Fazer essa ponte da Atenção Básica com a Atenção Secundária e o CAPS. Acho que tem coisas que podem ser trabalhadas, poderiam estar melhor.*

*Tem uma experiência que vivi na Ilha do Bispo. Fomos fazer um planejamento da Saúde da Família, alinhado ao cuidado em Saúde Mental. Quando fomos buscar o registro dos usuários de medicação psicotrópica, já dividimos a maioria de medicações... Não estou dizendo o diagnóstico estou dizendo a medicação, medicação para depressão e transtorno, a intermediária ou nerolépticos, anticonvulsivantes e depois a medicação mais antipsicótica que era a minoria.*

*Já imediatamente quando batemos o olho nisso, deu para separar o que é para CAPS e Atenção Básica, já deu uma clareada para a equipe. Dos psicóticos, conseguimos medicar um que estava sem cobertura, e imediatamente fizemos à visita, todos os outros partimos para a linha da Terapia Comunitária.*

*Um dos apoiadores do Distrito IV está fazendo a formação de TC. Tem um grupo lá na Unidade e todas essas pessoas que estão ali, principalmente os transtornos, estão sendo indicados para passar pela Terapia Comunitária.*

*O próximo passo é estar aprofundando um pouco mais, conhecendo as pessoas, o trabalho, sabendo da necessidade de medicação. Além disso, é muito interessante porque clareia o que estamos falando. De terapeutas comprometidos, daqueles que fazem em baixo da árvore, então vamos conseguir enxergar bem alguns descritores mais firmes.*

*Com certeza são pessoas que estavam usando uma medicação sem cobertura nenhuma e agora tem a medicação, mas elas estão sendo ouvidas estão podendo falar e com certeza isso melhora a qualidade de vida, a prevenção de crises e a prevenção de internação.*

*A Terapia Comunitária mudou muito a minha vida. Porque o Psicólogo tem muito a coisa do **SETTING**, do lugar, da relação de poder das pessoas, de você ter o conhecimento e o outro não ter. E a Terapia Comunitária ampliou meu conceito do que é comunidade, trabalhou muito mais em mim a questão de humildade, de escuta, minha escuta mudou.*

*Tive mais benefícios pessoais até do que profissionais, o que melhorei profissionalmente é porque melhorei enquanto pessoa. Quanto a minha formação, aumentei o contato com os colegas, ACS, técnicos de enfermagem, eles tinham uma percepção, uma sacação de coisas da vida que tinham vivido e eu tinha em teoria.*

*Tenho outra forma de me colocar na roda, outra forma de me colocar terapeuticamente e de fato assim a minha vida pessoal mudou em vários aspectos como vejo que a vida das pessoas muda, os primeiros a mudar são os terapeutas, colegas assim que ataram casamentos, relações doentias, enrolada com família, com pai, mãe, filho, e eles resolveram. “Ah! Eu não falo com o meu filho há muito tempo”.*

*Na outra intervenção você ouve, “Nós conseguimos conversar”.*

*As pessoas buscam de fato essas mudanças, então acho que a mudança maior é a pessoal mesmo.*



É uma nutricionista, decidida, comunicativa e atenciosa. Sua fala expressa a importância da Terapia Comunitária para a inserção do usuário nesse processo de construção de uma saúde de qualidade. Conheça-se, agora, sua história.

*[...] A TC me ajudou a me colocar como ser humano de modo mais igual, menos prepotente, menos dono do saber, enfim, menos egoísta [...]*

*“Acho que o processo de implantação da Terapia Comunitária (TC) de João Pessoa - PB está se dando de forma bastante positiva. A Terapia Comunitária vem suprir uma lacuna que existia dentro do processo de organização da Atenção Básica no sentido de que pode estar possibilitando a aproximação do usuário com as equipes de Saúde da Família.*

*Tínhamos uma dificuldade muito grande na prática, de consolidarmos essa aproximação, para que pudéssemos estabelecer vínculo manter relações mais solidárias com os nossos usuários e a TC dá conta dessa aproximação. Porque todos nós somos iguais na roda de TC, temos problemas, temos experiências a contar um para o outro, e acho que é um salto de qualidade que a gestão municipal está dando com esse processo de implantação da TC, todos nós só temos a ganhar nesse processo.*

*Eu já tinha escutado falar da TC, porque no Distrito Sanitário III tinha algumas experiências. Na verdade acho que foi o primeiro, não sei se podemos chamar, mais o primeiro pólo dentro do Município, a primeira experiência de TC foi no Distrito Sanitário III.*

*Fomos assistir uma TC no Distrito Sanitário III, através de alguns colegas que faziam parte da Terapia, depois participamos da formação do Cuidando do Cuidador lá dentro do projeto Quatro Varas em Morro Branco, na Oca dos Índios onde tivemos a possibilidade de conhecer Adalberto, que é o criador da Terapia Comunitária.*

*Então, foi uma experiência muito positiva e realmente é uma coisa apaixonante, porque percebemos o quanto de possibilidades poderemos estar criando para efetivar realmente esse princípio do SUS que é a questão da participação popular, da população se sentir inserida no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, se sentir co-participante, da organização desse processo de trabalho.*

*A Terapia Comunitária ela abre muitas possibilidades de inserção do usuário nesse processo de construção de uma saúde de qualidade, resolutiva, de uma gestão democrática.*

*Já estamos na segunda turma de formação, participei da primeira. Temos um carinho muito grande quando vamos fazer a seleção porque tentamos fazer com que o processo seja o mais democrático possível, e ao mesmo tempo tentamos captar as pessoas que consideramos ter perfil.*

*Acho que no momento de implantação precisamos dar respostas, não só porque é um projeto bonito, que hoje o Ministério da Saúde está encampando, não só por isso, mas porque realmente acreditamos que ele vem dar uma eficácia, uma efetividade na questão do sofrimento mental.*

*Procuramos sempre, está captando as pessoas, que enxergam com o olhar bem apurado para os usuários no sentido de que elas realmente queiram fazer a terapia porque tem o perfil, porque gostam de cuidar das pessoas. Pois, acima de tudo, quem é terapeuta comunitário tem que se sentir bem cuidando das pessoas.*

*A Terapia Comunitária vem sendo adotada como uma política pública de gestão municipal. Acho que, ela reorganiza o processo da Atenção Básica na medida em que os profissionais estão inseridos nesse processo, estão mais próximos das necessidades de saúde da população, do usuário e acabam percebendo que não é uma necessidade só biológica, mas é uma necessidade de ser escutado, de estabelecer vínculo com aquela equipe, de falar das coisas do seu cotidiano, dos problemas que ela enfrenta no dia-a-dia e assim ajuda a equipe a ampliar a visão de saúde. Porque se percebe que uma equipe da Atenção Básica não só trata do biológico, do procedimento, da cura da doença em si, mas se compromete.*

*Reorganiza o processo de trabalho na medida em que compromete os profissionais com a solução dos problemas de vida daquele usuário que é vinculado aquele serviço. Precisamos ampliar nosso leque de atuação não ficar só no biológico, devemos promover a intersetorialidade, buscar parcerias com as organizações não governamentais, enfim, para que possamos estar ampliando, e na prática estar efetivando um conceito muito mais amplo de saúde do que só meramente a ausência de doença.*

*Então, acho que reorganiza sim, e aponta caminhos para onde possamos trilhar em busca dessa saúde de qualidade, resolutiva, que seja comprometida realmente com as necessidades de saúde do usuário, cidadão no Município de João Pessoa - PB.*

*Um dos desafios é de se desnudar da concepção fragmentada de saúde, do que se pensa sobre o que é saúde, que não é uma coisa simplista, e guiar o processo de trabalho baseado em uma concepção mais ampliada da saúde.*

*Outro desafio que esses terapeutas comunitários em formação estão tendo é de trazer os outros profissionais que ainda não estão nesse processo para conhecer o projeto, conseguir ganhar esses outros profissionais para que eles possam estar entendendo a proposta e sendo aliados.*

*Também é um desafio fazer com que a comunidade participe e venha fazer parte desses encontros, acredite nesse movimento, por isso acho que tem que ser uma coisa com muita seriedade, pois é uma experiência, é um processo, portanto temos que passar muita credibilidade, muito respeito, para que o processo se fortaleça, cresça e dê certo.*

*A Terapia é uma ferramenta de saúde pública. Já está comprovada a eficácia, os princípios, as diretrizes, dessa ferramenta, dessa estratégia. Sabe-se que muitas pessoas ainda não têm condições de acesso, ao serviço de Saúde Mental, ainda tem muita coisa para se construir nesse aspecto.*

*A questão da desospitalização está aí, precisamos dar alternativas, para que essas pessoas tenham acesso. Acho que a Terapia consegue fazer isso, ela é um espaço complementar, e nós não estamos tirando os méritos da Medicina curativa, do ponto de vista de Saúde Mental, é algo a mais que temos a ofertar.*

*Na verdade com a TC evitamos que o adoecimento mental chegue ao ponto que precise estar tomando medicamentos. Acho que, com a questão da modernidade, foi se deixando de lado práticas que eram comuns em outras gerações, de se estar conversando, escutando, estabelecendo encontros solidários entre as pessoas, mas a TC veio resgatar tudo isso. Então é um desafio para as pessoas que estão se formando, para a própria gestão, para a sociedade, de estarmos criando esses espaços, fortalecendo,*

*formando, ampliando e divulgando cada vez mais para que possamos estar inserindo as pessoas que acreditam ainda nos seres humanos.*

*Os locais de reunião, também acho que ainda são um desafio, porque fica uma coisa meio que espontâneo, dos profissionais. Os profissionais conversam com as igrejas, porque muitas vezes a própria unidade de saúde da família ela não tem ainda uma estrutura física adequada para que se possa ter um encontro mais proveitoso, e possa estar convidando, ampliando esse grupo.*

*Então, fica uma coisa assim meio espontânea, tem alguns problemas nesse sentido, mas de modo geral temos conseguido conversar com essas outras organizações e conseguido a resposta positiva, quando falamos e dizemos o que é, as igrejas sempre estão disponíveis, as associações também, tudo o que venha somar e ajudar a comunidade, as pessoas de certa maneira estão abertas.*

*Nós, do Distrito Sanitário V, não temos encontrado problemas em relação a termos locais para realizar as terapias, estamos indo nas escolas, ontem mesmo fui fazer uma TC numa Escola Estadual próxima ao Espaço Cultural à Escola José Vieira, a diretora foi muito receptiva, muito legal.*

*As pessoas relataram ontem quando saímos que gostaram muito.*

*“Hoje não vou tomar remédio para dormir”. Isso é muito gratificante.*

*Quer dizer, você percebe que as pessoas estão precisando, muitas vezes só de serem escutadas, falarem um pouco da sua vida, do que angustia, do que inquieta. E saímos muito felizes, de um encontro como esse, não é que tenhamos um o espírito que nós tratamos alguém, não, saímos com a sensação que aprendemos muito, trouxemos experiências e compartilhamos o saber, para resolvermos nossas coisas. Assim, se estabelece uma troca, um compartilhar de vida. É muito legal.*

*Com relação à divulgação da Terapia acho que temos um longo caminho a trilhar, precisamos ocupar até a mídia mesmo... As pessoas que estão na linha de frente, precisam falar um pouco do que tem sido feito no Município de João Pessoa - PB, acho que divulgar os lugares para que as pessoas possam ir, dizer o que é divulgar na imprensa como um todo, precisamos fazer este trabalho de divulgação com mais potência, acho que traria bons resultados.*

*Sou uma pessoa que tenho certa facilidade de me colocar no lugar do outro, isso é uma coisa que é da minha história, e está dentro de mim, mas isso ficou muito mais aguçado com a Terapia Comunitária. Ela me trouxe mais perspicácia, sensibilidade para me colocar ainda mais no lugar do outro, entender o outro, de me sentir um ser humano*



*dependente do outro, de não pensar sempre no que vai ser a minha vida, não pensar a minha vida como uma coisa individual, mas me fazer pensar como uma pessoa que está inserida dentro de um contexto sócio, econômico e cultural e que para estar bem, as outras pessoas também precisam estar bem.*

*Acho que nos solidarizamos e nos colocamos como sendo da espécie humana de uma forma mais igual, de uma forma menos prepotente, menos dono do saber, enfim, menos egoístas... Um ser humano mais solidário, mais próximo do outro, que se percebe dependente do bem estar do outro.*

*Os benefícios da Terapia Comunitária para a comunidade são a possibilidade de resgatar a auto-estima, de se perceber um ser humano potente capaz de lutar pelos seus direitos e de se perceber inteligente. O conhecimento ele não é fruto de uma determinada parcela da população, na verdade, fomos à academia e que freqüentamos uma Universidade, temos um saber, mas acho que é um saber que é produzido pela própria sociedade.*

*E de certa maneira, sistematizamos esse saber que é produzido na sociedade, acho que a comunidade se sente co-participante da produção desse conhecimento. Quando pessoas simples colocam coisas que não aprendemos lá na academia, e eles percebem que estamos aprendendo com eles, se estabelece uma troca. Acho que essa é a grande... sacada da Terapia Comunitária, quando você coloca as pessoas, no sentido de que elas se vejam como pessoas que tem uma importância dentro da sociedade, que tem um saber e que tem uma contribuição importante, tão importante quanto qualquer outra pessoa. E isso elas relatam, elas apreendem que conseguem falar, já conseguem se posicionar, já conseguem dizer não para coisas que elas antes não tinham coragem, que elas se sentiam maltratadas, feridas e não conseguiam falar daquilo que machucava e trazia sofrimento. Isto tem sido uma constante nos nossos encontros, como as pessoas colocam isso, demonstram o bem que a Terapia Comunitária vem fazendo.*



Mulher calma, serena de bem com a vida. É médica e sua fala destaca a importância da TC como uma ferramenta que possibilita um cuidado integral, humanizado e de qualidade gerando mudanças, inclusive pessoais.

*Passei a me conhecer mais e também a me posicionar [...] não sou “a” salvadora do mundo, sou como as outras pessoas.*

*Compreendo essa implantação como um grande movimento de reorientação das práticas de saúde que estão se dando principalmente na atenção básica, motivadas por um envolvimento da Secretaria de Saúde com o projeto de Terapia Comunitária. Este projeto já era desenvolvido aqui pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) através das Professoras Doutoras Maria Filha e Maria Djair que juntas com a Irmã Ana o desenvolviam no Distrito III em Mangabeira.*

*A primeira vez que ouvi falar em Terapia Comunitária foi em 2003 quando estava em Camaragibe – PE na Coordenação da Atenção Básica. Trabalhei nessa cidade de 1994 a 2004.*

*Nessa cidade tinha uma médica que fazia a formação de terapeuta, ela viajava para Fortaleza - CE para fazer os módulos, juntamente com um Psicólogo. A própria formação da Terapia é bem interessante, você se torna terapeuta enquanto está se formando. E ela tinha a oportunidade de realizar encontros na comunidade com a própria equipe e esses encontros deram uma revirada na forma de atuar da equipe.*

*A segunda vez que ouvi falar já foi aqui em João Pessoa - PB. Quando em 2006 nós enquanto gestão, eu, Lucineide, Márcia Rique, Adriene e Celinha fomos em grupo na Universidade conversar com as Professoras (Maria Filha e Maria Djair) buscando um esclarecimento no sentido de: que conhecimento era possível para alavancar várias questões que estavam travadas na área de Saúde Mental tanto por dentro das práticas das equipes como também da gestão.*

*Na época foi oportunizado aos diretores do Distrito Sanitário aqui de João Pessoa - PB que fossem até Fortaleza para ter uma formação em Cuidando do Cuidador com o Professor Adalberto Barreto. Nesse momento foi feita uma aproximação com o IBPDH que se mostrou disponível em promover a formação de uma turma de terapeutas comunitários aqui em João Pessoa - PB. Aí o Município formalizou a proposta que teve a possibilidade de formar 60 terapeutas.*

*Tenho o privilégio de ser uma dessas pessoas que está em formação e de lá para cá, confesso que tenho mudado dia após dia não somente minha prática, mas também o modo como respiro e como sou na vida. É praticamente essa a minha aproximação com a TC.*

*O que mudou é que sou outra pessoa após a TC, eu me colocava no mundo como se tivesse vindo aqui para ser santa, ser perfeita, ser impecável. Não admitia que tivesse nenhuma falha mediante quase nada e só entendi de onde é que vinham muitas dessas posições que tinha diante de mim e da minha posição na vida depois da formação de terapeuta comunitário. Passei a me conhecer mais e também a me posicionar não sou "a" salvadora do mundo sou como as outras pessoas.*

*A maior importância da Terapia Comunitária, no meu ponto de vista, está focalizada na medida em que o projeto político da Secretaria de Saúde visa construir um cuidado com a saúde das pessoas de forma integral, humanizada e de qualidade. Esse cuidado ele ultrapassa toda a lógica de somente organizar as práticas dos profissionais com boas condições de trabalho. Assim o Município vem desenvolvendo um modo de organizar essas práticas, para firmar algumas diretrizes buscando a horizontalização.*

*Esse cuidado que vem sendo perseguido, demanda um jeito novo de cuidar das pessoas, se fazendo necessária uma revisão de posturas e de atitudes dos profissionais. Na dimensão desse cuidado que se busca alcançar, precisa se construir um re-olhar para a prática, para os conteúdos já trazidos e para a formação dos profissionais que estão no mercado. Para que eles possam ser capazes de criar vínculos, de criar uma co-responsabilização, entre pessoas da comunidade, equipes, profissionais e gestores, além*

*de atuar numa perspectiva onde seja possível avançar na intersectorialidade e pensar numa rede social operando de forma harmônica com o serviço e com a comunidade.*

*A meu ver a Terapia Comunitária faz emergir em cada contexto todo esse potencial, que muitas vezes, está latente ou adormecido, mas que é possível de se resgatar. Para as pessoas terem outros pontos de conexão com o mundo, além de terem lócus de reduzir sofrimento, inércia ou acomodação porque a Terapia traz a tona potencialidades.*

*Dá para dizer que o que tem mudado com relação ao atendimento da comunidade é que as equipes que tem terapeutas comunitários fazem a diferença na relação com os usuários. Elas têm posturas mais acolhedoras, mais facilidade de mobilizar a população para discutir questões relativas ao modo de vida, de conduzir determinadas ações programáticas e de trabalhar questões mais coletivas.*

*Diferentemente de equipes que atuam de modo mais tradicional, com ações mais fragmentadas, mais setoriais. Isso é uma diferença que é bem perceptiva nas equipes que tem grupos de Terapia Comunitária.*

*Assim, dá para dizer que, uma das dimensões da integralidade, essa do cuidar, olhando a pessoa como um ser em sua totalidade, diferentemente do olhar para uma doença ou para um doente, nessa dimensão posso afirmar que o cuidado integral está sendo iniciado.*

*Numa conversa que tive na semana passada com o Pr. Edmilsom da Igreja Presbiteriana Independente do Geisel, um dos lugares que tenho grupo. Ele disse o seguinte: “Oh, Dr<sup>a</sup>. Fernanda aquela família que participou dos encontros está muito bem”.*

*Queria dizer que existe um reconhecimento de que foi fruto da Terapia, porque o senhor veio a todos os encontros, com a mulher e os filhos. Em uma ocasião o tema que foi apresentado pela esposa foi o escolhido, uma situação de dificuldade, de sofrimento. Este tema foi trabalhado e ela ficou indo. Numa outra ocasião o tema foi apresentado por um dos filhos do casal. E este tema também foi trabalhado no encontro.*

*Aí, segunda-feira da semana passada, fiquei muito feliz, quando soube que essa família, após 8 meses, está muito bem. Esse pastor ficou muito empolgado. Fez até divulgação da Terapia Comunitária e de que tinha parceria conosco em um jornal, lá de São Paulo, Ele levou uma cópia deste jornal para o Distrito, fez assim, uma manifestação de que já está reconhecendo que a Terapia teve um efeito benéfico na pessoa, e neste caso na família lá da comunidade.*

*Ainda tem também outro depoimento que achei bem interessante, foi lá em um Hospital em Canguaretama no Rio Grande do Norte. Eu e Márcia, que era minha dupla, fazíamos a Terapia todo o sábado à tarde. Foi uma experiência muito interessante, porque tínhamos a oportunidade de pegar um grupo com pessoas mais ou menos fixas, pessoas que estavam sempre presentes, eram os funcionários do Hospital e um grupo que participava, na dependência de estar no Hospital no sábado, que eram os acompanhantes dos internos e alguns internos.*

*Era muito bonito, porque tinham puérpuras com bebês de 0 dia, tinham idosos, adolescentes, mulheres, homens. Era um grupo que tinha pessoas de 0 a mais de 80 anos. Lindo, lindo. Foi bem desafiador porque a cada encontro tínhamos que repensar desde a dinâmica de acolhimento até a conotação positiva, já que não sabíamos o que iríamos encontrar. Antes, vínhamos mais ou menos ritualizada, de todo mundo ficar em pé. Aí percebemos que algumas pessoas não tinham condições de sair da cadeira ou se levantar. Lembro a primeira vez que fizemos a dinâmica de aquecimento com todo mundo sentado. Foi muito bom. Cada sábado era bem interessante.*

*Lembro que tinha Hozana, ela ia a todos os encontros. A primeira vez que ela foi, o seu tema foi trabalhado, e ela ficou indo, ficamos satisfeitas porque se a pessoa volta, é porque gostou. Aí teve uma vez que ela não foi, mas no outro sábado foi dar uma desculpa. Dizer que estava muito bem, tinha resolvido todos os problemas que havia apresentado na TC e que estavam causando sofrimento. Ela faz TC até hoje e realmente tem demonstrado nas conversas que está com outra postura diante da vida. Pelo menos experiência individual, essa foi a que mais marcou, porque foi a primeira pessoa desse Hospital que teve o tema trabalhado.*

*Um desafio que tenho como terapeuta é de me organizar do ponto de vista de proteger uma agenda pessoal para garantir que não haja interrupção nos meus grupos. Inclusive estou começando a fazer parte de outro grupo lá do Cristo nas terças, mas já estou torcendo, rezando, para não ter interrupção, porque administrar o tempo para mim se constitui um grande desafio, pois faço muita coisa, então é um desafio pessoal.*

*Dificuldades quanto à formação, se eu não estiver enganada foi do segundo para o terceiro módulo teórico. Sentimos que necessitava dar uma reformulada no conteúdo, mas isso já foi superado.*

*Outro desafio que vejo, enquanto gestão é a necessidade de difundir a Terapia a partir das próprias equipes. Entendo que é preciso fazer um esforço para que ela seja*

*mais difundida. Sinto que é preciso haver um investimento na divulgação a fim de que ocorra mais adesão.*

*Também como desafio, podemos citar o local, só para lhe dar um exemplo: o grupo da Igreja Presbiteriana Independente do Geisel ocorria em uma área aberta, mas devido às fortes chuvas no ano passado, ficou a critério da própria comunidade da Igreja, na pessoa do Pastor fazer uma adequação, uma reforma. Segunda-feira quando estava conversando com ele perguntei se já tínhamos condições de retomar aí ele disse: “temos uma sala só para a Terapia, mas ainda falta um banheiro”. Fiquei frustrada porque tem uma sala só para Terapia, mas ainda falta um banheiro? Colocando como uma dificuldade.*

*Então, outro caso é neste outro grupo que vou atuar a partir da próxima semana junto com Lícia lá no Cristo. Ela está fazendo a segunda formação. Já temos um grupo organizado pela vizinha dela, mas ainda falta definir o lugar, não sabe se vai ser na casa dela ou se um Padre vai disponibilizar uma Igreja.*

*Por parte da gestão não consigo ver empecilho, porque se tem a liberação de qualquer terapeuta no horário de trabalho. Tem-se por parte dos gestores municipais todo um apoio a fim de que se apóie a iniciativa e um acompanhamento através das intervisões por parte da Terapia Comunitária.*



É uma mulher, alegre, decidida, comunicativa, batalhadora e de muita fé, está sempre disposta a ajudar o próximo. Foi uma das primeiras integrantes das rodas de Terapia Comunitária pela Pastoral da Criança. Eis o seu relato.

*[...] a TC veio para abraçar esse público e cuidar desse povo de acordo com as necessidades e a realidade das comunidades.*

*A implantação da Terapia Comunitária (TC) em João Pessoa – PB - se deu através de uma proposta de trabalho em nível nacional, da coordenação arquidiocesana da Pastoral da Criança, e da necessidade de trabalharmos também, na comunidade, as relações.*

*A Pastoral da Criança já trabalhava com a questão da saúde, desde o idoso até a segurança alimentar das crianças, dando maior ênfase à gestante e à criança. Mas víamos a necessidade com relação à questão da depressão na família, dos hipertensos, entre outras doenças que surgem através das relações das famílias.*

*Então, a TC veio aqui para João Pessoa, por meio de um projeto apresentado pela Irmã Ana, que já tinha desenvolvido esse trabalho na Pastoral do Ceará, e pela Doutora Zilda Arns, que era a coordenadora geral aqui na arquidiocese na Paraíba.*

*A Irmã Ana, dentro desse projeto do Estado, com certeza, foi esse fio condutor para trazer a TC para nossas comunidades. Ela foi se articulando, trazendo, mostrando esse trabalho, que foi crescendo, e hoje está nessa rede. Agora tem até um projeto aprovado para implantar a TC no SUS através dos PSF's.*

*Como já tenho dez anos nesse trabalho de visitação às famílias da comunidade, vendo de perto os problemas das pessoas da comunidade, nessa dinâmica de estar na comunidade, fui uma das escolhidas da Pastoral da Criança para fazer um curso a fim de implantar esse projeto aqui nas comunidades. Então foi implantada a TC nas comunidades.*

*Nesse curso pela Pastoral da Criança, foi quando conheci o Professor Adalberto em 2001/2002. Estivemos com ele durante uma semana lá em Fortaleza, fazendo quarto módulo. Durante a formação, vimos o que é a TC, o que se pode e como se deve fazer a TC, quem são esses agentes de transformação.*

*Toda a despesa foi por conta da Pastoral da Criança, e quem estava à frente deste nosso trabalho era Irmã Ana. Também nos acompanhava nesse processo a Irmã Cristina, Ricardo, de Campina Grande, e a Professora Ieda, da Universidade.*

*Após o curso, comecei a trabalhar mais de perto, reforçando essa relação entre famílias, vendo a necessidade, promovendo a comunicação e resgatando a auto-estima não só da família, mas também do indivíduo para melhor trabalhar e conviver no ambiente em que vivem.*

*Na minha experiência de quatro anos e meio fazendo TC com os pacientes, percebi que quem estava sendo atendidas no posto eram sempre as mesmas pessoas da comunidade, pacientes do SUS.*

*Sabemos que essa população é carente em muitos aspectos. E a TC veio abraçar esse público e cuidar desse povo de acordo com as necessidades e a realidade das comunidades. Então, é muito importante para a população essa nova proposta, trazendo a TC para a rede municipal. Isso foi a melhor coisa do mundo. Porque a TC surgiu nas comunidades da necessidade, vendo as questões das relações, do modo de viver daquelas famílias, das relações sociais, das relações pais e filhos e dos laços afetivos. Chamo isso de uma dádiva, porque a TC ela veio para acolher. Ela é calorosa, ela tem a questão do ir buscar, do cuidar. E só ela tem essa sensibilização, essa capacidade de se descobrir um jeito melhor, para conduzir a vida nesses laços afetivos ou dolorosos, seja como for.*

*Para mim, a grande importância da TC é que, hoje, ela está favorecendo uma grande descoberta na valorização e na conquista do ser humano em suas relações sociais, sendo ele seu próprio agente de transformação, para melhorar a sua qualidade de vida nas relações de um modo geral.*



*Quando um médico ou enfermeira passa um medicamento para uma pessoa, ela toma aquele remédio, mas está lá naquela relação, naquele modo de viver, naquela família, passando por alguns problemas, às vezes, esse remédio não vai servir. Mas, a partir do momento que ela se trabalha e que vive esse ambiente de se descobrir, ela tem força, e passa a viver melhor.*

*Vejo que a TC veio no momento certo, já estava na hora da Secretaria abraçar esta causa. Porque, para mim, era para ser assim, aqui é o médico, aqui é o enfermeiro, aqui é o odontólogo, aqui é o terapeuta comunitário. Falo do terapeuta que está lá, porque é o papel dele, ele é o acolhedor, ele cuida, zela, tem aquele calor humano e está lá para conduzir o grupo. Não é milagre, o grupo descobre caminhos, laços, meios, condições de fazer a sua dinâmica, de refletir e fazer a sua reflexão, para descobrir que ele tem esse potencial, de se valorizar, nesse sentido de: “eu posso, eu consigo”. Ele mesmo dá a solução do problema.*

*Agora estou na segunda turma de formação de terapeutas pela Secretaria de Saúde. Sou uma pessoa muito dinâmica e estou sempre me preparando para ajudar na promoção humana, do outro. A própria Pastoral da Criança tem o lema: “Eu vim para que todos tenham vida e vida em abundância”, mas essa abundância em todos os sentidos do ser humano, e aí a TC também é um complemento.*

*A minha experiência como terapeuta não mudou muito, mas o que a TC vem a acrescentar no meu trabalho e que me deixa cada vez mais feliz, é saber que esse projeto que nós trabalhávamos com a Pastoral da Criança também está sendo implantado no SUS, além de que outras pessoas estão tendo esse prazer de conhecer a TC de perto. Adalberto fez algumas mudanças na TC, mas são coisas que não faz muita diferença na forma de conduzir a TC e nos resultados com os pacientes.*

*Nosso primeiro grupo na Pastoral da Criança tinha as mesmas expectativas que tenho hoje, junto a esse trabalho da Secretaria, a de atender a comunidade, de ir em busca e cuidar dessas pessoas. Mas nas relações afetivas sociedade-família, são iguais, porque tem gente que tem sofrimentos, dores e depressão, na classe baixa, média e alta.*

*Houve algumas pessoas que fizeram o curso, trabalharam com algumas TCs e se afastaram. Eu dei continuidade, permaneci e ainda fui convidada para fazê-la em outras comunidades. Eu colocava a sacolinha na mão e ia-me embora para as comunidades, mesmo sem ter muito apoio da Pastoral da Criança. Mas sempre estava ali, com o bastão na mão, sem deixar a peteca cair.*

*Acredito que, em parte, algumas daquelas pessoas do primeiro grupo de formação desistiram porque a Pastoral deixou de lado esse trabalho. E todos nós somos seres humanos, temos nossos fracassos, nossas dúvidas. Não é porque ela é terapeuta que fez, que a gente tem que balançar também para isso. Olha, eu cuido, estou cuidando do meu corpo, mas preciso também de alguém que cuide de mim, cuidador também precisa ser cuidado.*

*Vou dar um testemunho bem interessante. Mandaram um ofício para a Unidade de Saúde para informar sobre a primeira turma de formação de terapeutas da Secretaria. Quando fiquei sabendo, eu estava de férias e já estava no segundo módulo do curso. Aí, fiquei triste e fui lá aperrear Fernanda. Ela disse: “Não, Eulina, você não pode entrar mais porque já está no segundo módulo”. Quando chegou agora para essa turma, disseram: “Não, Eulina, você já tem a formação, não precisa”. Eu disse: “Não, eu preciso, eu quero ver as novas experiências através da Secretaria”. Porque nós precisamos nos reciclar para partimos para algum tipo de realidade diferente. Aí, de repente, minha alegria aumentou, quando Irmã Ana disse: “Eulina vai participar”.*

*Eu queria fazer essa reciclagem. Bem que não é uma reciclagem, é um aprendizado a mais, porque estamos aprendendo todo dia, o aprender ele é constante, é hoje, é amanhã, é eterno, porque aí tem as experiências, tem as pessoas com outras culturas. Nós trabalhamos com a cultura da nossa comunidade, nessa relação sociedade-cultura e religião, seja como for, no modo de viver, em tudo, estamos o tempo todo ali em contato com essas diferenças.*

*Uma das grandes dificuldades é a descrença do nosso povo, as pessoas ... elas estão com tantos laços feridos, magoados, desacreditados, tantos sofrimentos nas famílias, digo isso porque desde 94 que sou ACS. Geralmente visito 250 famílias por mês, mas, no momento, estou com 160 famílias.*

*Então, tenho muito presente esse modo de viver do nosso povo. Meu medo também, que eu não me excluo disso, é que hoje curamos uma dor e amanhã outra vem e arreventa. O sistema do tempo nos oferece uma mudança de vida constante. Isso é como um barco, a água vai e leva.*

*A Pastoral da Criança fazia a TC em cima da mística, do que era a mística de fé, trabalhava a questão empírica trazendo esse resgate da fé cristã diante do testemunho de Jesus e como ele viveu. Já na Secretaria de Saúde, é um pouco diferente, não traz muito a questão mística, mas também não perde nunca esse vínculo da fé das pessoas.*

*A TC é essa teia de aranha, um vai ajudando o outro, e cada um vai percebendo que um fio tão fininho tem uma força muito grande, mas é preciso que todos os fios estejam interligados, pois, a partir do momento que um desses fios se quebra, a tendência dessa teia é que os outros fios também se desmanchem. E foi o que aconteceu com a Pastoral da Criança: nós perdemos esse referencial.*

*Irmã Ana dependia de pessoas que faziam coisas da forma que não era para ser, e foi o que aconteceu, algumas pessoas da Pastoral da Criança tiveram problemas em relação à coordenação, então foi colocado isso, e aí foi desvinculando, desestimulando.*

*A Secretaria vai formar esse monte de terapeutas, mas precisa dar esse suporte, o tempo todo, estar ali presente, refletindo, vendo o que deu certo, o que não deu, dando continuidade, abrindo grupos, porque não é fácil fazer TC na comunidade, tem pessoas que acham que é assim, coloca uma placa ali, “Hoje tem Terapia Comunitária na comunidade”, tem pessoas que dizem: “Mas o que é Terapia?”, “Olha, eu não vou deixar a minha novela para ir para uma Terapia”.*

*O grande desafio da TC, na nossa comunidade de pessoas carentes, é a sensibilização, a conscientização de que a TC está lá para fortalecer este laço, para dizer “Olha, estou aqui, porque nós vamos nos dar as mãos”, porque Salvador da Pátria ninguém é. As pessoas não acreditam mais, até por causa do nosso sistema político-sócio-econômico, que já nos deixa muita coisa a desejar.*

*Quando eu trabalhava no Rangel, tinha uma menina chamada Eunice, ela nunca deu um depoimento na TC, ela não falava nada, tinha gente que contava os seus sofrimentos, as suas dores, suas angústias, mas ela não falava. Após três anos fazendo a TC, ela disse assim: “Eu nunca falei nessa TC, mas eu queria falar hoje, posso?” Eu disse: “Pode, é direito”.*

*Ela disse que nunca contou para alguém da TC a respeito do problema dela, mas ela tinha mudado 80% do que vivia. Porque a mudança dentro da casa dela estava nela, não era no filho, nem no esposo, e sim, nela. Disse que a vida dela mudou muito, a partir da mudança dela, e que agora podia falar “Agora eu sei que eu posso, porque até aí eu não sabia que tinha essa força dentro de mim, que eu poderia mudar a minha história de vida como indivíduo”. Que eu podia ser um indivíduo dentro da sociedade e da família e que poderia contribuir com as mudanças que estavam ao meu redor.*

*Isso ficou na história, nós até mandamos um filme gravado em fita e a lista de frequência para a Coordenação Nacional da Pastoral da Criança, porque todos os meses eles pediam toda a documentação, registro, histórico e, para mim, foi gratificante.*

*Quanto à questão dos profissionais, nem posso dizer se existe ainda alguma barreira, mas sei que existe sim, algum pé atrás, em relação à TC. Primeiro porque não acreditam, não aceitam, acham que não precisam, que só quem precisa é aquele pobre que tá lá, que o marido bebe, que faz bagunça. Ele não, não quer expor a sua dor, sua mágoa, porque tem uma vida social mais ou menos e não precisa. Mas, as relações afetivas e os sofrimentos estão em qualquer lugar. E isso dificulta essa relação, esse entrosamento entre o trabalho do terapeuta junto às comunidades, a TC e aos profissionais.*

*A outra realidade da nossa comunidade população-paciente é a questão do espaço, do tempo e também de não acreditar não em quem vai fazer, mas no sistema como um todo, porque tudo para eles agora é invenção, pelo fato de dizer assim: “Eu não acredito em nada que é daquele posto de saúde porque eu nunca cheguei lá para ser atendido”. Eles fazem essa relação. “Ah, isso é só para ganhar tempo, porque eles só querem viver brincando, não querem trabalhar”. Eles dizem que as enfermeiras e as médicas só ganham dinheiro e não fazem nada. Nós que estamos lá dentro é que sabemos que não é assim, é muito trabalho.*

*Fui do PACS. Na época, não tínhamos PSF. O PACS e a Secretaria nos acompanhavam. Era muito difícil, hoje não, qualquer problema nós estamos lá no posto, tem médico, tem tudo, nós temos um facilitador lá dentro que está nos apoiando, cada unidade agora tem um apoiador. Temos nos Distritos esses elos, essas correntes em que estamos engajados e que nos fortalece nesse trabalho.*

*Para mim, outro desafio é o espaço. Porque, muitas vezes, não encontramos espaço na comunidade, tem igrejas que perguntam se é trabalho do SUS e dizem assim: “se é de Igreja aceitamos, se não é, se é da Secretaria, então quem tem que resolver é ela, que é política”. Mas, já tem comunidades que tem espaço na unidade de saúde, nas associações, nos grupos de mulheres.*

*Lá no Cristo, por exemplo, nós não temos essa dificuldade de não ter espaço. O que dificulta o nosso trabalho é o horário, os profissionais que estão envolvidos na TC têm que aceitar que aquele profissional que está envolvido precisa sair naquela hora para fazer a TC. Principalmente se for também uma ACS, o pessoal não acredita muito, porque*

*é uma ACS, uma pessoa simples, que não tem curso superior, mas, para os outros, não tem problema.*

*Quanto à questão do paciente ir lá no posto só buscar o remédio, mudou um pouco, não muito, porque se sabe que antigamente os postos de saúde a finalidade era muito mais a questão do médico, da farmácia e do paciente.*

*Hoje, ainda está muito forte a questão da medicalização na vida do paciente. É tanto que, em alguns PSFs, as farmácias nunca têm remédio porque ele chega hoje e logo é distribuído. Se o paciente chega morrendo com uma dor de cabeça, precisamos ir mais perto desse paciente, conversar com ele. O que será que aconteceu com esse paciente? De onde vem essa dor de cabeça? Por que ele está com dor de cabeça? Mas o profissional diz: “Ah tá com dor de cabeça? Vá tomar um Anador (remédio), vá para casa, se deite que a dor de cabeça passa”. Talvez, com a conversa, o paciente não precise tomar tanta Dipirona, só que muitos profissionais não olham nem para o paciente.*

*A TC ainda tem um longo caminho a seguir, quanto à divulgação, porque ainda é um trabalho novo, as pessoas ainda não a conhecem muito. Vai ter que ter muita divulgação, sensibilização, comunicação e informação a fim de conseguirmos trazer isso para as comunidades com mais afinidade.*

*A primeira TC que eu fiz foi na Igreja de São Francisco, no Rangel. Eu fui meio nervosa, ainda como aluna, mas o tempo é quem nos fortalece em tudo. Até Irmã Ana e o pessoal estava presente. Eu fiz uma dinâmica para acolher, e o impacto sempre é muito grande, as pessoas que vêm sempre com o pé atrás saem assim com uma coisa nova.*

*A TC não lhe dá resposta de imediato, nós nunca vemos a mudança assim, ela vai acontecendo de forma silenciosa, mas dá resultado. Na TC a regra geral é que ninguém deve dar conselhos, nós conduzimos alguns passos que quem está na TC, possa pensar e dizer “Ah eu acho que é por aqui”. Nós temos regras na TC, contextualização, discussão, depoimentos, o mote-chave, mas para mim, tudo isso são passos, que todo profissional segue, a essência da TC é o participante com aquilo que ele foi e o que foi que ele fez para mudar.*

*A TC, para mim, foi muito importante, porque vim de uma família pobre, lá do interior, me tiraram da companhia da minha mãe com seis anos. Fui uma pessoa criada em colégio de freiras (orfanato), sem pai e mãe. Com 18 anos, vim para João Pessoa, trazida pelas freiras. Estudei nas Lourdinhas, terminei lá o segundo grau no período da noite, depois fui morar com umas freiras em pequenas comunidades da Ordem do Jesus Crucificado do Ceará, lá no Castelo Branco.*

*Acho que meu sonho era formar uma família, porque minha mãe se separou do meu pai. Ela lavava roupa para nos sustentar. Meu irmão mais velho foi morar com uma tia minha, e minha mãe ficou com as meninas. Mas, como eu era a mais nova, me colocou no colégio das freiras. Para mim, isso foi uma angústia, porque eu cresci sem saber o que era amor de mãe e de pai.*

*Terminei o segundo grau, fiz o curso de Contabilidade, continuei meus estudos, fui fazendo os dois cursos, mas o meu sonho era casar. Casei, só que, com o tempo, o meu marido começou a me dar muito trabalho, começou a beber muito e aí a minha vida foi um verdadeiro inferno.*

*Foi através das TCs, contando as minhas dores, meus sofrimentos, minhas angústias, que eu fui me fortalecendo e fui levantando a cabeça e acreditando que eu era um ser humano, que eu tinha vida própria, que eu podia muito bem sair de tudo disso. Aí foi quando consegui forças para acreditar que eu podia me transformar, não era o meu ex-marido, não era ninguém, nem meus filhos, a não ser eu mesma.*

*A TC me fez outra pessoa, outro ser, capaz de sentir não só os meus problemas em condições de resolver, mas também de estar mais próximo do outro e de ver de perto o do outro, não que eu vou chegar lá e dizer “vou resolver o seu problema”, nunca, mas vou mostrar que o outro é capaz, que ele tem essa força, esse poder de ser o agente, condutor e ator de mudar a sua própria história de vida, porque eu tive essa capacidade.*

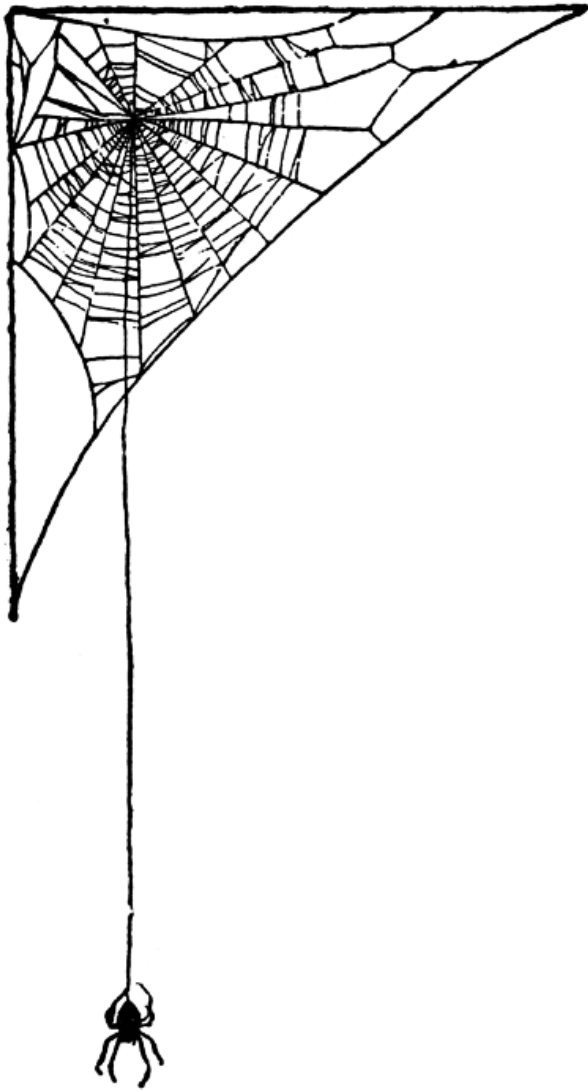
*Essa foi a transformação que senti com esse trabalho, e com a força das pessoas que estavam fazendo a TC, fui aprendendo a não conviver com esse sofrimento e me libertar. Então, quando meu ex-marido tentou matar minha filha com um facão, tive coragem de denunciá-lo, na delegacia da mulher, mas ele fugiu.*

*Com três meses que eu havia feito a denúncia, ele entrou lá em casa bêbado e tocou fogo no quarto que eu havia comprado para as meninas que estavam no colégio. Eu estava tomando banho e senti um cheiro de coisa queimando, os vizinhos correram e apagaram o fogo. Sabe o que eu fiz? Olhei para as camas queimadas, troquei de roupa, fechei a porta, e disse: “quando voltar, eu ajeito isso”.*

*Fui para o Rangel fazer a TC, e a fiz como se nada tivesse acontecido. Quando terminei, fiquei conversando e falei a respeito do ocorrido. Os participantes disseram: “eu não acredito que tu estás fazendo TC com um problemão desses”. Hoje, sou o homem e a mulher dentro de casa, trabalho como Agente de Saúde no PSF, na Pastoral da Criança e no Projeto Sal da Terra e sou muito feliz. Já meu ex-marido teve dois infartos, mas*

*continua bebendo, a família dele é toda contra mim, enfrentei uma barreira enorme em relação à mãe dele, pois ela fazia de tudo para me atingir.*

*Hoje, minhas filhas não têm nenhum problema, mas elas tiveram que fazer tratamento psicológico. Tem uma que já está terminando a Faculdade e trabalha no escritório geral da Fábrica BRASTEX; a outra tem quatorze anos e já está fazendo o primeiro científico; meu filho também trabalha, é casado e tem três filhos. Já quem me acompanhou, me curou e me deixou de pé foram os meus trabalhos da TC e da Pastoral.*



*5 AS HISTÓRIAS E SEUS  
SIGNIFICADOS*



Este capítulo traz a análise empírica das onze entrevistas com os colaboradores, para melhor compreender, através de suas falas, suas experiências e concepções a respeito da Terapia Comunitária. Para tanto, identificaram-se eixos temáticos a partir do tom vital dessas entrevistas, da leitura e do estudo do material produzido. Os tons vitais foram organizados, de acordo com os temas evidenciados, procurando atender aos objetivos propostos pelo estudo.

Nessa perspectiva, extraíram-se das narrativas os seguintes eixos temáticos: 1. Terapia Comunitária: o sentido da história; 2. Terapia Comunitária: promovendo mudanças, superação e crescimento; 3. Contribuições para o SUS e a Saúde Mental em busca da Integralidade na Atenção Básica e 4. Apontando desafios.

### *5.1 TERAPIA COMUNITÁRIA: o sentido da história*

A história é uma seqüência de fatos que marcaram um período. Para algumas pessoas, esses fatos são difíceis de serem lembrados e relatados; já para outras, são prazerosos, visto que, por trás do relato de uma história, faz-se presente a experiência de vida de cada um, com suas marcas, memórias, sentimentos etc. Isso é evidente quando, em uma entrevista, observam-se reações de choro, de alegria, através do sorriso, ou mesmo o silêncio, em alguns momentos. Corroborando com esse pensamento, a colaboradora Maria do Socorro ressalta:

*A cada momento percebo que sempre daquela história existe uma outra história por trás e hoje consigo perceber isso [...]. (Maria do Socorro)*

O registro da história é importante porque dá condições de para se entender o processo de transformação que ocorre nas comunidades e com as populações como um todo, com o passar dos anos, além de ser um veículo

importante para estabelecer relações entre passado, presente e futuro (BOM MEIRY; HOLANDA, 2007). Sabe-se que nada permanece estático. As coisas, as sociedades, os comportamentos se modificam com o tempo.

Hobsbawm (1998, p. 22) assevera que o passado é “uma dimensão permanente da consciência humana, um componente inevitável das instituições, dos valores e outros padrões da sociedade humana”. Complementando esse raciocínio, Bom Meiry (2005) destaca que a presença do passado, no presente das pessoas, é a razão de ser da história oral. Dessa maneira, ela implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, por isso ela é reconhecida como “história viva”.

Assim, com o intuito de resgatar essa “história viva”, procurou-se saber dos colaboradores, de acordo com a vivência e as experiências de cada um, como ocorreu a implantação da Terapia Comunitária no Município de João Pessoa - PB - para compor e apresentar essa história.

Na leitura das narrativas, evidencia-se que Ana Vigarani foi o ponto-chave para a chegada da TC a João Pessoa, como relata a colaboradora Eulina:

*A Irmã Ana, dentro desse projeto do Estado, com certeza foi esse fio condutor para trazer a TC para nossas comunidades. Ela foi se articulando, trazendo, mostrando esse trabalho, que foi crescendo, e hoje está nessa rede...*  
(Eulina)

É oportuno abalizar que Ana Vigarani foi quem estimulou as Professoras Dras. Maria Filha e Maria Djair a fazerem cursos com o Professor Adalberto Barreto em Fortaleza - CE. Quando voltaram de lá, elas “foram incansáveis no sentido de divulgação dentro da Universidade”, conforme relata Ana Vigarani. Confirmando essa assertiva, Márcia Rique inicia a sua fala, dizendo:

*Conheci a Terapia Comunitária (TC) quando estava fazendo a especialização em Saúde da Família, no NESCC, através de uma roda de Terapia Comunitária que as Professoras Maria Filha e Maria Djair fizeram.* (Márcia Rique)

Por meio da divulgação e da iniciativa dessas professoras, houve, no ano de 2004, a interação entre a Universidade Federal da Paraíba – UFPB, a Terapia Comunitária e o Município de João Pessoa, visto que havia um Projeto de

Extensão do Curso de Enfermagem da UFPB sendo desenvolvido por elas no bairro de Mangabeira, na Unidade do PSF Ambulantes, como expressa a fala de Maria do Socorro, que acompanhou toda essa trajetória:

*[...] já tínhamos um convênio com a Universidade Federal em que Unidades de Saúde do PSF recebiam para estágio alunos da Graduação de Enfermagem. Então, as Professoras Maria Djair e Maria Filha trouxeram a proposta para desenvolvermos a Terapia Comunitária [...]. (Maria do Socorro)*

A figura 4 registra, de forma histórica, a antiga fachada da Unidade de Saúde do PFS Ambulantes, onde o projeto de extensão, desenvolvido pela UFPB, sobre Terapia Comunitária iniciou em João Pessoa. Vale destacar que, hoje, essa Unidade de Saúde está em outra sede, integrada com mais quatro Unidades de Saúde.



**FIGURA 4:** Antiga sede do PSF Ambulantes

Fonte: Arquivo fotográfico do PSF Ambulantes.

É oportuno abalizar que, para conduzir as rodas de TC, o terapeuta comunitário segue cinco fases, a saber: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento (BARRETO, 2008), como mencionado no referencial teórico.

As figuras 5 e 6 registram a fase do acolhimento, por meio do qual se cria um clima para receber as pessoas como forma de acolhê-las. De acordo com Luisi (2006, p.84), acolher significa receber bem, cuidar. É também

agasalhar a alma, é oferecer um sorriso, um aperto de mão. É procurar saber e aprender o nome de cada um que veio participar. Acolher é considerar o outro como gente. É também cantar parabéns para quem está aniversariando naquele período. É aquecer o clima daquela comunidade para que todos se envolvam e se aproximem uns dos outros.

Segundo Barreto (2008), o acolhimento é composto de seis procedimentos: dar as boas vindas; celebrar a vida dos aniversariantes do mês; falar do objetivo da Terapia Comunitária; informar as regras; aquecer o grupo para trabalhar e apresentar o terapeuta que vai dar continuidade à TC. No momento de aquecimento, o co-terapeuta convida o grupo para fazer algum exercício ou brincadeira (dinâmica), o que demonstra que a Terapia Comunitária proporciona um espaço aconchegante e lúdico, contribuindo para o bem-estar da pessoa.



**FIGURA 5:** Dinâmica

Fonte: Arquivo fotográfico do PSF Ambulantes.



**FIGURA 6:** Professoras Maria Djair e Maria Filha fazendo o acolhimento – rodas de TC.

Fonte: Arquivo fotográfico do PSF Ambulantes.

A figura 7 se refere à etapa final da condução da roda, que é o encerramento. Nessa etapa, costuma-se pedir a todos que fiquem em pé e formem dois círculos: um maior e outro menor, em que ficam todas as pessoas que falaram naquela TC - tanto as que apresentaram as suas dificuldades quanto as que compartilharam as suas experiências durante a problematização. De acordo com Luisi (2006, p. 92-93),

o terapeuta procura criar um clima de afetividade e pede que se dêem as mãos ou passem o braço um sobre o ombro dos outros, permanecendo em um balanço suave. Após alguns segundos de silêncio, o terapeuta conota positivamente, valorizando e agradecendo o esforço, a coragem a determinação, a participação e a vontade de superar as dificuldades, através de palavras que possam ajudar a favorecer e fortalecer a auto-estima.

Nesse momento, o terapeuta pede aos participantes que reflitam e digam o que estão levando consigo para casa ou que aprenderam durante a TC. Posteriormente, as pessoas despedem-se ou se confraternizam, como se observa na figura 8.



**FIGURA 7:** Professoras Maria Djair e Maria Filha realizando o encerramento de uma roda de TC.  
Fonte: Arquivo fotográfico do PSF Ambulantes.



**FIGURA 8:** Professoras Maria Djair e Maria Filha em um momento de confraternização com a comunidade.  
Fonte: Arquivo fotográfico do PSF Ambulantes.

Feita essa breve exposição, observa-se que o caminho estava aberto para novas conquistas e parcerias. Em 2006, no ensejo de divulgar a TC, as discentes da UFPB (Maria Djair e Maria Filha) influenciaram algumas Diretoras de Distrito a fazerem uma formação em Cuidando do Cuidador em Fortaleza, como afirma Márcia Rique:

*[...] no final de novembro de 2006, também pela influência das Professoras Maria Filha e Maria Djair, algumas Diretoras de Distrito foram fazer uma formação em Cuidando do Cuidador [...] em Fortaleza. (Márcia Rique)*

Essa participação no curso resultou em um contato e, posteriormente, numa parceria com o Instituto Brasileiro do Desenvolvimento Humano de São Paulo (IBPDH). Esse instituto, na época, tinha uma verba que era do Ministério da Saúde, através da secretaria antidrogas, que podia ser aplicada em treinamentos de terapeutas. A respeito disso, relata Márcia Rique:

*[...] quando surgiu esse meio, [...] conversamos com a secretária e rapidamente ela entendeu a importância da Terapia Comunitária como ferramenta institucionalizada de trabalho do dia-a-dia do profissional de saúde. [...] a partir daí, pactuamos [...] um convênio de parceria técnica, [...] para o Município de João Pessoa e também para os Municípios de Pedras de Fogo, Conde e São Bento. Assim, trouxemos para cá a primeira formação em Terapia Comunitária. (Márcia Rique)*

Essa decisão se deveu ao fato de que, nessa época, a gestão por meio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS) estava num momento de discussão de como potencializar a Saúde Mental dentro da Atenção Básica em João Pessoa – PB, pois, de acordo com Roseana Meira,

*[...] existia e ainda existe, por parte da maioria dos profissionais, certo receio de lidar com o sofrimento mental, por ser algo que eles não tiveram como parte da formação. [...] Assim, o primeiro olhar de interesse foi por conta da Saúde Mental que nos fez mais sensível ao dispositivo da Terapia. (Roseana)*

Nessa direção, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, por meio de seus gestores, buscando fortalecer ações que possam garantir o cuidado integral aos portadores de transtornos mentais na atenção básica, iniciam o processo de formação de profissionais da saúde em Terapia Comunitária, como dispositivo para a promoção da saúde e a prevenção do transtorno mental. Sendo assim, na Paraíba, o processo de formação de terapeutas comunitários começou em janeiro 2007. Concomitantemente formaram-se duas turmas, uma da qual

participaram 65 profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de João Pessoa, e outra turma, com profissionais da Estratégia Saúde da Família de Municípios circunvizinhos, a saber: Pedras de Fogo, Conde e São Bento, todos pertencentes ao Estado da Paraíba. Sobre a turma de João Pessoa, especificamente, Ana Vigarani declara:

*Nessa turma, foram, ao todo, selecionados 65 profissionais das equipes do PSF, [...] a estrutura do curso de formação de TC consiste em quatro módulos, sendo 80h para a teoria, 80h para as vivências, 120h para a realização da prática das Terapias e 80h de intervenção. (Ana Vigarani)*

É oportuno destacar que a gestão tem se mostrado interessada e cooperativa quanto ao processo de implantação da Terapia Comunitária, visto que João Pessoa foi um dos primeiros Municípios a institucionalizá-la. Considerando esse momento, em que vem ocorrendo a implantação dessa terapia, é de extrema importância esse apoio por parte da gestão para que essa estratégia se consolide, cada vez mais, no Município de João Pessoa. Isso se evidencia no relato de Roseana Meira, que diz:

*Estou muito otimista com essa implantação. [...] Como Gestão, tivemos vários cargos de direção envolvidos nessa formação da primeira turma de terapeutas. [...] Selecionamos pessoas de cargos chaves, que atuariam bem como facilitadores para implantar a Terapia Comunitária para o restante da rede. (Roseana)*

O processo de formação dos terapeutas comunitários pela SMS continua, em 2008, com mais uma turma - envolvendo 65 profissionais da equipe da ESF do Município de João Pessoa – PB através de recursos financeiros do Projeto de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (MS). Também em 2008, o MS, liberou recursos para o desenvolvimento de um projeto relacionado ao processo de formação dos terapeutas comunitários envolvendo 100 Municípios. Representando a Paraíba, o Pólo formador (MISC – PB) será responsável por mais uma turma de profissionais da equipe da ESF de seis Municípios do sertão paraibano. Esse breve relato histórico mostra que a TC é uma ferramenta de cuidado, que vem se consolidando em João Pessoa.



## 5.2 TERAPIA COMUNITÁRIA: promovendo mudanças, superação e crescimento.

A Terapia Comunitária é um instrumento transformador. De acordo com Barreto (2008), muitas coisas da natureza, para serem criadas, passam por um processo de destruição e transformação. Ele assevera que, na TC, os obstáculos, os traumas, as carências e os sofrimentos superados transformam-se em sensibilidade e competência, o que induz às ações reparadoras de outros sofrimentos.

Ponderando-se sobre os relatos dos colaboradores, verificou-se que ocorreram significativas mudanças nos campos pessoal, profissional, comunitário e de práticas no serviço de saúde. Em relação à mudança pessoal, as entrevistas mostraram que houve mais sensibilização e capacitação dos colaboradores, porque o processo de formação do terapeuta comunitário favorece um olhar para dentro de si mesmo, com maior sensibilidade para se colocar no lugar do outro, o que possibilita a tomada de consciência sobre si e sobre o outro e disposição para refletir, gerando uma transformação de dentro para fora, a partir da escuta partilhada das histórias de vida, como expressam os relatos a seguir:

*[...] passei a me conhecer melhor, e me conhecendo melhor, passei a agir de uma forma diferente. [...] hoje sou outra Socorro. (Maria do Socorro)*

*Passando a ser solidário por causa do outro porque a dor dele reflete em mim, então foi outra coisa que comecei a compreender e a perceber [...] não há um ser humano que não tenha passado pelo sofrimento [...]. (Ana Maria)*

*A TC me fez outra pessoa, [...], capaz de sentir não só os meus problemas em condições de resolver, mas também de estar mais próximo do outro [...] ter capacidade de mudar a sua própria história. (Eulina)*

*Hoje tenho outra forma de me colocar na roda [...] a TC mudou a minha vida pessoal em vários aspectos, como vejo que a vida das pessoas mudou também, os primeiros a mudar são os terapeutas [...]. (Lino)*

*Sou outra pessoa após a TC [...] Passei a me conhecer mais e também a me posicionar. Não sou “a” salvadora do mundo, sou como as outras pessoas. (Fernanda)*

*...participar das rodas de TC, permite um repensar sua própria história de vida. (Ana Vigarani)*

Nesses discursos, constatou-se, ainda, que alguns dos participantes perceberam mudanças em sua vida profissional e na dos profissionais das equipes de saúde que são terapeutas comunitários, refletindo na sua prática. É oportuno destacar que, historicamente, os profissionais de saúde tiveram uma formação voltada para o atendimento de doenças no estrito contexto biológico, razão por que muitos deles têm dificuldades para considerar fatores emocionais, culturais e sociais como parte integrante do atendimento ao indivíduo. Mas, com a TC, os profissionais de saúde tornaram-se mais sensíveis à dor do outro, para escutar o paciente, ter atitudes mais acolhedoras, passaram a ver o paciente de forma mais integralizada, como expressam estes colaboradores:

*Claro que visualizamos mudanças, quando falo, o profissional passa a fazer um olhar diferenciado com o usuário [...] eles mudaram o seu ponto de vista, passaram a olhar o usuário e verem outras coisas além daquele corpo que traz a queixa. (Ivoneide)*

*Dá para dizer que o que tem mudado com relação ao atendimento da comunidade é que as equipes que têm terapeutas comunitários elas [...] têm posturas mais acolhedoras, com facilidade de mobilizar a população para discutir questões relativas ao modo de vida, de conduzir determinadas ações programáticas e de trabalhar questões mais coletivas. (Lino)*

*[...] os profissionais [...] se tornam mais sensíveis na escuta e passam a tratar de forma diferente, porque começam a perceber que aquele incômodo, aquela queixa, daquela dor daquela gastrite não é uma coisa só física é também emocional. (Maria do Socorro)*

A Terapia Comunitária consiste em uma tecnologia voltada para a criação de uma teia de relação social, que favorece a troca de experiências e possibilita a superação de dificuldades e sofrimentos do dia-a-dia das pessoas (BARRETO,

2008). Assim, ela contribui para o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos entre as pessoas, para a formação de redes de apoio social, mobilizando recursos pessoais e culturais para melhorar-lhes a qualidade de vida e evitar a desintegração social.

Como já enfatizado, a TC constitui-se como uma prática de efeito terapêutico, que visa à prevenção, na área da saúde, e ao atendimento a grupos heterogêneos, de organização informal, num contato face-a-face, que demonstra um interesse comum, que é o alívio de seus sofrimentos e a busca do seu bem-estar e da comunidade (FUKUI, 2007). Nos depoimentos, observou-se que a TC favoreceu o estreitamento de vínculos saudáveis entre a equipe de profissionais de saúde e a comunidade. Esses vínculos saudáveis devem ser entendidos, aqui, como aqueles que nos ligam aos outros de maneira positiva e reforçam o sentimento de pertença no grupo (BARRETO, 2008), como bem colocaram estas colaboradoras:

*À medida que as pessoas começam a freqüentar as rodas, elas começam a fortalecer os seus vínculos [...] e à medida que vão fazendo novos vínculos, vão abrindo algumas defesas que eram muito difíceis. (Sandra)*

*[...] percebemos facilmente que onde tem essas rodas, tem ocorrido uma interação, um aumento do vínculo entre a própria equipe, equipe/comunidade, comunidade/equipe. (Roseana)*

É importante ressaltar que o vínculo é importante, não só porque favorece a união do grupo, o engajamento e a participação das pessoas nas rodas de TC, mas porque constrói relações mais solidárias. Antes da Terapia Comunitária, havia muita dificuldade em se estabelecerem vínculos na prática profissional, como relata Célia Maria:

*Tínhamos uma dificuldade muito grande na prática de consolidarmos essa aproximação, para que pudéssemos estabelecer vínculo, manter relações mais solidárias com os nossos usuários. (Célia Maria)*

Vê-se, então, que as mudanças estão ocorrendo. De acordo com Eulina, a TC não dá respostas de imediato, *“as mudanças vão acontecendo de forma silenciosa”*.

Verificou-se, ainda, nos depoimentos dos colaboradores, que há uma melhora na auto-estima dos participantes das rodas de Terapia Comunitária. Boff (2000, p.37) ressalta que a auto-estima é o sentimento, é a crença em si mesmo, é a *“capacidade de dar a volta por cima nas dificuldades quase insuperáveis, a criatividade diante de situações de opressão coletiva que ameaçam o horizonte da esperança”*. Os colaboradores perceberam que as pessoas se tornaram mais confiantes, mais decididas, passando a adotar outra postura em relação à vida, como mostram estes discursos:

*Os benefícios da Terapia Comunitária para a comunidade são a possibilidade de resgatar a auto-estima, de se perceber um ser humano potente, capaz de lutar pelos seus direitos e de se perceber inteligente. (Célia Maria)*

*[...] potencializávamos a vivência, a experiência, a resiliência. Trabalhar com a resiliência humana, “eu não sou um pobre coitado”, então sou mais do que isso, tenho potencialidades, pois sozinhos não somos nada. (Ana Maria)*

É oportuno destacar que a resiliência é a capacidade que os indivíduos, isoladamente ou com suas famílias e em comunidades, adquirem para superar as dificuldades contextuais. Wlash (2005, p.4) afirma que ela é *“um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise”*. Portanto, a TC é um espaço de promoção da resiliência, porquanto, com a partilha de experiências de vida, os indivíduos reforçam a auto-estima (opinião que cada um tem de si) e fortalecem os vínculos.

Pode-se, pois dizer que a Terapia Comunitária possibilita a transformação ou a mudança de atitudes pessoais, profissionais e da comunidade, posto que proporciona o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos, a melhora da auto-estima, promove a resiliência e contribui para práticas mais acolhedoras e integralizadas nos serviços de saúde, levando os profissionais e a comunidade a superar dificuldades e, conseqüentemente, a evoluir.

### 5.3 CONTRIBUIÇÕES PARA O SUS E A SAÚDE MENTAL EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.

Com a implantação do SUS, no cenário brasileiro, intensifica-se o processo de reversão do modelo de assistência hospitalocêntrico, para o comunitário. O modelo hospitalocêntrico enfoca o indivíduo e a cura, enquanto o modelo comunitário, que tem como base a comunidade, valoriza o coletivo, buscando a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Essa transição foi fortemente marcada pelos Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (CAVALHERI, 2002; LUISI, 2006).

Nessa perspectiva, como a cidade de João Pessoa está inserida nesse contexto nacional, busca, por meio da TC, não só capacitar seus profissionais de saúde da ESF, para atuarem com pacientes portadores de transtorno mental, visando proporcionar um instrumento de cuidado que, com outras práticas, amplie a resposta do sistema de saúde para as necessidades dos usuários, mas também favorecer um modelo de assistência comunitário. Com relação ao exposto, as colaboradoras comentam:

*A Terapia Comunitária é mais um instrumento, para estarmos efetivamente construindo uma prática mais integrada, uma prática que seja complementar às outras práticas mais tradicionais, já fortemente instituídas. [...] temos que lançar mão de várias práticas que nos possibilitem dar respostas a muitas necessidades que o usuário tem [...]. (Roseana)*

*A questão da desospitalização está aí. Precisamos dar alternativas, para que essas pessoas tenham acesso. Acho que a Terapia consegue fazer isso, ela é um espaço complementar, e nós não estamos tirando os méritos da Medicina curativa, do ponto de vista de Saúde Mental, é algo a mais que temos a ofertar. (Célia Maria)*

*A Terapia Comunitária ela tem uma importância fundamental nesse processo de reorganização do SUS, especificamente aqui no projeto da gestão Ricardo Coutinho e Roseana Meira. No sentido de que esta gestão vem tentando mudar práticas de trabalho dos profissionais e fazer com que o processo da equipe de Saúde da Família venha atender à necessidade do usuário. (Márcia Rique)*

A Terapia Comunitária é uma experiência que já vem ocorrendo em diversos estados brasileiros e em outros países. Destaque-se, aqui, que a gestão municipal ampliou sua visão em relação a esse aspecto, uma vez que João Pessoa foi um dos primeiros Municípios brasileiros a institucionalizar esse tipo de terapia, cuja inserção na Atenção Básica de Saúde contribui para a organização das ações de saúde no SUS e na Saúde Mental, dentro da atenção básica do Município de João Pessoa, já sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma ferramenta de cuidado.

*Dá para perceber que o valor da Atenção Básica do PSF está na vida da equipe, na forma de como ela se relaciona, na forma de como ela atende o usuário. (Ana Vigarani)*

*[...] dentro do modelo de atenção que o Ministério da Saúde preconiza, sabemos que precisamos estar discutindo a questão da Saúde Mental junto à Atenção Básica, levando a mensagem que a Saúde Mental é problema de todo mundo. (Sandra)*

A Terapia Comunitária é, pois, um instrumento valioso de intervenção psicossocial na Saúde Pública, porquanto sua ação se volta para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Tem como propósito perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional, ver além do sintoma, identificar não só a extensão da patologia, mas também o potencial daquele que sofre, e fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos (BARRETO, 2008).

Essa ferramenta de cuidado vem se inserindo na atenção básica, com o objetivo de tecer redes de atenção, de cuidado, de prevenção e de promoção de saúde, e de viabilizar atendimento e encaminhamentos aos centros especializados das situações graves de transtornos psíquicos, estimulando o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica em Saúde Mental.

*[...] com o processo de construção de vínculo, passamos a estar sensíveis ao outro e a termos mecanismos de co-responsabilização importante para a construção de uma rede de saúde que trabalha com humanização. (Roseana)*

É oportuno destacar que, no cenário brasileiro, há uma política de humanização da atenção e da gestão do SUS (humanizaSUS), que preconiza uma nova relação entre os usuários e os profissionais de saúde, favorecendo um trabalho mais coletivo, mais acolhedor e ágil, que busca respeitar a diversidade, oferecendo um tratamento igualitário a todos. Sob essa perspectiva, Zampieri (2001, p.75) enfoca que “a humanização tem como preocupação básica a valorização do homem e busca o desenvolvimento de todas as potencialidades e capacidades do indivíduo”. Com base nessa assertiva, pode-se dizer que a Terapia Comunitária é um caminho que conduz à formação de um profissional mais humanizado.

*[...] nos solidarizamos e nos colocamos como sendo da espécie humana de uma forma mais igual, de uma forma menos prepotente, menos dono do saber, enfim, menos egoístas... Um ser humano mais solidário, mais próximo do outro, que se percebe dependente do bem-estar do outro. (Célia Maria)*

Contudo, é preciso compreender que o profissional não é o salvador da pátria e, portanto, capaz de resolver toda espécie de problema que a ele se apresenta. Isso é desmistificado em grupo, quando, todos juntos, refletem sobre possibilidades de buscar soluções no coletivo, de forma participativa e co-responsável, num novo modelo de saúde comunitária, em que se devolve às pessoas a capacidade de acreditar no seu potencial.

Não raras vezes, como já referido neste texto, devido à falta de um espaço de escuta, os usuários passam a somatizar a depressão, o estresse, as neoplasias, as dores de coluna, as gastrites, dentre outras, que se apresentam como sinais do sofrimento emocional ou psíquico que está sendo vivenciado e que o corpo expressa, razão por que buscam, muitas vezes, a terapêutica medicamentosa como uma válvula de escape, na tentativa de resolver esses problemas.

Na Terapia Comunitária, a palavra é o remédio para quem fala e para quem ouve. Cada participante torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que são relatadas, ou seja, cada um é co-responsável pela superação dos desafios do dia-a-dia, despertando para a solidariedade e a partilha. Assim, solidificam-se as redes sociais, a teia que une cada indivíduo da comunidade, iniciando-se uma nova etapa, quando ele passa a ter recursos para o encaminhamento e possível resolução dos seus problemas.

Os discursos de Célia Maria e de Roseana Meira trazem à tona a importância da Terapia Comunitária como esse espaço de escuta para a comunidade:

*Com a Terapia Comunitária, evitamos que o adoecimento mental chegue ao ponto que precise estar tomando medicamentos. Acho que, com a questão da modernidade, foi se deixando de lado práticas que eram comuns em outras gerações, de se estar conversando, escutando, estabelecendo encontros solidários entre as pessoas, mas a TC veio resgatar tudo isso. (Célia Maria)*

*Esperamos que este debate seja ampliado, para que a Saúde Mental seja uma responsabilidade desde a Atenção Básica porque, assim, iremos diminuir o número de internações, o consumo de medicamentos e proporcionarmos um acompanhamento ao paciente e não simplesmente só encaminhá-lo, como normalmente o é feito. (Roseana)*

Em muitas das entrevistas, percebe-se que a TC é uma prática integrativa, por ser uma ferramenta de cuidado que possibilita o atendimento às pessoas nas suas várias dimensões, tanto biológica quanto emocional e social. De acordo com Carvalho (2006, p.16),

a dimensão da integralidade em saúde não é única. A acepção consensual é de que signifique o tudo. Costumo dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis.

Portanto, vale salientar que para a integralidade ser, efetivamente, posta em prática, necessita da conscientização, do empenho e da participação de todos, uma vez que uma rede de qualidade é composta pela integração de várias pessoas: gestão, profissionais e comunidade.



Temos, portanto, um longo caminho a trilhar, mas a implantação da Terapia Comunitária já foi um grande passo de conquista e, como expressa a Professora Ana Maria, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB,

*Se quisermos fazer integralidade no SUS, temos que construir uma rede de qualidade [...] temos que entender o SUS como um processo, o SUS não é algo totalmente acabado, não, é algo que está em construção. [...], não existe nada acabado, só uma vida que encerrou, exalou o último suspiro, esta vida aqui está encerrada, porque ela não tem capacidade de um passo mais à frente. Mas todas as coisas na nossa própria vida, o SUS, a TC, política são etapas processuais. (Ana Maria)*

Considerando as observações acima relatadas, evidencia-se que a TC vem contribuindo para o fortalecimento das ações de saúde do SUS e da Saúde Mental, em busca da integralidade na Atenção Básica, no Município de João Pessoa, porque promove a quebra de paradigmas, disponibiliza um espaço de escuta para a comunidade, estimula o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica em Saúde Mental, capacita os profissionais para dispensarem um atendimento mais acolhedor e integral, contribui para a formação de um profissional mais humanizado, que busca atender às necessidades da população e favorece uma melhor qualidade de vida para o indivíduo e a comunidade em que ele se insere.

#### 5.4 DESAFIOS APONTADOS

Todo processo em construção enfrenta desafios, e como a Terapia Comunitária faz parte desse contexto, relacionaram-se algumas dificuldades, ou melhor, desafios abordados nas falas das colaboradoras. O vocábulo ‘desafio’, como define o dicionário, pode ser entendido como uma provocação, mas, no foco deste estudo, é algo que atrapalha o bom desenvolvimento de um processo, mas que pode ser transposto.

Aponta-se, como um dos principais desafios, a falta de espaço físico adequado, não como algo que impedisse a realização das rodas de TC, mas como um fator que dificulta uma ação de qualidade por parte dos profissionais, pois, de acordo com Barreto (2008), a TC pode ser realizada em qualquer lugar, até debaixo de uma árvore.

*Nunca encontramos casa para alugar com o tamanho que seja compatível com a necessidade do trabalho da equipe. (Márcia Rique)*

*Nosso maior desafio tem sido a conquista de um espaço ideal [...]. Nem por isso deixamos de realizar os encontros, mas até agora não conseguimos esse espaço. (Maria do Socorro).*

*[...] quando não se tem um vínculo uma rede de apoio construída, ficamos peregrinando atrás de um espaço. (Ana Maria)*

*[...] ficam tentando encontrar locais na comunidade para fazerem, mas nem sempre tem disponibilidade, pois há dificuldade de horário. (Sandra)*

Outro desafio expresso em boa parte dos discursos foi a pouca divulgação do trabalho de TC. Em relação a esse ponto, as colaboradoras se posicionaram da seguinte forma:

*A TC ainda tem um longo caminho a seguir, quanto à divulgação, porque ainda é um trabalho novo, as pessoas ainda não a conhecem muito. Vai ter que ter muita divulgação, sensibilização, comunicação e informação a fim de conseguirmos trazer isso para as comunidades com mais afinidade. (Eulina)*

*Quanto à divulgação acho que podíamos divulgar melhor, não sei exatamente como, mas ainda temos muitas pessoas que não tem conhecimento da Terapia Comunitária, inclusive profissionais de saúde. [...] acho que poderíamos melhorar nesse sentido. (Sandra)*

*[...] quanto à divulgação, precisa de um maior investimento isso em nível local, enquanto profissionais, na comunidade através dos agentes de saúde, no atendimento diário porque praticamente quem convida somos nós que estamos*

*fazendo a formação e algum colega que gosta e que se identifica. (Maria do Socorro)*

*A pouca divulgação também é um desafio, procuramos fazer isso através dos próprios profissionais, já existe certa divulgação, mas abertamente para a população realmente é difícil. Na verdade essa gestão gasta poucos recursos para divulgar, ela prefere gastar os recursos para efetivar as obras [...]. (Márcia Rique)*

É oportuno ressaltar que, para Barreto (2008), a função do terapeuta comunitário é de suscitar a capacidade terapêutica do próprio grupo. Para isso, não precisa ser um especialista, pode ser uma pessoa da própria comunidade, um profissional de saúde, da educação, entre outros. Sua atuação deve estar voltada para o crescimento humano e coletivo. Portanto, a Terapia Comunitária é um espaço que possibilita ao terapeuta comunitário crescer com o grupo e fomentar a descoberta dos recursos individuais e comunitários. Porém, nas leituras das entrevistas, ficou evidente que algumas colaboradoras citam a não identificação com a Terapia Comunitária e o descompromisso de profissionais como mais um desafio. A esse respeito, Ana Vigarani refere:

*Um grande desafio é por parte dos próprios terapeutas, pois mesmo que você selecione, com todo carinho, faça inscrição, que você tente selecionar dentro do perfil, mesmo assim há alguns terapeutas que não correspondem. (Ana Vigarani)*

Com a mesma linha de pensamento, têm-se as seguintes falas:

*Outro desafio é com relação à adesão dos outros profissionais que também não temos conseguido. (Maria do Socorro)*

*[...] existem algumas equipes, mesmo de PSF, em que médicos, enfermeiras ou alguns membros da equipe até ACS não se identificam com a proposta. (Ana Vigarani)*

*...trazer os outros profissionais que ainda não estão nesse processo para conhecer o projeto, conseguir ganhar esses outros profissionais para que eles possam estar entendendo a proposta e sendo aliados. (Célia Maria)*

Vale destacar que, historicamente, os profissionais de saúde tiveram uma formação voltada para o atendimento de doenças no estrito contexto biológico, o que contribuiu para uma concepção fragmentada de saúde. Porém, com o processo de construção do SUS, o desenvolvimento das ações de saúde passou a ser orientado pelos seus princípios, quais sejam: o da universalidade, o da equidade e o da integralidade.

Diante desse contexto, de acordo com a colaboradora Ana Maria, a quebra de paradigmas é um dos pontos que favorecem a não adesão dos profissionais e um desafio que não tem a ver só com o comportamento da equipe ou do profissional, mas também com o processo de formação dos profissionais e com o processo de gestão, uma vez que tudo, todas as decisões vinham de cima para baixo.

*A equipe não adere, acho que não é nem a adesão da equipe, é esse choque de visão, porque se acho que a TC é uma coisa boba, é uma coisa a mais, está mexendo com a minha visão de saúde-doença, e transformá-la não é tarefa fácil. (Ana Maria)*

Corroborando com Ana Maria, Célia Maria e Lino afirmam:

*Um dos desafios é de se desnudar da concepção fragmentada de saúde, do que se pensa sobre o que é saúde, que não é uma coisa simplista, e guiar o processo de trabalho baseado em uma concepção mais ampliada da saúde. (Célia Maria)*

*O primeiro desafio é a questão do próprio terapeuta se empoderar desse momento, dessa ferramenta. (Lino)*

Vale ressaltar que, de acordo com Campos (2005, p. 11), “há muito que se criticar e muito que se aprender com a tradição da Saúde Pública. Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir”. O Brasil, na década de 1970, apresentava um modelo hegemônico: médico assistencial-privatista, centrado na “demanda espontânea”, predominantemente curativo, que reforçava a atitude dos indivíduos de só procurar os serviços de saúde quando se sentiam doentes (PAIM, 2003). Mas, com o processo de construção do SUS,

apresentou-se um elevado impacto, não somente por causa da substituição de um modelo que não atendia às necessidades da população, mas também porque, foi por meio dele, que se deu o início efetivo da participação da sociedade brasileira na determinação de seus destinos vinculados ao Setor da Saúde. Isso contribuiu para que a população não acreditasse mais em ações de saúde que não eram eficazes para a sua realidade. Outros desafios citados por Eulina e por Célia Maria foram com relação à descrença nos serviços que são oferecidos nos setores de saúde e à participação da comunidade.

*Uma das grandes dificuldades é a descrença do nosso povo, as pessoas elas estão com tantos laços feridos, magoados, desacreditados, tantos sofrimentos nas famílias [...]. (Eulina)*

*Também é um desafio fazer com que a comunidade participe e venha fazer parte desses encontros, acredite nesse movimento, por isso acho que tem que ser uma coisa com muita seriedade, pois é uma experiência, é um processo, portanto temos que passar muita credibilidade, muito respeito, para que o processo se fortaleça, cresça e dê certo. (Célia Maria)*

Para o colaborador Lino,

*a Terapia Comunitária tem uma linha de trabalho dentro da Secretaria, mas ainda não está amarrada com a Saúde Mental. (Lino)*

Isso não condiz com o discurso de Roseana Meira, secretária de saúde do Município de João Pessoa, uma vez que, de acordo com Márcia Rique e outras colaboradoras, a TC está trabalhando em harmonia, em conjunto com a área de Saúde Mental, inclusive mostrando resultados. As palavras de Ivoneide corroboram com essa assertiva:

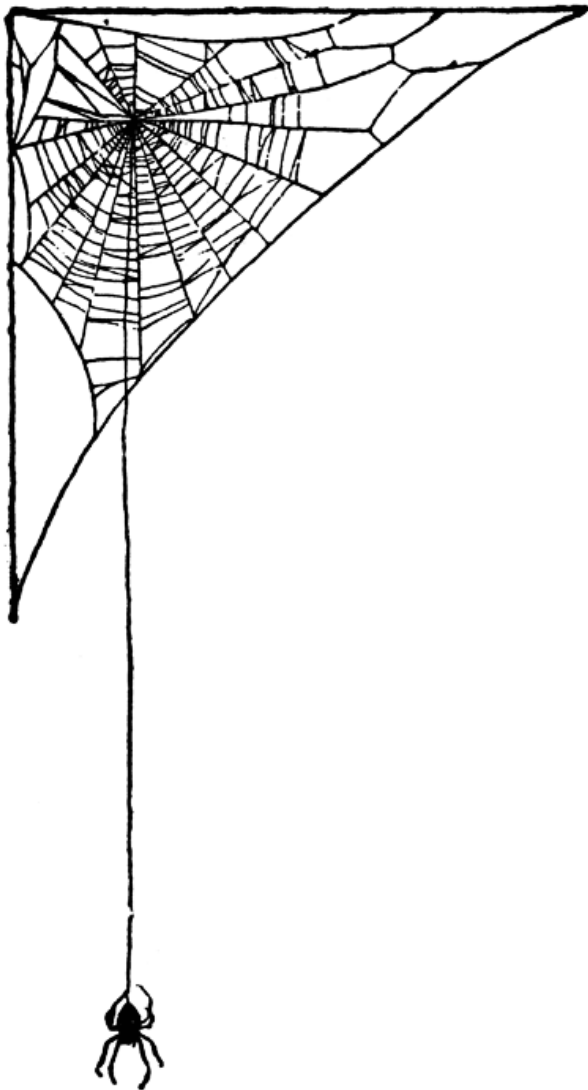
*Temos ainda um déficit muito grande em relação à nossa rede de Saúde Mental do Município de João Pessoa - PB, mas a TC preenche uma parte desta lacuna, dessa rede substitutiva, ela proporciona a escuta acima de tudo, da história do dia-a-dia, da subjetividade do ser humano. (Ivoneide)*

No relato de Roseana Meira, ela expõe uma preocupação e, até mesmo, um desejo como gestão:

*Realmente os grupos não percam ou saiam do seu objetivo, virem grupos religiosos ou grupos de auto-ajuda, pois não é essa intenção, mas que eles tenham a capacidade de estar avaliando para dar continuidade as discussões realmente dos problemas que a comunidade traz. (Roseana)*

Sabe-se que, para transpor esses desafios, a TC necessita de uma ação entre gestão, profissionais e comunidade, pois, através dessa da ação dessa teia, essa tecnologia de cuidado tenderá a crescer ainda mais.

Por fim, espera-se, com a identificação desses desafios, no que concerne à TC, contribuir para a elucidação de outros estudos referentes a essa temática.



*6 Considerações Finais*

*“Seja bem-vindo olê... lê, seja bem-vindo ola... lá, paz e bem para você que veio participar...”*

Com o interesse de conhecer a história da implantação da Terapia Comunitária no Município de João Pessoa – PB, escolheu-se investigar a sua importância para o projeto político de organização das ações de saúde na atenção básica, bem como suas contribuições e desafios.

Este estudo possibilitou conhecer a história da implantação sob as diversas óticas dos colaboradores desta pesquisa e contribuiu, de maneira significativa, para o crescimento pessoal e profissional, pois, em meio a risos e lágrimas, foi possível vivenciar momentos de intensa aprendizagem.

Como já mencionado no início desta pesquisa, a Terapia Comunitária constitui-se uma prática de efeito terapêutico, que visa à prevenção e ao atendimento a grupos heterogêneos, de organização informal, que demonstram um interesse comum para o alívio de seus sofrimentos e a busca de seu bem-estar, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, auxilia na construção de vínculos solidários, criando uma rede de apoio social e evitando a desintegração social, porquanto a comunidade busca resolver os problemas que estão ao alcance da coletividade (FUKUI, 2007).

Com respaldo no que foi exposto, pode-se afirmar que a Terapia Comunitária veio fortalecer as ações de saúde na área de Saúde Mental, onde o atendimento prestado ao usuário na atenção básica não estava suprindo as necessidades da demanda. Contudo, vale salientar que a Terapia Comunitária não se restringiu apenas à área de Saúde Mental, porque sua atuação hoje se amplia no cenário da Saúde Comunitária (FERREIRA FILHA; DIAS, 2007).

Participaram desta pesquisa onze colaboradores que são envolvidos com a Terapia Comunitária. Foram identificados na análise empírica elementos que possibilitaram a construção dos seguintes eixos temáticos: Terapia Comunitária: o sentido da história; Terapia Comunitária: promovendo mudanças, superação e crescimento espaço de transformação, superação e crescimento; Contribuições para o SUS e a Saúde Mental em busca da integralidade na Atenção Básica,



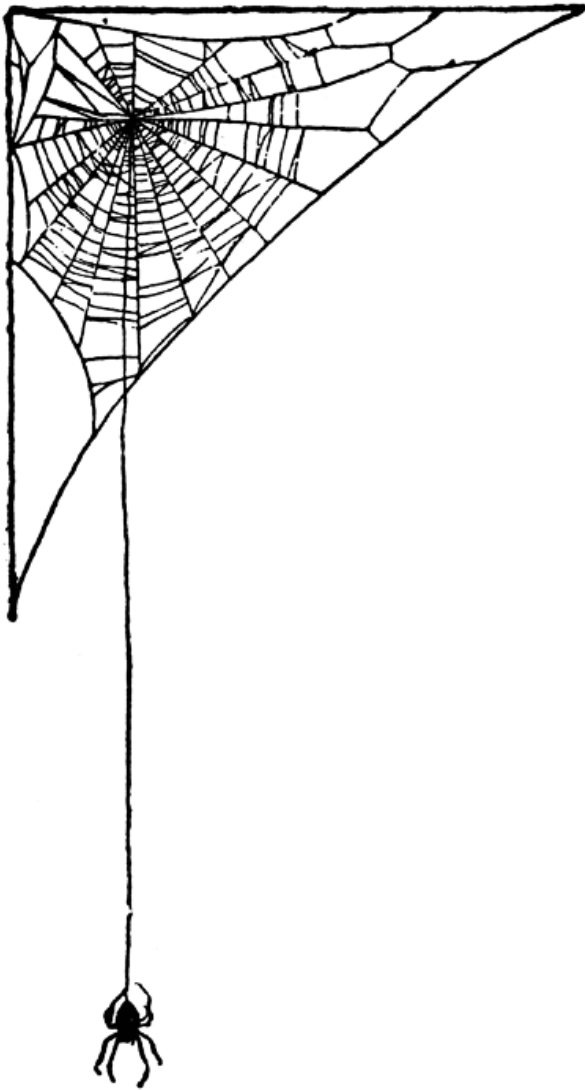
Contribuições para o SUS e para a Atenção Básica em busca da Integralidade e Desafios apontados.

Nas narrativas, percebeu-se que a Terapia Comunitária se vem consolidando, cada vez mais, como uma nova tecnologia de cuidado no SUS e na Atenção Básica, o que favorece e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção do sofrimento emocional. Também se constatou que ela vem se constituindo uma ferramenta que cria espaços de escuta sensível, contribui para a reflexão, gerando mudanças de atitudes que levam à transformação, em âmbito pessoal, profissional, comunitário e de práticas nos serviços de saúde, promove a melhora da auto-estima e a resiliência, a formação de vínculos entre os indivíduos da comunidade e da comunidade com a equipe de saúde, contribui para práticas mais acolhedoras e integralizadas nos serviços de saúde, favorecendo um processo de superação e de crescimento dos profissionais e da comunidade, contribuindo sobremaneira para a melhoria da qualidade de vida.

Dentre os desafios apresentados pelos colaboradores, destacaram-se a falta de espaço físico e de divulgação, a identificação dos profissionais com a TC e o compromisso com ela bem como a descrença e a participação da comunidade.

É oportuno destacar que, na perspectiva de Boff (2004, p. 13), o cuidado, enquanto “princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade”, deve estar voltado para a preocupação com o outro, devendo, então enxergar, mais profundamente, sua essência, atender as suas necessidades e, ao mesmo tempo, potencializar dimensões profundas do ser humano. Logo, é inegável a contribuição dessa ferramenta de cuidado para os profissionais de saúde, em especial, para o fisioterapeuta e o enfermeiro, uma vez que o trabalho desses profissionais é fundamental para as relações de cuidado.

Pelo exposto, espera-se, com este estudo, subsidiar e oferecer elementos de estratégias para a implantação da TC em outros Municípios brasileiros e assim contribuir para se ampliem os conhecimentos e a disseminação desses preceitos, ações e experiências aqui registrados sobre esse instrumento tão importante, que é a Terapia Comunitária. Cooperando para a sua consolidação no SUS, como uma possibilidade de cuidado ao sofrimento cotidiano das pessoas.



*Referências*

## Referências

ALMEIDA, E. S. et al. Políticas públicas e a organização do sistema de atenção à saúde, antecedentes da Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA E. S. (Org.) **Gestão dos serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p.13-50.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

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

\_\_\_\_\_. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a terapia comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. **Terapia comunitária: saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária, 2007.

BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

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

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

BRASIL. **Lei nº. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS. **Saúde em Destaque (impresso)**, n. 4, ano 1. jun/jul 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) – SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

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: Brasília, 2007, 85p.

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

CAMAROTTI, M. H. **Excelentes resultados alcançados em comunidades carentes por meio da terapia comunitária**. Disponível em: <[http://www.responsabilidadesocial.com/article/article\\_view.php?id=171](http://www.responsabilidadesocial.com/article/article_view.php?id=171)>. Acesso em 04 jul. 2007a.

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 05 ago. 2007b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CARTÃO FEITO POR MENINOS DO PROJETO 4 VARAS. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária. **Atelier**. Disponível em: <<http://www.4varas.com.br/atelier.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2008.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade. **Revista RADIS**, n. 49, set., 2006, p.16.

CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e orientação à família**. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>>. Acesso em: 10 out. 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. Brasília: CONASEMS, 2006.

COSTA, S. F. G. C.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

CORDEIRO, H. O Instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

DELGADO, P. G. G. Política nacional de saúde mental: o contexto decisivo do Pacto pela Saúde. **Jornal do CONASEMS**. n.8, ago. 2007.

DIAS, M. D. **Histórias de vida**: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. Documento Mimeografado, 2006.

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

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. **A Terapia comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS**. Documento Mimeografado, 2007.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa saúde da família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, C. A. **A estratégia de saúde da família.** Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_664\\_seminarioreliase2.doc](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_664_seminarioreliase2.doc)>. Acesso em: 06 nov. 2008.

FUKUI, L. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade:** uma contribuição da sociologia. Disponível em: <<http://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf>>. Acesso em: 06. set. 2007.

GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes.** 2006. 132p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa, PB, 2006.

HOBBSAWM, E. **Sobre história.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

HOLANDA, V. R. **A contribuição da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes.** 2006. 140p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa, 2006.

IBGE. **Taxas de desemprego.** Disponível em: <[http://ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/](http://ibge.gov.br/brasil_em_sintese/)> . Acesso em: 03 nov. 2008.

JAMAVIEIRA. **Acróstico de João Pessoa.** Homenagem a minha cidade. Disponível em: <<http://www.luso-poemas.net/modules/news/article.php?storyid=1039>>. Acesso em: 30 set. 2006.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Plano municipal de saúde de João Pessoa: 2006 – 2009.** João Pessoa, PB. set. 2006.

DAS. **Dados da terapia comunitária.** Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de João Pessoa. João Pessoa – PB, 2008.

LAPLATINE, F. **Aprender antropologia.** São Paulo: Brasiliense, 1995.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública:** a pedagogia crítico-social e dos conteúdos. 20. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

LUIZI, L. V. V. **Terapia comunitária:** bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação. 2006. 231p. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - USP, São Paulo, SP, 2006.

MARI, J. J. Desigualdade social e saúde mental no Brasil. **Boletim de Psiquiatria**. 25 maio 1992.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**, 2002, vol.18, p.163-171.

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: Silva, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

NASCIMENTO, E. S. Compreendendo o cotidiano em saúde. **Revista Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 31-38, dez. 1995.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.19-39.

OPAS. OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

OPAS. OMS. **Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos**. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 1997. p 1-23, 347-351.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PONTA DO SEIXAS. Disponível em: <[www.skyscrapercity.com](http://www.skyscrapercity.com)>. Acesso em: 30 out. 2008.

PROJETO 4 VARAS. **Movimento integrado de saúde mental comunitária**. Histórico. Disponível em: <<http://www.4varas.com.br/historico.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2008.

RICARTE, T. **Terapia comunitária**: é conversando que a gente se entende. **Revista CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ano 1, nº 13, Agosto/Setembro, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador, BA: ISC, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzato, 2001.

WHITAKER, D. C. A.; VELOSO, T. M. G. (org.). **Oralidade e subjetividade**: os meandros infinitos da memória. Campina Grande: EDUEP, 2005.

WLASH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Rocca, 2005.

ZAMPIERI, M.F.M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRÜGGEMANN, O. A. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 73-85.