

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

EDLENE DE FREITAS LIMA ROCHA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E AS MUDANÇAS
DE PRÁTICAS NO SUS**

**João Pessoa
2009**

A close-up photograph of a spider web against a blurred green background. The web is the central focus, with its intricate spiral and concentric rings clearly visible. The background is a soft, out-of-focus green, suggesting foliage or a natural setting. The lighting is bright, highlighting the fine threads of the web.

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E AS MUDANÇAS
DE PRÁTICAS NO SUS**

EDLENE DE FREITAS LIMA ROCHA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E AS MUDANÇAS
DE PRÁTICAS NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre, área de concentração Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Saúde em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha

**João Pessoa
2009**

EDLENE DE FREITAS LIMA ROCHA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E AS MUDANÇAS
DE PRÁTICAS NO SUS**

Data da aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Orientadora
(UFPB)

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Membro externo
(UFRN)

Profa. Dra. Maria Djair Dias
Membro
(UFPB)

Profa. Dra. Lenilde Duarte Sá
Membro
(UFPB)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar comigo sempre e orientar meus passos nos momentos difíceis dessa jornada;

Aos meus pais, **Assis e Iracema**, a quem devo tudo o que sou, pelo amor insubstituível, pela força e segurança em todos os momentos da minha vida;

A **Jarbas**, meu amor, pelo incentivo para a concretização desse sonho, compartilhando comigo as dificuldades e as alegrias;

Aos meus irmãos queridos, **Edme e Eulália**, pelo apoio, amor e incentivo;

A minha cunhada-irmã, **Adriene**, por seu carinho, sempre com palavras de estímulo;

A minha grande amiga **Gilma**, com quem sempre posso contar, principalmente, nos momentos de aflição. Serei eternamente grata por sua amizade sincera;

As minhas amigas, **Isabel, Angélica, Hallana, Sara, Olívia**, em especial, a **Simone e a Dayse**, pela amizade e disponibilidade para ajudar-me na realização deste trabalho;

A **Francy**, por ter me estimulado a ingressar no Mestrado e pelo companheirismo durante o curso;

A minha orientadora, **Profa. Dra. Maria Filha**, pela paciência, pelo apoio e pelos ensinamentos durante a pesquisa, e cuja competência intelectual e didática me acolheu com firmeza e discernimento, permitindo-me trilhar o caminho e transpor as barreiras;

Aos professores, **Dra. Maria Djair Dias, Dra. Lenilde Duarte de Sá, Dr. Francisco Arnoldo N. Miranda, Dr. Rolando Lazarte**, que compartilharam comigo seus conhecimentos, contribuindo para a construção deste trabalho;

Aos **colegas do Mestrado**, pelo apoio, pela força, e por me ajudarem a superar as dificuldades;

Aos **professores do Mestrado**, por seus ensinamentos;

Aos **funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, pela dedicação com que sempre me atenderam;

Aos **colaboradores**, Águia, Serpente, Gato, Borboleta, Morcego, Lobo, Leão e Falcão, pela confiança e participação neste estudo;

À secretária de saúde de Pedras de Fogo - PB, **Lindinalva S. Dantas**, pelo apoio e compreensão, quando precisei me ausentar do trabalho durante o curso;

A **todos** os que, direta ou indiretamente, contribuíram para tornar possível este trabalho.

Muito obrigada!

“Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior”.

Dalai Lama.

ROCHA, E. F. L. **A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS.** 2008. 126f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

RESUMO

Desde o início deste milênio, a reforma psiquiátrica brasileira vem avançando na perspectiva da construção de um modelo de cuidado de base comunitária. Entretanto, para a consolidação desse modelo, continua sendo necessária a mudança de prática e de perfil dos profissionais que atuam nesse campo. A Terapia Comunitária emerge como uma ferramenta de cuidado para os profissionais da atenção básica em saúde, e a formação do terapeuta tem sido uma experiência inovadora no campo da saúde comunitária. Este estudo objetivou conhecer as mudanças ocorridas nos profissionais de saúde do município de Pedras de Fogo, a partir do processo de formação em Terapia Comunitária, e os aspectos dessa formação que a identifiquem com o processo da Educação Permanente em Saúde. A pesquisa foi realizada no município de Pedras de Fogo - PB, com oito terapeutas comunitários que passaram pelo processo de formação. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, em que se utiliza a História Oral Temática como referencial metodológico. O material empírico foi produzido por meio de entrevista semi-estruturada e analisado a partir do tom vital da fala dos colaboradores com base na literatura pertinente. A análise permitiu a construção de três eixos temáticos que revelaram mudanças ocorridas nos profissionais, no campo pessoal e no profissional. Nesses eixos, discutiram-se as mudanças na percepção dos profissionais em relação a si e às outras pessoas com quem convivem, levando-os ao autoconhecimento; a prática desenvolvida no cenário onde atuam, bem como a ampliação do conhecimento desses profissionais acerca do processo de trabalho em saúde, da importância das ações de promoção da saúde e da prevenção do adoecimento mental a partir do conhecimento da própria subjetividade. Conclui-se que a formação em Terapia Comunitária é um processo que leva ao autoconhecimento e que influencia diretamente no modo como a pessoa passa a encarar a vida e o próprio trabalho. Tais mudanças repercutiram na relação desses profissionais com a comunidade e com a equipe de trabalho, que passou a oferecer espaços de escuta e de cuidado humanizado, caminhando-se na perspectiva do modelo de saúde comunitária idealizado pelo SUS através da estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Terapia Comunitária. Processo de Trabalho. Saúde Mental. Saúde Comunitária.

ROCHA, E. F. L. **Community Therapy and the changes of practices in SUS.**
2008. 126p. Dissertation (Masters Degree) – Health Sciences Center, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

ABSTRACT

From the beginning of this millennium, the Brazilian psychiatric reform has been advancing in the perspective of the construction of a care model of community base. However, for the consolidation of this model the change of practice and of the profile of the professionals that act in this field is still necessary. The Community Therapy emerges as a care tool for the professionals of basic attention in health, and the formation of the therapist has been an innovative experience in the field of community health. This study objectified to get acquainted with the occurred changes in the health professionals in the municipal district of Pedras de Fogo through a formation process in Community Therapy, as well as aspects of this formation that identify with the process of Permanent Education in Health. The research was made in the municipal district of Pedras de Fogo – PB, with eight community therapists that went through the formation process. It is a study of qualitative nature, using the Thematic Oral History as methodology reference. The empiric material was produced by means of a semi-structured interview and was analyzed from the vital speech tone of the collaborators based on pertinent literature. The analysis permitted the construction of three thematic axes that revealed changes occurred in the professionals in the personal and professional field. In these axes, the changes in the professionals' perception in regard to themselves and other people with who they cohabit with were discussed, leading them to self-knowledge; the practice developed in the scenery in which they act, as well as the amplification of the knowledge of these professionals about the work process in health, of the importance of the health promoting actions and of the prevention of mental illness through the knowledge of their own subjectivity. It is concluded that the formation in Community Therapy is a process that leads to self-knowledge and that directly influences in the way that the person begins to face life and their own job. Such changes had effects in the relationship of these professionals with the community and the work team, that began to offer listening spaces and of humanized care, walking in the perspective of the community health model idealized by the SUS through a Family Health Strategy.

Key-Words: Community Therapy. Work Process. Mental Health. Community Health.

ROCHA, E. F. L. **La Terapia Comunitaria y los cambios de prácticas en el SUS-Sistema Único de Salud, 2008.** 126f. Disertación (Maestría) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

RESUMEN

Desde el comienzo de este milenio, la reforma psiquiátrica brasileña viene avanzando en la perspectiva de la construcción de un modelo de cuidado de base comunitaria. Sin embargo, para la consolidación de ese modelo continúa siendo necesario el cambio en la práctica y en el perfil de los profesionales que actúan en ese campo. La Terapia Comunitaria surge como una herramienta de cuidado para los profesionales de la atención básica en salud, y la formación del terapeuta ha sido una experiencia innovadora en el campo de la salud comunitaria. Este estudio objetiva conocer los cambios ocurridos en los profesionales de salud en el municipio de Pedras de Fogo (Paraíba, Brasil) a partir del proceso de formación en Terapia Comunitaria, bien como aspectos de esa formación que la identifiquen con el proceso de Educación Permanente en Salud. La investigación se realizó en el municipio citado, con ocho terapeutas comunitarios que pasaron por el proceso de formación. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, que utiliza la historia oral temática como referencial metodológico. El material empírico fue producido por medio de entrevistas semi-estructuradas, y analizado a partir del tono vital del habla de los colaboradores con base en la literatura pertinente. El análisis permitió la construcción de tres ejes temáticos que revelaron cambios ocurridos en los profesionales, en el campo personal y profesional. En esos ejes, se discutieron los cambios en la percepción de los profesionales en relación a sí mismos y en relación a las personas con quienes conviven, conduciendo al autoconocimiento; en la práctica desarrollada en el campo donde actúan, bien como ampliación del conocimiento de esos profesionales acerca del proceso de trabajo en salud, de la importancia de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental a partir del conocimiento de la propia subjetividad. Se concluye que la formación en Terapia Comunitaria es un proceso que conduce al autoconocimiento y que ejerce influencia directa en el modo como la persona pasa a encarar la vida y el propio trabajo. Tales cambios repercutieron en la relación de estos profesionales con la comunidad y con el equipo de trabajo, que pasó a ofrecer espacios de escucha y de cuidado humanizado, hacia la perspectiva del modelo de salud comunitaria idealizado por el SUS-Sistema Único de Salud a través de la estrategia Salud de la Familia (ESF).

Palabras clave: Terapia Comunitaria. Proceso de Trabajo. Salud Mental. Salud Comunitaria.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DESLEPS	Desenvolvimento de Sistema Local de Educação Permanente em Saúde
DESPP	Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria
EPS	Educação Permanente em Saúde
GEPSS	Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Sociedade
IBDPH	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MISC	Movimento Integrado de Saúde Comunitária
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
SGESTES	Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária
TGS	Teoria Geral de Sistema

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	12
1.1 – O objeto do estudo, a justificativa e a relevância do tema.....	13
1.2 – Objetivos.....	21
	22
2 – MARCO TEÓRICO	
2.1 – Terapia Comunitária: pressupostos teóricos, conceituação e o processo de formação.....	23
2.1.1 – Conceitos da Terapia Comunitária e o seu método.....	23
2.1.2 – Pressupostos teóricos da Terapia Comunitária.....	25
2.1.3 – Formação do terapeuta.....	30
2.2 – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como eixo norteador para Formação de Recursos Humanos: desafio para o fortalecimento do SUS.....	37
2.2.1 – O quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.....	44
2.3 – O desafio da Integralidade.....	47
	50
3 – CAMINHO METODOLÓGICO	
3.1 – Cenário da pesquisa.....	52
3.2 – Colaboradores do estudo.....	54
3.3 – A trajetória.....	54
3.4 – Aspectos éticos.....	57
	58
4 – CONTANDO AS HISTÓRIAS	
	92
5 – DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	
5.1 – Autoconhecimento: um caminho para mudanças.....	93
5.1.1 – Mudança de paradigma em relação a si e aos outros.....	95
5.1.2 – Escuta sensível.....	98
5.2 – Construindo vínculos e redes solidárias.....	101
5.3 – A Educação Permanente e a Terapia Comunitária: aproximações, distanciamento e complementaridade.....	105
	109
6 – REFLEXÕES FINAIS	
	113
REFERÊNCIAS	
	120
APÊNDICES	
Apêndice A – Ficha Técnica.....	121
Apêndice B – Termo de Consentimento.....	122
Apêndice C – Carta de Cessão.....	124
	125
ANEXO	
Anexo – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	126

A close-up photograph of a spider web on a green leaf. The web is intricate, with a central spiral and concentric rings. The background is a soft-focus green leaf. The text '1 - INTRODUÇÃO' is overlaid in the bottom right corner.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 – O objeto do estudo, a justificativa e relevância do tema.

O processo de reforma psiquiátrica, na política de saúde mental brasileira, surge na década de 1970, dentro do movimento sanitarista, construindo sua história a partir da crítica à medicalização da loucura e ao modelo da psiquiatria biomédica, em um contexto de superação da violência asilar, tendo como foco a busca pelos direitos humanos.

No Brasil, o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos foi desencadeado a partir das denúncias de violência nos manicômios, levando a uma crise no modelo centrado no hospital psiquiátrico. Surgiram, então, 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, 1997).

Nesse mesmo período, lutas envolvendo diversos movimentos sociais organizados resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, o qual vem sendo construído num movimento lento, mas com avanços inegáveis. O SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, e sua organização passou a ser descentralizada, regionalizada, contando com a participação da sociedade, consolidada nas instâncias municipais e estaduais, através do controle social. A saúde tornou-se um direito a ser garantido pelo Estado, através dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, com vistas a uma atenção mais humanizada (BRASIL, 2006).

O fortalecimento da luta do movimento pela reforma psiquiátrica se deu com a realização de vários eventos nacionais, a partir do final da década de 1980. Destacam-se Fóruns, Congressos, Encontros e Conferências Nacionais, Estaduais e

Municipais, com forte apoio do Movimento de Luta Antimanicomial, que se constitui como um importante movimento social na medida em que se organiza e se articula buscando transformar as condições, as relações e as representações acerca da loucura em nossa sociedade. Várias parcerias foram realizadas de forma ampla e plural, e diversos núcleos do movimento foram se constituindo, ocorrendo sua expansão de forma gradativa em todas as unidades da federação (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

As críticas ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico foram as primeiras manifestações do movimento antimanicomial e trouxeram à tona as questões relativas à exclusão da loucura. As lutas vêm sendo travadas em busca de uma atenção humanizada, trabalhando com uma dimensão mais aberta e coletiva, assegurando os direitos civis, políticos e sociais dos que sofrem com transtornos mentais.

A inserção e a consolidação das ações de saúde mental, nas ações de saúde, em geral, tiveram início na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, considerada um marco histórico na psiquiatria brasileira. Em 1992, foi realizada a II Conferência, depois de alguns eventos marcantes e resultado de um longo processo democrático. Nessas conferências, foram debatidos temas referentes ao direito à atenção e à cidadania, a transformação e o cumprimento das leis e a reorganização da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2007).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, destacou-se pela ampla participação dos movimentos sociais, dos profissionais de saúde, dos usuários e de seus familiares, que forneceram os substratos políticos e teóricos para as deliberações das propostas de mudanças da atenção em saúde mental, consolidando a reforma psiquiátrica como política oficial do governo federal. Essa conferência foi convocada após a promulgação da Lei 10.216 que, nesse mesmo ano, foi sancionada no país e redirecionou a assistência em saúde mental, impulsionando e dando ritmo ao processo de reforma psiquiátrica, da desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, para efetivar a construção da transição de um modelo centrado na internação hospitalar, para um modelo de atenção comunitária (BRASIL, 2007).

As várias experiências em saúde mental, desenvolvidas na organização dos serviços, em conjunto com os princípios da reforma psiquiátrica, demonstram a necessidade de construção de novas práticas e a viabilidade da implantação de uma

rede integrada de serviços, substituindo o enclausuramento dos manicômios por uma nova forma de intervenção, que possibilite a transformação da assistência ao portador de sofrimento mental em seu próprio contexto cultural, social e familiar, desmistificando a doença para que seja possível a reintegração social.

A rede sanitária de saúde mental vem investindo na consolidação de novas formas terapêuticas e de reabilitação social, adaptadas à realidade local. Entre elas, destacam-se: as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência e Cultura, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que promovem a socialização, criando espaço para a reelaboração de questões pessoais com diversos recursos assistenciais e comunitários, respeitando as diferenças e o direito de cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2007).

Essas mudanças são exigidas por uma nova concepção de saúde, que não comporta um olhar fragmentado do sujeito, sob a ótica da doença, mas inclui 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 determinam o processo saúde-doença da maioria dos brasileiros.

Segundo Lancetti (2000), os problemas e os sofrimentos do cotidiano, como o desemprego, a miséria, a migração, o abandono e a solidão, são situações de exclusão e, muitas vezes, levam à perda da identidade cultural, repercutindo no indivíduo, provocando somatizações e acarretando danos à sua saúde. Nesse contexto, o movimento da reforma psiquiátrica reconhece a doença mental, também, como fruto do processo de marginalização e exclusão social, fundamentando sua luta política, com o objetivo de propor terapias que possam construir estratégias e possibilidades de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de técnicas de apoio individual com outras mais socioculturais.

As políticas públicas devem desenvolver ações que garantam a saúde, e não, centralizar a assistência à doença, direcionando o cuidado para diminuir os riscos, erradicar as causas, além de tratar e recuperar os danos. Um dos desafios colocados diante dos gestores, trabalhadores e movimentos sociais é a inclusão da saúde mental na atenção básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, considerando a singularidade do sujeito, na sua complexidade, integralidade e na sua inserção sociocultural, criando vínculos,

humanizando a assistência, buscando a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2006).

As discussões e os embates ideológicos sobre as questões que envolvem a saúde mental no Brasil têm apontado caminhos possíveis de ampliação das diversas formas de atuação, assim como de uma nova ética na relação entre profissionais e usuários. Atualmente, as experiências demonstram que é possível para o poder público criar assistência substitutiva, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de atuação das unidades básicas, dividindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A saúde mental é uma área do conhecimento muito complexa, plural, intersetorial e com muita transversalidade de saberes e que necessita de uma atenção multiprofissional e da ampliação dos conhecimentos envolvidos (AMARANTE, 2007). As ações de saúde mental, na atenção básica, apontam para um novo desenho do cuidado à saúde. Mas esse componente ainda se mostra frágil, e essa relativa inércia precisa ser vencida, na perspectiva de uma completa mudança no modelo de atenção.

Segundo Delgado (2007), os profissionais que atuam na atenção básica atendem regularmente aos usuários que buscam ativamente atendimento para problemas emocionais, conflitos e crises, porém sem apoio técnico adequado. Nesse sentido, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde vem discutindo sobre mecanismos para a qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, utilizando núcleos de apoio ao programa, compostos por profissionais de saúde mental.

Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) para ampliar a abrangência das ações da atenção básica, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, o Ministério da Saúde recomenda que cada NASF conte com um profissional da área de saúde mental, devendo contribuir para propiciar condições para a reinserção social dos usuários e uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde (BRASIL, 2008).

As estratégias para transformar os recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema acessível, qualificado, sensível, envolvem várias diretrizes e propostas de ações, que foram agrupadas em eixos de

formulação de políticas, sendo um deles a Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS.

A temática de recursos humanos em saúde visa valorizar e qualificar os profissionais da área, com a finalidade de sustentar os sistemas de saúde, contribuindo para o processo de construção do SUS. Mas a capacidade institucional em gestão de recursos humanos tem sido insuficiente para garantir condições para o desempenho humano com qualidade e eficácia, na obtenção dos resultados de que os serviços ofertados à população necessitam.

É importante destacar que foi na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que várias estratégias para se transformarem os recursos humanos foram explicitadas. Com relação aos processos de formação, abordaram-se algumas proposições, a saber: que fossem assegurados recursos financeiros para qualificações (no mínimo, 1% do orçamento da saúde em cada esfera do governo, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde) e fosse elaborado um programa nacional de capacitação em saúde mental para os profissionais da área no novo modelo psicossocial (BRASIL, 2000).

Para o Ministério da Saúde, é necessário desenvolver uma política de capacitação para os profissionais, em todos os níveis, com ênfase na humanização do serviço de saúde, qualificando os trabalhadores para ampliar a resolutividade dos serviços oferecidos para a população e garantir uma atenção integral (BRASIL, 2000).

Para atender a essa perspectiva, é preciso haver transformação e adequação profissional, com modificações nos processos de formação, estabelecendo uma ligação entre as práticas educativas e o contexto dos serviços, tomando como referência as necessidades de saúde da comunidade. O eixo norteador dos processos de formação deve ser a integralidade, articulando-se os saberes e as práticas multiprofissionais, com base no conceito ampliado de saúde, que leva em conta a subjetividade e a singularidade do indivíduo.

Sendo assim, a política de recursos humanos é fundamental para os processos de transformação dos serviços do setor de saúde, onde a formação/capacitação dos profissionais da área deve estar fortemente vinculada às suas práticas cotidianas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no trabalho.

Convém ressaltar que esse processo deve ser construído e desenvolvido por todos os atores que fazem parte de contextos sociais nas instituições e nas organizações.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se caracteriza por fazer da educação dos profissionais um processo permanente em que o trabalho é destacado como eixo da ação educativa, propondo mudanças nas práticas e na própria organização dos serviços, baseadas nas reflexões críticas, em espaços coletivos, partindo da problematização da realidade local. Os processos de formação devem ser construídos levando-se em conta as necessidades de saúde da população, os problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade (BRASIL, 2005).

Os espaços coletivos de EPS propiciam a interação de usuários, trabalhadores, gestores e instituições formadoras, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que possam conduzir a mudanças e a melhorias nos serviços de saúde. A construção da educação permanente coloca em evidência a formação, é um importante instrumento para a consolidação do SUS e exige uma reflexão sobre as práticas de atenção, de gestão e de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho, identificando as necessidades de capacitação (SILVA et al, 2007).

Nessa direção, a Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo - PB, através de sua gestão, institucionalizou a EPS como uma estratégia política, com o objetivo de produzir mudanças necessárias para a construção de um modelo de atenção à saúde mais efetivo, resolutivo e democrático. Em seguida, foi feita a adesão ao Projeto de Desenvolvimento do Sistema Local de Educação Permanente em Saúde – DESLEP.

Após a realização de um Fórum Local de EPS, os trabalhadores de saúde iniciaram o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, visando ao desenvolvimento do cuidado integral, a partir da aprendizagem significativa.

O município de Pedras de Fogo - PB, que tem a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia política, identificou a necessidade de implementar ações na área de saúde mental e adotou a Terapia Comunitária (TC) como dispositivo na promoção da saúde e na prevenção do adoecimento mental.

O processo de formação foi iniciado depois de um convênio de cooperação técnica com o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana (IBDPH), com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e com a Secretaria de Saúde do Município. O Curso de Formação em Terapia Comunitária foi ofertado aos profissionais da saúde que atuam na atenção básica, na média complexidade e no serviço hospitalar, e a dois profissionais da Secretaria de Ação Social, totalizando 33 participantes.

A Terapia Comunitária se apresenta como uma ferramenta terapêutica, de ajuda mútua, numa abordagem grupal, promovendo ações para a prevenção de doenças psíquicas, inseridas na rede de cuidados básicos. Esse modelo de terapia foi desenvolvido pelo Dr. Adalberto Barreto, psiquiatra, teólogo e antropólogo, desde 1987, na favela de Pirambu, Fortaleza-CE, e professor de graduação e de pós-graduação do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Surgiu da necessidade de amparar os sofrimentos emocionais decorrentes das questões sociais, de problemas psicológicos e de relacionamentos familiares conturbados das comunidades carentes (CAMAROTTI et al, 2007).

Segundo Barreto (2005), a Terapia Comunitária consiste na partilha de experiências de vida, construindo saberes (científicos/populares), de forma horizontal e circular, criando um espaço de fala, onde é valorizada e respeitada a vivência no enfrentamento das inquietações cotidianas, promovendo o resgate da cidadania e um cuidado humanizado.

Inserida na atenção básica, a Terapia Comunitária é uma prática destinada à promoção da saúde, à inclusão social e à prevenção do adoecimento mental. Atende a grupos heterogêneos e contribui para a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos, criando redes de apoio. Segundo Barreto (2005), essa forma de tratamento pode ser realizada em qualquer espaço comunitário, obedecendo às etapas propostas: acolhimento; escolha do tema; contextualização; problematização e encerramento (rituais de agregação e conotação positiva). Os fundamentos teóricos conceituais para o desenvolvimento da terapia comunitária são: o pensamento sistêmico; a teoria da comunicação; a pedagogia de Paulo Freire; a antropologia cultural e a resiliência.

De acordo com Barreto (2005), a Terapia Comunitária é uma estratégia que possibilita potencializar a autonomia do indivíduo, valoriza a dinâmica familiar,

desenvolve o empoderamento das pessoas e das comunidades, tornando-as corresponsáveis pela superação dos seus problemas, e desperta a sua capacidade de transformação individual e coletiva.

É no contexto do trabalho em saúde que acontece o encontro entre o trabalhador e o usuário, que é permeado pela dor, pelo sofrimento, pelos saberes e pelas experiências. Ambos têm sua história de vida, cultura, valores, condição social e desejos singulares. É nesse universo complexo e dinâmico a ser investigado em que se envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Dentre as ferramentas utilizadas na produção do cuidado, a Terapia Comunitária se apresenta como uma tecnologia leve, capaz de construir vínculos solidários, acolhimento e responsabilizações, produzindo transformações nas práticas de saúde. Para Merhy (1997), a tecnologia leve diz respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado, em que os profissionais colocam em primeiro plano o diálogo e a escuta, valorizando o acolhimento durante o atendimento ao usuário.

A tecnologia das relações é um dispositivo de atendimento humanizado e um veículo facilitador no desenvolvimento do trabalho em saúde, como meio de atender às pessoas nas suas necessidades de promoção e de recuperação da saúde, com competência técnica e de modo digno, ético e humano.

Nessa perspectiva, a TC é mais um instrumento de trabalho que pode ser utilizado por todos os trabalhadores da rede de serviço do SUS, porquanto pode dar respostas satisfatórias, principalmente, para que os profissionais da atenção básica possam potencializar suas ações no âmbito da saúde mental.

Por ter cursado a formação em Terapia Comunitária, no município de Pedras de Fogo - PB, e estar cursando o Mestrado, participando do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Sociedade - GEPSS, na linha de Políticas e Práticas em Saúde e no projeto A Terapia Comunitária no Contexto do SUS, sentimo-nos instigadas a realizar esta investigação.

Considerando que o processo de formação em Terapia Comunitária imprime mudanças no modo de vida, no ser e no agir das pessoas, partimos das seguintes questões, para atingir o objetivo da pesquisa: A formação de terapeutas comunitários contribuiu para a ocorrência de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde do município de Pedras de Fogo? Quais foram essas mudanças? O processo de formação dos terapeutas comunitários contém aspectos

que o identifiquem com o processo de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS? Quais são as similaridades e as diferenças entre esses processos?

As respostas para esses questionamentos puderam revelar que o processo de formação em Terapia Comunitária proporcionou aos participantes transformações na sua vida pessoal e na prática profissional. Neste estudo, foi possível ampliar os conhecimentos acerca dessa nova tecnologia de cuidado, contribuindo para sua implantação na atenção básica, com um enfoque coletivo, incentivando novas propostas de serviços comunitários.

1.2 – Objetivos

Geral

Conhecer as mudanças ocorridas na prática dos profissionais de saúde do município de Pedras de Fogo – PB, a partir da formação em Terapia Comunitária, e os aspectos dessa formação que a identifiquem com o processo de Educação Permanente em Saúde.

Específicos

Identificar as mudanças ocorridas na vida dos profissionais de saúde que passaram pela formação em Terapia Comunitária, para verificar a repercussão dessa formação;

Evidenciar as similaridades e/ou diferenças entre o processo de formação em Terapia Comunitária e a Educação Permanente em Saúde.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 - Terapia Comunitária: pressupostos teóricos, conceituação e processo de formação

2.1.1 – Conceitos de Terapia Comunitária e seu método

A Terapia Comunitária (TC) é um instrumento de fortalecimento das relações humanas, que possibilita a construção de redes sociais solidárias, podendo ser considerado como um grupo de ajuda mútua. Propõe-se a cuidar da saúde comunitária, já que muitos dos sofrimentos humanos decorrem das péssimas condições de vida impostas pela desigualdade social.

A Terapia Comunitária é um espaço de fala, de escuta e de construção de vínculos, em que ocorrem trocas de experiências de vida, e os saberes são valorizados e partilhados de forma horizontal e circular. Nesse processo, todos se tornam corresponsáveis pela busca de superação dos desafios do cotidiano. Assim, cada pessoa passa a ser terapeuta de si mesma, a partir das histórias de vida que são relatadas (BARRETO, 2005).

Outro aspecto essencial da TC, no desenvolvimento do processo de promoção da saúde, é a visão holística do indivíduo, porque leva em consideração seu aspecto biopsicossocial, dentro do meio no qual está inserido, compreende seus sentimentos, identifica seus valores culturais e reforça sua dinâmica interna, para que ele possa descobrir suas potencialidades e tornar-se mais autônomo.

CAMAROTTI et al (2007) comentam que a TC é um espaço de fala do sofrimento, que possibilita a prevenção dos efeitos do estresse cotidiano, visando garantir o resgate da autoestima necessária para a implementação de mudanças na vida de cada indivíduo. É um procedimento terapêutico que se procede em grupo, com a finalidade de promover a saúde e a atenção primária em saúde mental, priorizando a prevenção e, sobretudo, estimulando a comunidade a usar sua criatividade para construir seu presente e seu futuro a partir dos próprios recursos.

Ela convida todos os seus participantes a uma mudança de olhar, muitas vezes rompendo convicções, para conduzir o indivíduo ao alcance do crescimento pessoal.

Esse tipo de terapia pode ser realizado em qualquer espaço comunitário e segue as seguintes etapas definidas: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento (rituais de agregação e de conotação positiva).

Para o **acolhimento**, o coterapeuta acomoda o grupo em círculo, de modo que as pessoas fiquem confortáveis, dá boas vindas a todos e convida o grupo para cantar uma música conhecida, para que todos se integrem. Em seguida, eles celebram a vida cantando os “parabéns”. Nesse momento, o coterapeuta apresenta uma síntese sobre o que significa a Terapia Comunitária e informa quais são suas regras, a saber: 1- O participante deve fazer silêncio para ouvir quem está falando; 2- Falar sempre na 1ª pessoa do singular e sobre a própria experiência; 3- Não dar conselho ou sermão; 4- Pode cantar músicas; citar provérbios; contar piadas ou história que tenha relação com o tema; 5 - Respeitar a história de vida do outro.

Em seguida, o terapeuta comunitário realiza a **escolha do tema**, abrindo um espaço para que os participantes apresentem, sucintamente, os problemas ou situações que estão gerando preocupações. Depois disso, o grupo se manifesta escolhendo o tema a ser abordado e o motivo da escolha. É realizada uma votação, e cada participante só poderá votar uma vez. Se houver empate entre os temas, procede-se a outra votação somente com os mais votados.

Na etapa da **contextualização**, é solicitado à pessoa que teve o seu tema escolhido que explique melhor o problema, dando mais informações. Nesse momento, todos podem fazer perguntas para esclarecer melhor a questão e ajudar na formulação do MOTE, uma pergunta-chave que vai levar o grupo à reflexão durante a terapia. É um instrumento de transformação do problema, que parte da dimensão individual para a dimensão grupal, representando o ponto de encontro entre os participantes da terapia. Antes de passar para a próxima etapa, o terapeuta agradece ao participante e pede para que ele fique atento à fala do grupo.

Prosseguindo, ocorre a **problematização**. Nessa etapa, o terapeuta apresenta o MOTE, aguarda a resposta e prossegue até que todos expressem a sua vivência, passando, então, para o **encerramento**, quando é proporcionado um ambiente afetivo para que as pessoas se sintam apoiadas pelas demais. Nesse momento, pode-se fazer um círculo e realizar rituais próprios, como cantos ou

orações. O terapeuta procura tecer considerações positivas em relação a todos os que se expuseram ou apresentaram seu sofrimento e pede para que os participantes falem da experiência que vivenciaram e sobre o que aprenderam ou levaram de positivo do encontro. O encontro da TC termina com os agradecimentos dos terapeutas e com o convite para os próximos encontros.

Como pode ser desenvolvida com grandes grupos de indivíduos, abrangendo diversos contextos familiares, institucionais e sociais, e contribui para a construção de solidariedade entre as pessoas, a Terapia Comunitária é um recurso promissor - diante da grande demanda de pessoas que sofrem e do problema da exclusão social - e funciona como fomentadora de cidadania.

Essa estratégia permite mobilizar recursos e as competências dos indivíduos e das comunidades, procurando suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo, valorizando a herança cultural, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um. A TC desenvolve atividades de prevenção e de inserção social de pessoas que vivem em situação de crise e de sofrimento emocional.

2.1.2 – Pressupostos teóricos da Terapia Comunitária

A Terapia Comunitária está alicerçada em cinco grandes eixos teóricos, que são: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência.

Pensamento Sistêmico

O pensamento sistêmico nos permite entender as relações entre os vários elementos de um sistema e conhecê-lo como um todo, analisando suas partes e a interação existente entre elas, desenvolvendo uma compreensão contextual. Um olhar sistêmico não somente contextualiza os fenômenos ocorrentes, mas considera importante as relações, as implicações mútuas e respeita as diversidades e a unidade ao mesmo tempo (MUNHOZ; MALANGA, 2002).

Para Pasello (2007), ao procurar entender o todo, estaremos compreendendo as partes que o compõem. Não somente uma simples somatória das partes, mas a

articulação entre elas, com suas características, peculiaridades e próprias necessidades, que se tornarão um todo único, com uma dinâmica específica. O pensamento sistêmico enfatiza que todos os aspectos dos diferentes saberes devem ter um mesmo valor, possibilitando a criação de um equilíbrio dinâmico entre as partes articuladas.

Essa abordagem compreende o desenvolvimento humano sobre a perspectiva da complexidade, com uma visão consciente da globalidade em que o indivíduo está inserido, onde ele não é percebido de forma isolada, mas interligado, porque forma um todo que envolve corpo e mente, considera seu contexto e as relações estabelecidas (MUNHOZ; MALANGA, 2002).

Segundo Barreto (2005), os problemas do indivíduo, da família e da comunidade devem ser entendidos como partes integrantes de uma rede complexa, onde ocorrem interligações que proporcionarão o entendimento sobre o problema e, conseqüentemente, a sua resolução. Pensar numa situação-problema em relação ao seu contexto é uma premissa da abordagem sistêmica, na qual o sujeito é percebido em relação as suas interações familiares, sociais, o que possibilita compreender-se mais acerca do contexto em que ele está inserido.

O pensamento sistêmico tende a buscar um entendimento integral da realidade, por meio dos fluxos circulares, sem estabelecer relações lineares de causa e efeito, reconhecendo a importância do contexto e das redes de relacionamentos em geral. Isso significa que, na visão sistêmica, partimos da causalidade linear para a circularidade, dos objetos para os relacionamentos e das partes para o todo.

Teoria da Comunicação

A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações e utiliza os sistemas simbólicos como suportes para esse fim. Esse processo envolve uma infinidade de maneiras de comunicação entre duas ou mais pessoas, através de uma conversa face a face, de gestos, mensagens enviadas, da fala, da escrita, para que as pessoas possam interagir (VANOYE, 1999).

Para Beltrão (2006), a comunicação é troca de entendimento, em que deve ser considerada a emoção além das palavras, tentando-se tornarem comuns conhecimentos, idéias ou qualquer outra mensagem, seja verbal, escrita ou corporal.

Dentre as diversas formas de comunicação, destacam-se a linguagem verbal, através das palavras, que é plenamente voluntária, e a não verbal, em que o indivíduo se comunica através de movimentos faciais e corporais, de gestos e de olhares, que podem ser uma reação involuntária ou um ato comunicativo proposital.

Barreto (2005) refere que a comunicação é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. As várias possibilidades de comunicação entre as pessoas nos permitem ir além das palavras, para buscar, de forma clara, entender o sujeito, fazendo da comunicação um instrumento de crescimento e de transformação individual e coletiva.

O processo de comunicação ocorre quando o emissor emite uma mensagem ao receptor, através de um canal (ou meio). O receptor interpretará a mensagem, que pode ter chegado até ele com algum tipo de barreira (ruído, bloqueio, filtragem) e, a partir daí, dará o *feedback* ou resposta, completando o processo. Durante a comunicação, cada pessoa passa a ser interlocutor, trocando informações baseadas no seu conjunto de particularidades - sua cultura, sua formação educacional, suas vivências e emoções.

Toda comunicação visa estabelecer relações e somar experiências, por meio das quais o indivíduo concebe, codifica e emite uma informação para obter de outrem uma reação, estabelecendo-se entre ambos um intercâmbio de sentimentos e de idéias orientadoras de sua conduta em determinada situação (BELTRÃO, 2006).

Antropologia Cultural

A antropologia estuda as questões acerca da diversidade humana e teve seu início no Século XIX. A palavra antropologia deriva de duas palavras gregas: *anthropos*, que significa “homem” ou “humano”, e *logos*, que significa “pensamento” ou “razão”. Os antropólogos comumente investigam as formas de desenvolvimento do comportamento humano, objetivando descrever integralmente os fenômenos socioculturais (CORRÊA, 2000).

O estudo do homem e das sociedades humanas, na sua vertente cultural, é denominado de Antropologia Cultural. Atualmente, a cultura é um sistema simbólico, característica fundamental e comum da humanidade, que atribui, de forma sistemática, racional e estruturada, sentido “às coisas do mundo” (VERANI, 2006).

Boas (2004) concebe que a cultura define tudo aquilo que o homem faz - sua forma de vida, de alimentar-se, de vestir-se e de seguir os rituais religiosos. O comportamento aprendido é transmitido de geração para geração. Isso não se trata de um comportamento instintivo, mas de algo que resulta de mecanismos comportamentais introjetados pelo indivíduo.

A antropologia cultural enfatiza a necessidade dos valores culturais, que são fundamentais para a construção da identidade de um indivíduo ou de um determinado grupo. Segundo Barreto (2005), a cultura serve como referência para a formação de pensamentos, valores, opiniões e decisões a serem tomadas no cotidiano.

Esse autor assevera que:

a diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e de uma nação. Se a cultura for vista como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, valorizado, mobilizado e articulado de forma complementar com outros conhecimentos, poderemos ver que este recurso nos permitirá somar, multiplicar nossos potenciais de crescimento e de resolução de nossos problemas sociais e construir uma sociedade mais fraterna e mais justa. (2005, p.22)

É relevante compreender a maneira como vive uma comunidade, sua organização social, seus valores, enfim sua cultura, pois esses componentes influenciam no seu comportamento e determinam a maneira com que os sujeitos enfrentam as situações dentro de sua realidade.

Pedagogia de Paulo Freire

A educação preconizada por Paulo Freire tem como ponto de partida a experiência existencial concreta do indivíduo, e não, os conteúdos pré-fixados, pré-determinados pela organização de uma instituição. Para Freire, a educação é um processo contínuo de tomada de consciência e de modificação de si próprio e do mundo, e o educador deverá criar condições para que, juntamente, com o educando, possa perceber as contradições da sociedade em que vivem, desenvolvendo um

diálogo que oportunize a cooperação, a união, a organização e a solução em comum dos problemas (MION; SAITO, 2001).

Na Pedagogia de Paulo Freire, o processo educacional é horizontal, porque o educador se torna educando, e o educando se torna educador, estabelecendo-se aí uma relação de reciprocidade, de troca. Nessa abordagem, o ensino não se resume a uma transferência de conhecimentos, com base no entendimento de que alguém é detentor do saber em relação a outro. Freire (2005) coloca uma questão totalmente original a respeito da prática educativa: a de que ela não é algo a ser transferido, mas uma forma de os indivíduos se apropriarem, conscientemente, de sua realidade para poder transformá-la.

Um aspecto fundamental na pedagogia freireana, destacado por Barreto (2005), é a ligação entre a teoria e a realidade, em que o conhecimento não está separado do contexto de vida, pois as histórias dos sujeitos envolvidos nesse processo de aprendizagem são fontes de saber. O diálogo constitui-se um elemento importante, podendo romper com relações de hierarquia e de dominação, por isso é possível problematizar e criticar, inserindo o ser humano em sua realidade.

A construção democrática do conhecimento deve ser coletiva e envolver todos os protagonistas do processo educativo. Assim, o papel fundamental do educador é provocar situações de reflexão para o educando, para que nele despertem atitudes para a resolução de problemas, pois, como Freire (2005) afirmou, “ninguém conscientiza ninguém, ninguém se conscientiza sozinho, mas em comunhão, nas interações dialógicas, na construção e vivência de uma prática.”

Resiliência

A resiliência descreve a capacidade dos indivíduos para lidarem com as adversidades, na busca de superação dos obstáculos. O conhecimento desse eixo teórico é de suma importância na condução da Terapia Comunitária, que se constitui um espaço de promoção da resiliência, na medida que estimula a autonomia, reforça a autoestima e fortalece os vínculos interpessoais.

Resiliência é um conceito que vem da física e significa a capacidade de um objeto recuperar-se, após ter sido comprimido, voltando ao seu estado original (GALIETA, 2004). O dicionário Aurélio define o termo como “a propriedade pela qual

a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica”. Nas ciências humanas, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação ou adaptação diante de uma dificuldade, com possibilidade de construção de novos caminhos.

No sentido etimológico do termo, resiliência é uma palavra que deriva do latim, do verbo *resilire*, que significa saltar para trás, recusar vivamente. Do ponto de vista semântico, resiliência designa a capacidade de desenvolvimento em condições incrivelmente adversas. É, pois, um longo e complexo processo de resistência, persistência e sobrevivência face a qualquer tipo de adversidade (SILVA, 2006).

Entretanto, continua o autor, mais importante que conseguir, resistir, saber persistir e sobreviver a situações adversas (abandono, separação, morte, doença inesperada, dependência de drogas, pobreza extrema, maus-tratos), é que se sobreviva a essa adversidade, superando-a, saindo dela enriquecido, transformado e fortalecido.

A resiliência surge da própria história pessoal e familiar de cada participante da TC, e é no enfrentamento dos problemas que o indivíduo produz um saber construtivo, formulando mecanismos próprios para superar as dificuldades contextuais. Assim, ao longo do ciclo da vida, o esforço resiliente está presente, pois ele é ativo, dinâmico e possibilita a reconstrução baseada na capacidade de resistir e de crescer na adversidade.

2.1.3 Formação do terapeuta

A Terapia Comunitária vem sendo desenvolvida há 20 anos pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), e foi criada pelo Dr. Adalberto de Paula Barreto, na comunidade 4 Varas, no bairro de Pirambu, na cidade de Fortaleza/Ce, como uma atividade de apoio a indivíduos e famílias, que vivem em situação de sofrimento emocional ou psíquico.

Ao longo dos anos, a TC vem demonstrando ser um instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública, posto que favorece o acolhimento e a escuta, amplia os vínculos afetivos e sociais, razão por que é considerada um instrumento que facilita a agregação, a mobilização e a inclusão social.

No estado da Paraíba, essa estratégia já vem sendo adotada como política pública de gestão em quatro municípios (Pedras de Fogo, João Pessoa, Conde e São Bento), que iniciaram o processo de formação desse tipo de tratamento em 2006, através de um convênio entre o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Pessoa Humana (IBDPH), as Secretarias Municipais de Saúde e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB).



FIGURA 1: Curso de Formação em Terapia Comunitária – 3º Módulo.
Fonte: Arquivo fotográfico do município de Pedras de Fogo - PB, 2007.

No município de Pedras de Fogo, o curso foi oferecido para os profissionais de saúde na perspectiva de implementar ações de saúde mental na atenção básica, promover mudanças na dinâmica do processo de trabalho e nas ações de cuidado com as pessoas em situação de sofrimento, propiciando o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a comunidade.

A Terapia Comunitária está presente em 27 estados brasileiros e dispõe de 30 pólos formadores, os quais já treinaram 11.500 terapeutas comunitários (BRASIL, 2008). O pólo formador da Paraíba – Movimento Integrado de Saúde Comunitária (MISC/PB) - foi criado em 2007, vinculado à UFPB, aos docentes do Departamento

de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESPP), envolvidos com a graduação e a pós-graduação em Enfermagem, e com projetos de extensão.

O curso de formação em Terapia Comunitária tem como objetivo primordial a qualificação de trabalhadores da saúde e de áreas afins para atuarem como terapeutas comunitários nos principais sistemas de promoção, proteção, prevenção e detecção precoce dos principais riscos e agravos, bem como na reabilitação e inclusão do indivíduo, da família e da comunidade, fortalecendo os princípios e as diretrizes do SUS, além do modelo de saúde mental comunitária (MISC/PB, 2007).

O processo de seleção para a formação inicia-se depois de um encontro de sensibilização sobre esse tipo de terapia, para que os interessados a conheçam, saibam quais são os seus objetivos, o papel e as atribuições do terapeuta comunitário, esclarecendo dúvidas.



FIGURA 2: Encontro de Sensibilização sobre a Terapia Comunitária no município de Pedras de Fogo-PB.

Fonte: Arquivo fotográfico do município de Pedras de Fogo – PB, 2007.

Para serem selecionados para participar da formação, os candidatos devem obedecer aos seguintes critérios: estar acima de 21 anos; ter disponibilidade de duas horas semanais para realizar as vivências práticas – rodas de terapia

comunitária; ter interesse em trabalhar em equipe, compartilhando dúvidas, conhecimentos, sentimentos e dificuldades; poder ausentar-se da família durante a formação em módulos; estar consciente de que é uma ação institucional da política de saúde local e ter compromisso com o fortalecimento do SUS.

A formação tem a carga horária de 360 horas, distribuídas da seguinte maneira: 160 h dedicadas aos aspectos teóricos e vivenciais do curso; 80 h de intervenções e 120 dedicadas à realização das terapias comunitárias. Portanto, são 240 h presenciais e 120 h de dispersão, distribuídas ao longo do período de um ano.

O curso estrutura-se em quatro módulos, cada um com 40 horas, totalizando 160 horas, durante as quais são vistos os conteúdos teóricos. Cada módulo terá um ou mais facilitadores, auxiliado/s por três supervisores. Entre um módulo e outro, é dado um intervalo de dois meses.

O primeiro módulo conduz a reflexões sobre a arte do cuidar e a competência dos cuidadores para desenvolver o trabalho comunitário, resgatando histórias de superação advindas do sofrimento e de traumas infantis. Estuda a TC nos seus aspectos conceituais e processuais, construindo conceitos de comunidade, vínculos, participação, solidariedade e redes sociais.

Os pilares teóricos da Terapia Comunitária são estudados no segundo módulo, quando se aprofunda o conhecimento sobre a Teoria Geral de Sistema (TGS), focalizando indivíduos, famílias, grupos e comunidades, na tentativa de compreender a dinâmica das relações, seus valores, recursos e práticas culturais. A teoria da comunicação toma como base o suporte teórico de Watzalick; a antropologia cultural como estratégia de sobrevivência dos excluídos, e a pedagogia problematizadora baseia-se na visão freiriana.

No terceiro módulo, é trabalhada a crise, com o objetivo de estimular o processo de co-construção para a solução de conflitos, numa perspectiva comunitária. O quarto módulo estuda as Políticas de Saúde e a inserção da Terapia Comunitária nas Práticas Integrativas e Complementares.

Durante os módulos, nos momentos presenciais, o regime adotado é de imersão, ficando o cursista em um local distante do seu trabalho e da família, para garantir a concentração dos participantes, a convivência grupal, e momentos de autoconhecimento, condições fundamentais para fortalecer o processo de formação do terapeuta. Após a realização do I Módulo, os participantes, em dupla, já deverão iniciar as vivências práticas da terapia em seus locais de origem.



FIGURA 3: Curso de Formação em Terapia Comunitária – 3º Módulo.
Fonte: Arquivo fotográfico do município de Pedras de Fogo – PB, 2007.



FIGURA 4: Terapia Comunitária realizada no município de Pedras de Fogo.
Fonte: Arquivo fotográfico do município de Pedras de Fogo – PB, 2007.

O marco teórico-filosófico que orienta o Curso de Formação em Terapia Comunitária ancora-se, principalmente, no pensamento sistêmico, na pedagogia de Paulo Freire, na antropologia cultural, na resiliência e na teoria da comunicação. Os alicerces teóricos articulados ao saber popular possibilitam a construção de um modelo comunitário de saúde e a problematização do processo de trabalho também nessa área, considerando-se os princípios e as diretrizes do SUS.

Tendo como foco de atenção o indivíduo, a família e a comunidade, o caminho metodológico que esse curso propõe é o da construção do conhecimento e o da mudança de práticas. O que orienta o modelo pedagógico é a possibilidade de se construir ativamente uma nova práxis que consolida o modelo comunitário de saúde mental, criando espaços de escuta e de acolhimento, para que a população de excluídos seja inserida no circuito da vida social, utilizando-se dos recursos que se encontram na estrutura sanitária, social e políticoeconômica dos municípios.

As atividades de intervisão fazem parte do processo de formação e se diferenciam da supervisão tradicional, por serem construídas entre supervisores e terapeutas em formação, a partir de necessidades advindas das distintas realidades. Esse é também um momento para refletir sobre a prática e descobrir elementos para subsidiar as discussões dos Módulos posteriores.



FIGURA 5:Curso de Formação em Terapia Comunitária- Intervisão.
Fonte: Arquivo fotográfico do município de Pedras de Fogo – PB, 2007.

Nessa perspectiva, a intervenção tem como objetivos: proporcionar aos terapeutas em formação o contato direto com o cenário de prática; oferecer a possibilidade de pôr em prática as técnicas e os conteúdos vistos durante os momentos presenciais e estabelecer uma dialética entre a teoria e a prática, necessária à construção dessa nova forma de atuar nas comunidades.

Os recursos pedagógicos utilizados no desenvolvimento do curso são, prioritariamente, as estratégias das metodologias ativas e rodas de terapia comunitária em cada módulo específico. Os participantes são avaliados continuamente pelos supervisores ao final de cada módulo, através da participação ativa em todas as atividades realizadas e pela autoavaliação. Do mesmo modo, os facilitadores são submetidos a uma avaliação, que é feita pelos participantes e pelos supervisores.

Com o objetivo de estimular o participante a entrar em contato com suas emoções, reconhecendo-as como parte do seu processo vital, são realizadas vivências terapêuticas em todos os módulos, o que o induz ao autoconhecimento, para que ele possa tomar a devida distância entre suas emoções e as que irão emergir no seu trabalho terapêutico.

Com a inclusão desse novo agente social, que é o terapeuta comunitário, na rede de saúde, pretendem-se diminuir as tensões sociais e o estresse dos indivíduos, através de tecnologias apropriadas para encontrar respostas satisfatórias, que são construídas coletivamente, para promover o desenvolvimento das comunidades e ampliar a sua capacidade transformadora da realidade familiar e comunitária.

Devido aos benefícios evidenciados pela Terapia Comunitária e à necessidade de se implantar um modelo de atenção à saúde mental com base comunitária, para priorizar a promoção à saúde e a prevenção do adoecimento, o Ministério da Saúde estabeleceu um convênio com a UFC/Quatro Varas para a capacitação de 1.100 profissionais das Equipes de Saúde da Família em todo o Brasil ainda em 2008 (TERAPIA, 2008).

O Projeto de Implantação da Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS pretende desenvolver nos profissionais as competências necessárias para promover as redes de apoio social à atenção básica, e a capacidade de lidar com os sofrimentos e as demandas psicossociais, ampliando a resolutividade desse

nível de atenção, permitindo que só afluam para os níveis secundários aqueles que, de fato, precisam.

Espera-se, portanto, que, ao final de cada curso, os participantes tenham vivenciado o processo de transformação pessoal e profissional para atuarem como sujeitos críticos e reflexivos em relação ao próprio processo de trabalho em saúde, ampliando as possibilidades de construir vínculos e conquistar espaços de exercício da cidadania.

2.2 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como eixo norteador para a Formação de Recursos Humanos: desafio para o fortalecimento do SUS

A construção e a consolidação de uma política coerente com os princípios da reforma psiquiátrica necessitam do estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos que valorize a produção do cuidado através de qualificações para os trabalhadores de saúde mental.

No Brasil, as políticas de recursos humanos são importantes para o setor saúde, e o processo de educação, para os profissionais dos seus serviços, visto como necessário. A abordagem de recursos humanos, de forma limitada ou ampliada, sempre esteve presente nas Conferências Nacionais de Saúde.

Segundo Ribeiro e Motta (2007), nas duas primeiras Conferências realizadas, respectivamente, em 1941 e 1950, a abordagem de recursos humanos limitou-se à formação de nível superior, centrada no profissional médico. Já na III Conferência, em 1963, a discussão se ampliou para a preparação de pessoal do nível técnico, em virtude da demanda que surgiu com os programas e os projetos.

O termo treinamento em serviço, definido com base nas necessidades de atualização do nível médio, surgiu na IV e na V Conferências (1967, 1975). No entanto, em 1977, durante a VI Conferência é que a educação continuada aparece, referindo-se à necessidade de atrelar novos conhecimentos para a formação inicial de sanitaristas. Em 1980, na VII Conferência, as atividades de educação continuada estavam relacionadas a projetos de extensão, ressaltando propostas de implantação de programa de integração entre docência e assistência.

As Conferências que reconheceram a área de recursos humanos como importante para a implantação da proposta da reforma sanitária foram a VIII (1986) e

a XI (1992), que ganharam fórum de discussão específica, convocando as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (RIBEIRO; MOTTA, 2007).

Na I Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada em 1986, a educação continuada é definida como um processo organizado, permanente, sistemático, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários. A II Conferência, em 1993, propõe, dentre outras, a “criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde”, a “criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional”, como também “o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores de saúde, dando ênfase às relações interpessoais e à formação de consciência crítica e ética” (RIBEIRO; MOTTA, 2007).

É importante destacar as idéias formuladas na área de recursos humanos, presentes nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM). A I Conferência, considerada um marco na psiquiatria brasileira, foi realizada em 1987, no contexto dos princípios e das diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, que trouxe uma nova formação técnico-profissional, com a composição de uma equipe multiprofissional, com propostas de reorientação da saúde mental, para capacitar os diversos técnicos nas diferentes instâncias hierárquicas da rede de saúde, sobretudo na rede básica (CNSM, 1987).

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, resultado de um longo processo democrático, que contou com representantes dos segmentos envolvidos na reestruturação da atenção em saúde mental e na reforma psiquiátrica. As deliberações foram direcionadas a partir dos conceitos de atenção integral e de cidadania. Alguns princípios foram apontados como fundamentais para a operacionalização e a capacitação de pessoal, a saber: articulação dos campos de conhecimento científico e popular; problematização da realidade local; multiprofissionalidade; propostas pedagógicas dinâmicas; descentralização, dentre outros (CNSM, 1994).

A II CNSM aprofundou as críticas ao modelo hegemônico e formalizou o esboço de um novo modelo assistencial diverso, não só se centrando na lógica, nos conceitos, nos valores e na estrutura da rede de atenção, mas também valorizando

a forma concreta de lidar com as pessoas, com os transtornos mentais, levando em consideração os direitos e a cidadania dos indivíduos.

Em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema central foi “Cuidar sim, excluir não”, pois, diante das diversas experiências e iniciativas que demonstram a viabilidade de um modelo substitutivo, ainda ocorre relação produtora de exclusão. As discussões, no âmbito da política de recursos humanos, apontaram para a implantação de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, em todos os níveis no campo da saúde mental, na perspectiva da construção de um novo trabalhador, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todos os usuários dos serviços de saúde sejam atendidos por profissionais que tenham uma visão integral e não fragmentada da saúde (CNSM, 2001).

Outro fator apontado na III Conferência foi a integração do programa municipal de saúde mental com as equipes do PACS/PSF, garantindo o papel multidisciplinar da saúde mental na condição de assessoria, capacitação, consultoria, atendimento e supervisão das equipes dos referidos programas. Em alguns casos, quando necessário, deverão ser referenciados para serviços mais especializados. A capacitação em saúde mental, para a rede básica de saúde, deve ser realizada em parceria com as universidades, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade, contemplando aspectos técnicos e relativos à humanização das práticas.

As Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental têm constituído dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática das diretrizes políticas. No campo da saúde mental, as conferências têm desempenhado um papel crucial ao dar continuidade ao processo de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência e definir as estratégias e os rumos para a implementação da reforma psiquiátrica.

Todavia, no Brasil, o avanço e a consolidação da reforma psiquiátrica requerem uma ampliação nas instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da Saúde Mental, tendo em vista que um dos seus principais desafios é a formação de recursos humanos, porquanto, muitas vezes, os profissionais se encontram desmotivados devido às condições precárias de trabalho, à falta de qualificações e às baixas remunerações. Além disso, várias localidades do

país apresentam dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos.

O Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a reforma psiquiátrica, em 2002, com a implantação de núcleos de formação em saúde mental, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras, municípios e estados. No entanto, em 2003, foi instituída uma estrutura organizativa mais ampla - a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES) - para enfrentar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2007).

É importante enfatizar que os Centros de Formação de Recursos Humanos devem estabelecer as bases para criar programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS. Nesse processo, é preciso que haja integração entre assistência, ensino e pesquisa, e que todos os serviços da rede substitutiva sejam voltados para o ensino e a pesquisa das práticas inovadoras criadas pelo novo modelo assistencial (CNS, 2001).

A criação de grupos de estudo e discussões dentro dos serviços de saúde mental constituem uma forma de democratizar o processo de pesquisa, formando centros de produção de conhecimento científico sobre as novas práticas e as experiências exitosas em saúde mental. Dentro dessa nova perspectiva, são necessárias as parcerias com instituições formadoras, com o Ministério da Saúde e com órgãos do SUS, para fomentar e realizar programas de capacitação em saúde mental, contemplando aspectos técnicos, como também, os relativos à humanização, o que garantirá o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação dessas equipes à rede de saúde mental.

Outro aspecto também importante é o envolvimento de profissionais e de trabalhadores de outros setores e programas sociais importantes no processo de cuidado em saúde mental ou na abordagem do portador de transtorno mental na comunidade, compondo a equipe de acordo com a demanda local, respeitando as possibilidades e as necessidades de cada município.

No campo da saúde mental, a cada ano, estão sendo ofertados cursos de curta e de longa duração para os trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade. Existem cursos de especialização e de atualização para trabalhadores da atenção básica e do CAPS, cujo objetivo é a implantação e a qualificação de serviços substitutivos.

Ao longo das duas últimas décadas, o programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem sistematizando propostas de educação permanente que possam ser referenciadas para os sistemas locais de saúde. Nesse sentido, foi criado pela OPAS um documento que aponta como marco conceitual o processo de trabalho como eixo do processo educativo, como fonte de conhecimento e objeto de transformação; a mudança de consciência da visão individual restrita à cura para uma visão integral do processo de trabalho ligada à promoção da saúde; e, por último, a participação coletiva (PEREIRA, 2004).

Em 2003, foi aprovada a Política de Educação e de Desenvolvimento para o SUS: caminho para a educação permanente em saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde, e apresentada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na saúde. Essa política tem como desafio adotar a educação permanente em saúde (EPS) como estratégia para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde instituiu, através da portaria nº 198/GM/MS, em 2004, a Política de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, considerando importante a integração entre ensino e serviço, visando alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004).

Portanto, essa estratégia se constituiu para o Ministério da Saúde em eixo orientador para negociação e pactuação de processos de educação para o SUS. A possibilidade de transformação nos serviços e na formação para a saúde, com produção de novos conhecimentos e mudanças no mundo do trabalho, torna relevante a discussão sobre a EPS, que também possibilita a recriação de novos perfis de competência profissional e de modelos de atenção à saúde, produzindo necessidades de reconstrução das práticas e da capacidade em operar novas tecnologias (MENDONÇA, TALBOT, 2006).

Há que se registrar que fazer Educação Permanente em Saúde exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho, pois, muitas vezes, a formação dos profissionais ocorre desarticulada do contexto dos serviços e, nem sempre, responde às

necessidades dos gestores, dos trabalhadores e da própria comunidade à qual os serviços são prestados.

Por essa razão, é necessário que as propostas de capacitação sejam contextualizadas na realidade do trabalho em saúde e contempladas numa política de valorização do trabalhador. Para isso, é preciso investir esforços no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, será possível superar a tradição de oferecer capacitações pontuais e passar a promover o ordenamento do processo formativo e da Educação Permanente em Saúde, tomando como referência as necessidades do serviço, do profissional e dos usuários (BRASIL, 2005).

Para uma melhor compreensão sobre o papel da Educação Permanente na reorganização dos serviços, é mister que se faça uma distinção entre Educação Continuada e Educação Permanente. A Educação Continuada é uma atividade de ensino com finalidade mais restrita a uma atualização, aquisição de novas informações, através de metodologia tradicional, com duração definida, movida por interesse pessoal e profissional do trabalhador (RIBEIRO; MOTTA, 1998).

Sendo assim, continuam os autores, essa modalidade de educação é uma estratégia de capacitação que reforça a fragmentação do cuidado das equipes, do processo de trabalho, na medida em que focaliza o desempenho de cada categoria profissional, nas suas funções dentro da divisão do trabalho. Muitas vezes, esse conhecimento científico acumulado não pode ser aplicado, pois está distante da realidade cotidiana do trabalho.

Nos processos educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a Educação Permanente tem um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas. Ela não procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, porém, serve para preencher as lacunas de conhecimento e buscar atitudes que fazem parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, tendo como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho (MOTTA, 1998).

Portanto, para produzir mudanças de práticas, é fundamental dialogar com as concepções vigentes, problematizá-las, para construir novos pactos de organização do sistema e de práticas que aproximem o SUS dos princípios da reforma sanitária,

da atenção integral e da qualidade. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (BRASIL, 2005).

A articulação, a negociação e a pactuação interinstitucional são realizadas nos Pólos de EPS, que são instâncias colegiadas, ou seja, espaços onde atores de diversas origens pensam juntos sobre as questões que envolvem esse tipo de educação, de forma horizontal. Juntos, todos interagem, identificam as necessidades e constroem as estratégias. Enfim, são rodas de debate e de construção coletiva. Participam dos Pólos os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino (cursos na área da saúde, hospitais de ensino, organizações estudantis da área da saúde), os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde e os movimentos sociais (BRASIL, 2005).

A lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, visa à democratização institucional e ao desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os sujeitos envolvidos, com o enfrentamento das situações de forma criativa, com o trabalho em equipe matricial, envolvendo vários saberes. O resultado esperado é a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, por meio da construção de práticas profissionais críticas, éticas e humanísticas.

A implementação dessa política envolve mudanças nas relações, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas, com transformação dos paradigmas das práticas hegemônicas do cuidado fragmentado, centrado na doença, com baixa escuta e, predominantemente, prescritivo, para uma maneira inovadora de desenvolver coletivamente o saber e o fazer, os quais redundarão na produção do cuidado integral ao usuário do sistema.

Sendo assim, é importante que a EPS, cresça, que fortaleça o seu papel na reorganização dos modelos assistenciais e na reestruturação das formas de intervenção educativa, no interior dos serviços de saúde mental, superando os entraves no desenvolvimento das ações de capacitação técnico-política dos trabalhadores.

2.2.1 – O quadrilátero da Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como principal enfoque a participação do quadrilátero formação, gestão, atenção e controle social, estabelecendo ações intersetoriais, buscando ampliar a qualidade da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral, o domínio do conceito ampliado de saúde, mudanças na formação dos profissionais e o fortalecimento do controle social no Sistema (BRASIL, 2005).

A política de educação para o SUS é um processo dinâmico, que envolve trabalhadores do setor, movimentos sociais, educadores e estudantes da área, tornando desafiadores os contextos, os espaços e as relações onde se desenvolvem as práticas de saúde. Portanto, é preciso que todos desenvolvam ou potencializem suas capacidades de ativar processos de mudanças para que seja possível construir a política de Educação Permanente.

As mudanças na formação dos profissionais de saúde devem estar em consonância com as necessidades de saúde da população, tendo como eixo norteador a integralidade, inovando as práticas em todos os cenários de atenção em saúde e de gestão setorial.

Muitas iniciativas que propiciaram um pensamento crítico e estimularam um movimento por mudanças no processo de formação já foram desenvolvidas, entre elas, destacam-se: o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), a Capacitação e Formação em Saúde da Família, a Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), o Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros. No entanto, todas essas iniciativas foram insuficientes para promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, possibilitando, apenas, mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Segundo Ceccim (2005), é extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde, de acordo com seus interesses e suas necessidades, o que leva a um direcionamento ao processo de mudança e facilita para que a formação

profissional se aproxime do necessário com vistas a uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade. O que se busca é a intervenção no processo formativo, para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentarem os problemas do processo saúde/doença da população.

No entanto, as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em tecnologias altamente especializadas, deixando a formação dos profissionais de saúde alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente insensível ao controle social.

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe que se construa e se organize uma educação responsável, através de processos interativos que possam operar mudanças, mobilizar e convocar protagonistas.

As mudanças de práticas de gestão são produzidas através do diálogo, da problematização do processo de trabalho, configurando, de modo criativo e original, a rede de serviços, para assegurar redes de atenção às necessidades em saúde, construindo novos pactos de convivência e de prática, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade (CECCIM, 2005).

Para a construção de novas práticas de atenção à saúde, é necessário que se revejam os métodos utilizados nos serviços de saúde e se estimulem os profissionais para o desenvolvimento da consciência sobre o seu contexto, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, incluindo a participação dos usuários no planejamento terapêutico.

De acordo com Ricalcon e Sena (2006), a Educação Permanente deve ser um processo sistematizado e participativo, que permita que os trabalhadores possam construir uma aprendizagem solidária e democrática, fortaleçam seu crescimento pessoal e se transformem no âmbito profissional.

Nesse quadrilátero, também está presente o controle social, que é um dos princípios operadores do SUS, e consiste na capacidade da sociedade civil para interferir na gestão pública, opinando, propondo e orientando as ações e os gastos públicos na direção dos interesses da coletividade.

No sistema de saúde brasileiro, controle social significa que a sociedade tem o direito e o dever de participar do debate e da decisão sobre a formulação, a execução e a avaliação da política nacional de saúde e detém dois dispositivos importantes, que são: os Conselhos de Saúde - instâncias de caráter permanente - e as Conferências de Saúde - convocadas em intervalos de quatro anos.

Os Conselhos de Saúde são formados por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, distribuídos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 333/2003, e devem contribuir para a adesão e a participação de todos os segmentos (BRASIL, 2007).

Um dos requisitos fundamentais para o exercício do controle social é o estabelecimento de relações entre a sociedade civil e o Estado, através de canais democráticos de participação social (associações, sindicatos, conselhos...). No entanto, nosso controle social ainda é pouco participativo, e a sociedade precisa de mais organização, pois o único caminho que leva ao seu fortalecimento é a participação da população nas políticas públicas.

Enfim, com o quadrilátero da formação, surge um redimensionamento das práticas educativas, capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e nos modos de ensinar e aprender. Isso faz com que haja integração entre a formação, as mudanças na gestão e as práticas de atenção à saúde, fortalecendo a participação popular e valorizando os saberes locais. Para Campos (2003), a EPS faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta e possam usufruir do protagonismo e da produção coletiva, entrando na dinâmica da "roda", onde todos têm poderes iguais, com um único objetivo: uma atenção integral e resolutiva.

2.3 – O desafio da Integralidade

Nos últimos anos, evidenciamos conquistas notórias do Sistema Único de Saúde (SUS), como a presença de novos atores, espaços mais democráticos de pactuação, descentralização, ampliação de cobertura, dentre outras. Entretanto, identificam-se limites importantes que dificultam o avanço da consolidação do referido sistema.

A grande questão que vem se colocando como fundamental na consolidação do SUS é a efetivação da Integralidade, princípio instituído pela Constituição Federal de 1988, e definida como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais (MACHADO et al, 2001).

Para Campos (2003), a Integralidade refere-se à garantia do acesso dos indivíduos aos diversos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), em que devem ser levadas em conta as dimensões biológica, psicológica e social, com uma abordagem baseada na teoria holística, integral, que vê o homem como um ser indivisível.

Segundo Mattos (2004), a Integralidade expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário e funciona como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, mas, talvez, seja um dos princípios menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas e um dos maiores desafios da saúde no Brasil.

Contrariando o Princípio da Integralidade, o modelo comumente praticado na saúde consiste em práticas fragmentadas, com o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos. Historicamente, as ações de saúde têm se estruturado baseadas nos aspectos biomédicos, motivados por uma atenção cada vez mais especializada.

Tais práticas se dão devido às heranças de atos médicos descontextualizados da realidade dos cidadãos, com diversos interesses financeiros incompatíveis com o interesse público, enfim, um conjunto de pressupostos e valores de difícil transformação (CAMPOS, 2003). Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, baseado no compromisso ético com a vida, garantindo uma atenção à saúde de forma articulada, sendo oferecidas ações de promoção da

saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença.

É importante destacar que a dimensão do cuidado não mais se limita à assistência médica, porquanto se expandindo ao ambiente em que o indivíduo vive, considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades (CAMPOS, 2004). Ressalte-se que o Princípio da Integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Reestruturar a forma como o setor saúde trabalha, com mudanças de práticas nas instituições, na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais é um desafio na busca do atendimento integral.

O desenvolvimento de Linhas de Cuidado vem sendo considerado uma inovação nas propostas assistenciais, capaz de garantir o fluxo seguro do usuário nos diversos níveis assistenciais do sistema. As Linhas de Cuidado se organizam a partir da interlocução e da negociação técnica e política, com implicação de todos os atores dos vários campos de saberes e práticas, possibilitando um fluxo assistencial centrado nas necessidades do usuário, que passa a ser o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde.

Nessa perspectiva, a Terapia Comunitária pode ser utilizada como uma ferramenta estruturante do cuidado na saúde mental, visto que, até o presente, permanece o fluxo de atendimento centrado nas necessidades do modelo biomédico, o qual tem se utilizado fortemente da medicação psicotrópica. A necessidade do usuário que demanda uma escuta do profissional sobre a sua problemática de vida tem passado despercebida ou tem sido desvalorizada. O terapeuta comunitário que desenvolve a habilidade de fazer uma escuta sensível pode ser o interlocutor do usuário no encaminhamento para o atendimento de suas necessidades.

Nesse caso, o trabalho é integrado, e não, partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado as diversas estruturas e componentes do sistema de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

No entanto, para atingirmos essa realidade, é necessário que a discussão sobre Integralidade perpassa pela formação dos profissionais, devendo ser incorporadas estratégias de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do

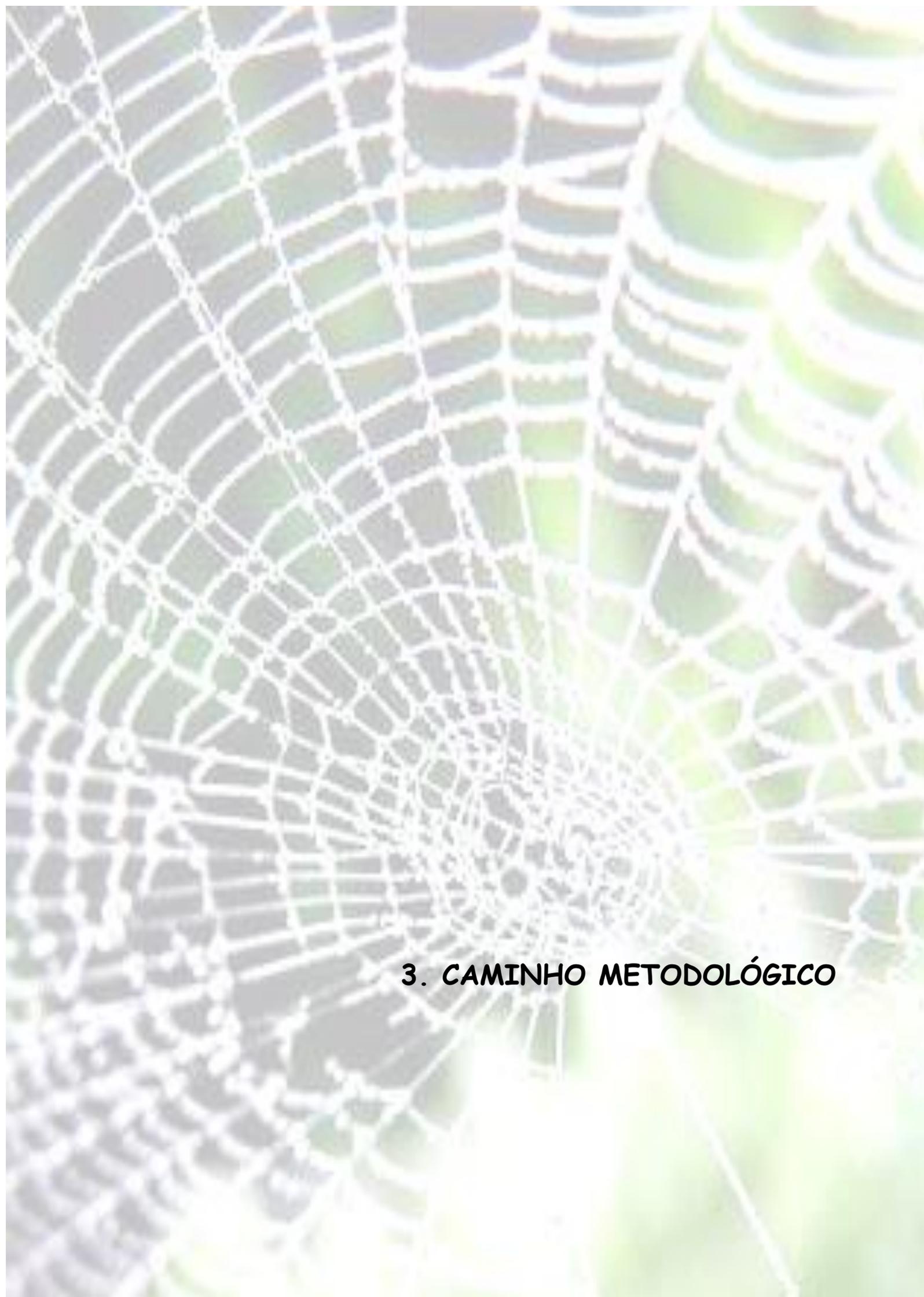
trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MATTOS, 2001).

Nesse sentido, a Educação Permanente surge como uma estratégia pedagógica para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, produzindo processos formativos mais participativos e contextualizados, partindo da realidade e das necessidades locais, o que possibilita a aprendizagem significativa. De fato, não há possibilidade de mudança sem que haja um desconforto ou inconformidade com uma dada situação. Assim, a Educação Permanente poderá oferecer oportunidades para a construção de novas alternativas e de práticas.

Os avanços na direção de uma atenção integral foram muitos, mas ainda se faz necessário trabalhar o verdadeiro sentido da Integralidade no cotidiano dos serviços, nos seus diversos níveis, no interior de cada profissional e nas instâncias que contam com a participação popular. Isso possibilita um cuidado integral e humanizado, capaz de atender às necessidades de saúde dos usuários.

Ainda assim, é importante ter em mente que a Integralidade no cuidado com a saúde não pode ser vista somente como um conceito estruturante da cadeia produtiva do cuidado. É necessário ir mais além e levar em conta que, do ponto de vista da humanização, não se pode prescindir da compreensão ampliada que devemos ter do ser humano nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Não podemos falar de mudança de modelo assistencial e de consolidação de um Sistema Único de Saúde, ou de Linhas de Cuidado nos distanciando da nossa essência humana. A saúde é um bem que se expressa tanto na forma material quanto na espiritual. Se desejamos a promoção da saúde, é porque queremos a conquista do homem na sua plenitude, com todas as suas faces e interfaces, com seus acertos e defeitos, mas, sobretudo, com consciência e sabedoria para transitar livremente, fazendo escolhas que levem ao conhecimento de si, de suas fragilidades e potencialidades.

A close-up photograph of a spider web, showing the intricate spiral and radial patterns. The web is set against a blurred green background, likely foliage. The lighting is soft, highlighting the fine threads of the web.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

O presente estudo é predominantemente qualitativo, por entendermos que o objeto da pesquisa é de natureza social e que o universo dos significados, das relações e das ações criadas pelos sujeitos é fundamental dentro da realidade examinada, impossível de ser quantificado.

A metodologia escolhida como estratégia de pesquisa foi a História Oral, que é definida por Rouchou (2000) como uma ciência e uma arte do indivíduo que envolve padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos, que são aprofundados na sua essência por meio de conversas com as pessoas que relatam suas experiências e sua memória individual.

Esta abordagem também tem um caráter descritivo-exploratório e estimulou os sujeitos pesquisados a pensarem livremente sobre o seu processo de formação, como terapeutas comunitários, fazendo emergir a subjetividade de maneira espontânea, abrindo espaço para a interpretação. Assim, consideramos que, através desse método, foi possível identificar as possíveis transformações ocorridas na prática dos trabalhadores inseridos na formação em Terapia Comunitária.

A História Oral, segundo Bom Meihy (2005), é empregada em estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos e consiste em gravações de narrativas pessoais, feitas de pessoa para pessoa, em que se valoriza a relação humana. Nesse sentido, possibilita novas versões da história, partindo da narrativa do indivíduo sobre a realidade que ele vivencia e apontando para a sociedade, apreendendo as relações sociais em sua totalidade.

Existem três modalidades de História Oral: a História Oral de Vida, que é a narrativa das experiências de uma pessoa; a Tradição Oral, que revela as estruturas e os comportamentos de um grupo; e a História Oral Temática, que trata um assunto específico pré-estabelecido, uma temática central (BOM MEIHY, 2005).

A História Oral é sempre uma história do presente. Por esse motivo, é também conhecida como “história viva”. Ela pode rever interpretações, buscar

explicações no passado para a realidade imediata. Essa prática é dinâmica e criativa, destinada a recolher testemunhas, promover análise de processos sociais e facilitar o conhecimento do meio imediato. Seu uso está relacionado à participação social e, nesse sentido, está ligado ao direito de cidadania, considerando que todos são atores históricos (BOM MEIHY, 2005).

3.1 – Cenário da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada no município de Pedras de Fogo - PB, localizado na Zona da Mata do Estado da Paraíba, a 42 km da capital João Pessoa, com uma área geográfica de 401,1 km², uma população de 25.861 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Limita-se ao norte, com Cruz do Espírito Santo e Santa Rita; ao Leste, com Alhandra e Caaporã; ao Oeste, com Juripiranga e São Miguel de Taipu; e ao Sul, com Itambé - PE, fazendo fronteira com a zona urbana. Isso possibilita a formação de um único núcleo urbano pela junção dos dois municípios.

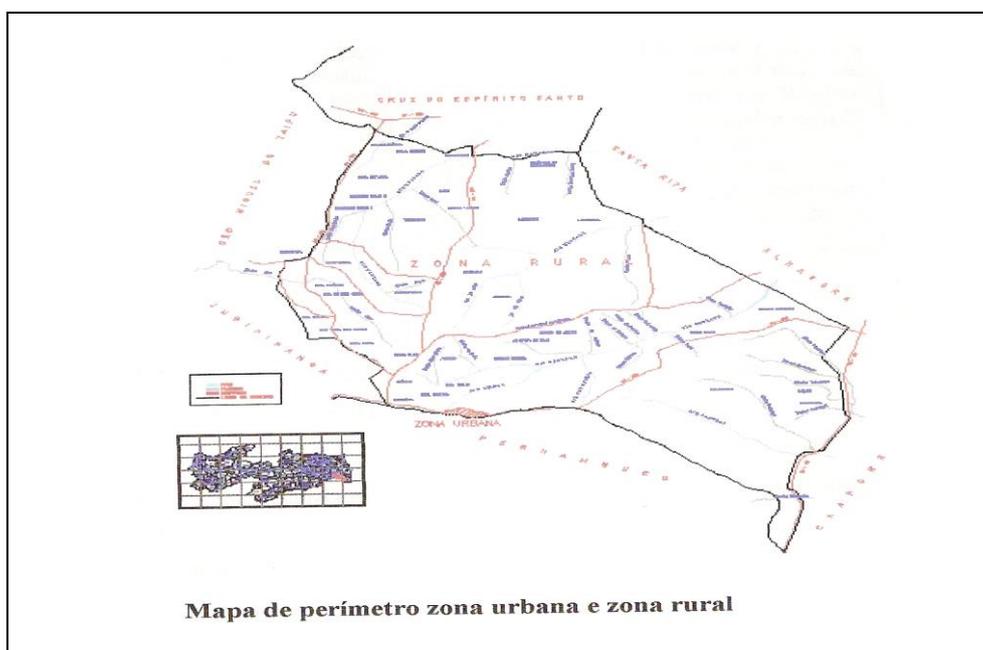


FIGURA 6: Mapa do município de Pedras de Fogo - PB.
Fonte: Arquivo do município de Pedras de Fogo – PB, 2008.

A cidade de Pedras de Fogo - PB surgiu de uma grande feira de gado, pois os tropeiros, vindos de Pernambuco, com destino ao interior da Paraíba e do Rio Grande do Norte, faziam ali parada obrigatória, às margens do Rio Itambé, onde se trocavam e compravam bovinos e equinos, trazendo progresso à região. Quanto à origem do nome Pedras de Fogo, fala-se que, antigamente, era muito comum a presença de pedras avermelhadas, que soltavam faíscas quando em atrito com os cascos dos cavalos e dos bois dos colonos tropeiros (CAVALCANTI, 1998).

A história de Pedras de Fogo confunde-se com a história de Itambé, cidade gêmea, cujo nome significa pedras de fogo (ou pedra afiada que solta faísca), e fica no estado de Pernambuco. Segundo versão mais comum, ambas surgiram como um único conglomerado que, mais tarde, por questões políticas, separaram-se. A questão dos limites gerou, durante muito tempo, acirradas polêmicas entre forças políticas de Pernambuco e da Paraíba. Foi necessária a intervenção do Governo Federal para solucionar de vez o impasse, pois a população dos dois municípios é que sofria com a falta de definição (SILVA, 2006).

A emancipação política de Pedras de Fogo ocorreu no dia 05 de maio de 1954 e, desde então, o município tem sido ponto de destaque na historiografia paraibana. Desenvolve uma atividade econômica predominantemente canavieira, que se estabeleceu com mais firmeza a partir da década de 1970 do século passado, com o advento do Pró-alcool, provocando a substituição da lavoura de subsistência pelo plantio da cana-de-açúcar. Destaca-se, ainda, o plantio de abacaxi, mandioca e batata-doce.

A organização do sistema local de saúde tem uma história de vanguarda na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado da Paraíba. Em 1988, Pedras de Fogo já trabalhava com a lógica da prevenção e promoção da saúde, institucionalizando, dentro do seu quadro de recursos humanos, as visitadoras domiciliares, que hoje são denominadas de agentes comunitárias de saúde.

Em 1991, foi uma das primeiras cidades do estado a serem municipalizadas; em 1994, foi habilitada na Gestão Incipiente em 1994, na gestão Plena da Atenção Básica, em 1998, e, em 2002, na Gestão Plena do Sistema Único de Saúde.

A rede de serviços de saúde está organizada na atenção básica com a Estratégia Saúde da Família, contendo onze equipes e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Conta também com o atendimento de média complexidade

(Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Clínica de Fisioterapia) e serviço hospitalar.

Os serviços de saúde acima mencionados, juntamente com o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, foram escolhidos como cenário da pesquisa porque neles existem terapeutas comunitários em processo de formação.

3.2 – Colaboradores do estudo

Dos 33 terapeutas em formação, no município de Pedras de Fogo - PB, foram escolhidos oito, envolvendo as seguintes categorias profissionais: médico, dentista, fisioterapeuta, psicólogo, agente administrativo, que se encontram distribuídos nos serviços que oferecem a Terapia Comunitária. Pretendemos, com isso, ter uma visão diversificada de profissionais e locais de atuação, tanto na zona urbana quanto na rural. Foram incluídos os terapeutas em formação que, ao serem informados sobre os objetivos da pesquisa, aceitaram participar dela livremente, respeitando as orientações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para garantir o anonimato dos colaboradores da pesquisa, empregamos os nomes dos mesmos animais escolhidos por eles em uma vivência chamada Tarô dos Índios, realizada no primeiro módulo do curso. No momento da vivência, os participantes passaram a ser identificados por nomes de animais que eles admiravam e com os quais se identificavam.

3.3 – A trajetória

Neste estudo, a ênfase é dada à História Oral Temática, que se compromete com o esclarecimento sobre um assunto específico, buscando a verdade de um acontecimento através de quem o presenciou, ou que, pelo menos, tenha uma versão que seja discutível. A História Oral Temática possibilita a compreensão de fenômenos na perspectiva do indivíduo inserido no seu contexto de vida (BOM MEIHY, 2005).

O método da História Oral envolve uma série de procedimentos e inicia com a definição dos depoentes, que são selecionados a partir da colônia e da formação de rede. A colônia é definida como um grupo amplo, comunidade de destino, e a rede é uma subdivisão da colônia, que visa estabelecer parâmetros para decidir quem deve ser entrevistado (BOM MEIHY, 2005).

Neste estudo, a colônia foi constituída pelos terapeutas comunitários do município de Pedras de Fogo, que participaram do Curso de Formação em Terapia Comunitária. Foi a primeira turma do estado da Paraíba, da qual participaram outros municípios, como Conde, São Bento e João Pessoa. A rede, por sua vez, foi formada por oito terapeutas comunitários da cidade de Pedras de Fogo - PB.

Para a escolha dos colaboradores, estabelecemos os seguintes critérios: envolver os terapeutas das zonas rural e urbana do município, de diferentes categorias profissionais, distribuídos nos diversos espaços/serviços de saúde; terapeutas que estavam realizando suas terapias sistematicamente e que participaram de todos os módulos e intervisões do curso de formação.

O material empírico foi produzido através de entrevista guiada por perguntas de coorte (apêndice A). Segundo Bom Meihy (2005), todos os projetos de história oral devem ser conduzidos por perguntas de coorte, que são questões norteadoras que perpassam todas as entrevistas.

Para conduzir o estudo, elaboramos as seguintes perguntas de coorte: Ocorreram mudanças na sua vida pessoal e na prática profissional a partir do seu processo de formação na Terapia Comunitária? Quais os vínculos que se formaram e/ou se fortaleceram a partir da sua prática como terapeuta comunitário? Existem aspectos que identifiquem o processo de formação em Terapia Comunitária com o processo de Educação Permanente em Saúde? Quais as similaridades e as diferenças entre esses processos?

A pesquisa de campo foi realizada no período de três meses (junho, julho e agosto de 2008), e as entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a conveniência dos colaboradores. As interferências foram evitadas no decorrer das entrevistas para que o colaborador pudesse manter uma lógica de narrativa. A entrevista da Águia foi considerada como a entrevista ponto zero, rica em elementos que revelaram mudanças profundas na vida pessoal e profissional da colaboradora, servindo de guia para o andamento das demais.

O material empírico foi construído com base nas entrevistas e com os registros feitos no caderno de campo ao longo do processo. A pesquisadora obteve informações contidas nas falas dos terapeutas relacionadas aos objetivos delineados neste estudo, com a utilização do gravador.

A técnica da entrevista é utilizada na História Oral para dar voz às histórias dos participantes, pois, através dos seus depoimentos, é construída e preservada a memória coletiva. Para este estudo, a entrevista foi composta de três etapas: a pré-entrevista, a entrevista propriamente dita e a pós-entrevista. A pré-entrevista corresponde ao primeiro contato com os colaboradores. Nesse momento, colhemos informações sobre o projeto, seus objetivos e o tipo de técnica utilizada para a construção do material empírico.

A entrevista propriamente dita foi realizada em um local tranquilo, aconchegante, escolhido pelo colaborador, proporcionando condições ideais para que ele pudesse contar sua história.

Na pós-entrevista, comunicamos o andamento do trabalho e agendamos o encontro para a realização da conferência do material.

Após a realização das entrevistas, todo o relato oral foi transformado em texto. Para a análise do material, foram necessárias três fases:

- A transcrição: parte da escuta de todo o material gravado, para, em seguida, proceder-se ao registro fiel do material;

- Textualização: processo em que as questões (perguntas de coorte) foram suprimidas, dando um caráter narrativo ao texto inicial. Durante essa fase, foi iniciado o processo de construção do tom vital, ou seja, o tema que teve maior força expressiva dentro do relato do colaborador, e corresponde à frase que serviu de epígrafe para a leitura da entrevista.

- Transcrição: é a recriação do texto, em que o pesquisador atua no depoimento, recriando a atmosfera da entrevista. Nessa fase, os parágrafos foram ordenados, as palavras e frases acrescentadas e/ou retiradas, de acordo com as anotações e as observações feitas no caderno de campo. Para reproduzir as sensações que se apresentam nas falas dos entrevistados, foram utilizados elementos como pontuação, interjeições e reticências. Em seguida, numa ocasião previamente combinada, o material foi levado para os colaboradores para ser conferido, aprovado e autorizado.

A conferência foi realizada com cada colaborador, e o encontro ocorreu individualmente. Durante a leitura do material, eles acompanharam atentamente a sua própria narrativa, realizando pequenas modificações, com o intuito de melhorar a compreensão do texto.

De acordo com Meihy (2005), toda entrevista, após ser concluída, deve ser assinada pelo depoente em duas cópias da Carta de Cessão (apêndice C), que é um documento que define a legalidade do uso da entrevista e esclarece a respeito do uso integral ou parcial do texto, conservando a autoria do pesquisador.

Procedemos à análise do material empírico após a construção dos eixos temáticos baseados no tom vital das entrevistas, que serviram como guia no processo de discussão, através de um diálogo com a literatura pertinente.

3.4– Aspectos éticos

Esta pesquisa obedeceu às normas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, e foi encaminhada ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, onde foi avaliada e aprovada. Cada sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), que informa os objetivos do estudo e esclarece sobre os direitos dos participantes, principalmente, no que diz respeito à garantia do seu anonimato.



4. CONTANDO AS HISTÓRIAS

Águia



Mulher madura, católica, que encontra na fé seu maior tesouro - a confiança em Deus. É formada em medicina e trabalha com saúde coletiva, buscando sempre deixar a comunidade independente e participativa. Gosta de ter pessoas ao seu redor, um ombro amigo para se apoiar nos momentos de tristeza, como também, pessoas alegres para compartilhar suas vitórias. Interessa-se por fitoterapia por entender que é um caminho para unir a sabedoria científica com a popular.

A sua história de vida é marcada por perdas importantes, mas achou na formação em Terapia Comunitária a direção que a fez enxergar a necessidade de mudanças profundas, impulsionando-a em busca de um processo de renovação. Tem admiração pela águia, por ser um animal que voa sem medo entre o céu e a terra, e nos ensina a encarar o medo natural que temos do desconhecido para, depois, voarmos um vôo da vitória. Vejamos sua história.

“A terapia me obrigou a olhar os fatos, embora achando horríveis, algumas coisas boas e outras terríveis... procurei compreender, enfrentar, e não ficar me isolando para tentar fugir até de mim mesma.”

A Terapia Comunitária me deu a possibilidade de um maior entendimento sobre a importância do autoconhecimento, para perceber até que ponto a pessoa fica questionando coisas, fatos que acontecem e se colocando como vítima. A terapia comunitária dá margem para nos colocarmos dentro de um contexto, fazendo parte dele, ou seja, contribuindo ou não, fazemos parte, não somos personagens em uma platéia... Não ficamos totalmente passivos recebendo as coisas, estamos realmente naquele palco e fazemos parte daquela história, de certa forma, somos peça fundamental. Até mesmo se uma pessoa se mostra

sem muita ação e não assume nenhuma postura, mas, quer queira quer não, todas as consequências e acontecimentos vão interferir na vida daquela pessoa.

Embora já tivesse lido alguns livros sobre o autoconhecimento, foi na terapia comunitária que vi sua importância e o seu valor. Antes, era como se estivéssemos meditando sobre nossa vida pessoal, num momento muito à parte, muito resguardado. A terapia comunitária nos impulsiona a ter coragem de realmente abrir o nosso coração na frente do outro, e aceitarmos que fazemos parte daquele contexto e vivemos aquela história, porque quando não falamos e não assumimos as coisas que nos machucam... De certa forma, podemos até esconder, mas, na terapia, é como se pudéssemos ficar diante do espelho e ver no nosso rosto todas as marcas, falhas, todas as lesões que temos, tudo o que não queremos ver, o que sofremos, marcas do passado e marcas que estão se formando.

Enfim, você se depara com você. O interessante é que este espelho tem dois lados, o lado que está se mostrando reflete você, porque, muitas vezes, o outro está falando da sua história e você tem um encontro pessoal, uma visualização dentro de você, onde você escuta a história do outro e mergulha na sua própria história, pois você se vê no outro, é como, se, com os olhos do outro, você pudesse ver a sua imagem, ou seja, eu vejo nos seus olhos, na sua história, a minha história, e é uma coisa muito bonita, porque, quer queira quer não, me obrigou a assumir e enfrentar a platéia.

Os fatos podem ser questionados, mas não podem deixar de existir. Aceitando ou não, tenho que procurar compreender, enfrentar, e não ficar me isolando para tentar fugir até de mim mesma.

Diante de um grupo inteiro me desnudei emocionalmente, eu não tirei a roupa do corpo, mas foi pior, porque eu tirei da minha alma, e com aquelas pessoas eu não tinha nenhum vínculo, pessoas que eram indiferentes, que o sofrimento ou a alegria não interessavam, e de repente elas se uniram e se formaram em uma unidade, porque na terapia um reflete no outro.

A terapia me obrigou a olhar os fatos, embora achando horrível, achando algumas coisas boas e outras terríveis... Não sei como resisti. Eu tive a impressão que iria desmaiar a qualquer momento, eu queria fugir daquela cadeira, mas as pessoas não me deixaram, e eu comecei a fazer outra coisa, comecei a fechar os olhos, eu não queria ver as pessoas, era uma forma de está boicotando aquele grupo, é muito difícil.

Questionar as atitudes do outro é muito fácil, mas difícil é você questionar e assumir as suas atitudes e ter que enfrentar momentos de muitas dores. Quando você está sozinho, você se poupa, fica pensando e questionando, quantas vezes você contribui com aquilo, mas, na terapia comunitária, a emoção é muito maior e não dá tempo ter pena de você,

simplesmente você está despida emocionalmente, e o que está ali não tem como fugir e tem que aceitar.

Existiam grupos, pequenas ilhas, grupinhos totalmente fechados, que você gostaria de fazer parte, mas não era possível. De certa forma, com a terapia, rompemos essa barreira, mas, ao mesmo tempo, essa união é uma coisa muito questionável, por que, às vezes, você acha que está com uma unidade tão grande e de repente chega para aquelas pessoas que você comungou um momento ímpar, e percebe uma frieza nelas e começa a pensar até que ponto essa unidade ocorreu, ou se isso só aconteceu para mim, que senti, me entreguei. Às vezes, se espera que o outro sinta o que você está sentindo, mas o outro não é você.

Muitas vezes, aquela pessoa que te deu uma palavra de apoio, foi tão especial, hoje passa indiferente, então você pensa até que ponto aquilo foi bom. Depois eu fui entender que foi bom para mim, que me expus, me joguei, absorvi o que a pessoa tinha de bom para me dar, por que se para ela não foi igual, foi um pouquinho superficial, se eu mergulhei profundamente, foi o meu mergulho que me ocasionou entrar numa margem mais profunda do mar, mas se ela ficou na superfície eu não tenho que puxá-la para dentro, por que cada um tem o seu momento.

Outra coisa que passei a refletir com a terapia é que eu não posso obrigar o outro a ter empatia por mim, e às vezes às pessoas pensavam que eu era pegajosa, pois eu cobrava isso delas, e volta e meia eu me decepcionava porque via que não era recíproco, via que aquela pessoa era indiferente, e outra que não era tão próxima foi um anjo, e aquela que eu achava que era um anjo, uma benção na minha vida, foi tão indiferente que me chocou. Então a terapia me fez ver isso, que eu não devo esperar das pessoas o que preciso, eu devo buscar em mim mesma e em Deus, que ele pode me dar tudo o que preciso e muito mais. Nas pessoas vou encontrar decepção e decepção.

Embora ainda seja um pouco pegajosa, mas melhorei... Quem não gosta de um ombro amigo? Agente sempre vê ombros tão frios e indiferentes, e quando você vê uma pessoa quentinha quer correr para junto dela, quando vê aquele raio de sol você quer ficar perto, não vai querer ficar na chuva, na tempestade, mas questionei muito isso na minha vida, tanto pessoal quanto profissional. Não procure nos outros aquilo que você vai encontrar em Deus e que está dentro de você.

Na prática profissional teve a importância da comunidade se fazer equipe, por que nunca achei interessante bancar a grande mãe, dar o peixe e não ensinar a pescar, pois eles ficam dependentes de mim, nunca vão virar adultos, e se quero trabalhar com a comunidade tenho que fazer com que ela sobreviva sem mim.

O meu trabalho com fitoterapia era justamente para que eles valorizassem o que eles tinham, e não somente o que a ciência trouxe, porque o que tenho dentro de mim é

uma riqueza que devo dividir com o meu irmão, e muitas coisas eu tenho a obrigação de aprender com as pessoas. Quando chega alguém no PSF Santo Antonio procurando a doutora que veio da universidade, que sabe toda a verdade, sabe tudo o que é bom, não acho que é bem assim, por que quando falo em fitoterapia é juntar o saber científico com o saber popular. Eu já tinha essa sensibilidade, mas com a Terapia Comunitária observei que ampliou esse meu pensamento, essa necessidade que tenho da contribuição do outro.

Outra coisa que percebi, é que as pessoas falavam na sala de espera da demora de alguns pacientes no consultório, falavam que eram os queridinhos. Essas pessoas não entendiam que, muitas vezes, esses pacientes estavam falando tanto da doença física quanto da emocional, e não iria deixar uma pessoa emocionalmente arrasada sair do consultório e mostrar seu rosto, seu sofrimento, pois de certa forma essa pessoa se despiu do que estava mais preso, mais guardado.

A terapia comunitária fez com que a comunidade tivesse um espaço aberto, e nela eu posso fazer que todos se sintam queridinhos, como também, eu deixe de ser o ator principal e passe a ser mais um.

Na última terapia que nós fizemos alguém falou como se faz com um marido treloso, e eu não sabia nada sobre isto, não tinha a menor idéia, e se não aprender aqui não vou aprender em lugar nenhum, então elas falaram muito e me ensinaram tantas coisas, sai enriquecida, porque nunca aprendi em livros e nem na vida pessoal, até hoje, o que aprendi sobre marido treloso, e a partir dessa conversa fiquei sabendo como é difícil essa convivência. Então é importante que as pessoas saibam que a ciência não é tudo, ela é apenas uma parte de um grande contexto, e as pessoas não estão obrigadas a somente receber, pois é preciso entendermos que estamos todos no movimento de dar e receber.

Uma vez uma pessoa se intitulou dona da noite, e ela se auto intitulou porque a sociedade colocou essa pessoa nesse lugar, mas ela é extremamente rica, lindíssima, que mostrou que só entrou nessa porta porque foi à única que encontrou aberta e infelizmente é a sua profissão, mas ela tem a necessidade de melhorar. É uma pessoa maravilhosa que, por enquanto, está nessa profissão, mas que pode vir a ter outra, pois ela se sente sem dignidade e abaixo das outras pessoas. Falei para ela que o mais importante é que somos filhos de Deus, que a nossa essência é o mais importante, porque hoje a gente está aqui e amanhã não está mais, é muito complexo.

Na terapia conheci pessoas que me chamaram a atenção, como por exemplo, um homem que se vestia de forma diferente, ele usava um turbante, brinco, batom. Eu entendi o que ele queria dizer com aquilo: "Ou a senhora me aceita como eu sou ou me diga logo, porque não quero passar por outra decepção na minha vida", pois em algum momento da sua vida ele teve uma decepção aqui no posto de saúde e não voltou, e quando chegou à

minha porta senti o desespero de uma pessoa pedindo, por favor, que fosse aceita do seu jeito, achei isso muito bonito.

Agora ele se veste de forma normal, e me disse algo que nunca vou esquecer: “Eu tenho um sonho de aprender a ler, para que um dia antes que Deus me chame, já tenha lido à bíblia todinha”. Quero dizer que a busca dele pelo bem maior, por Deus, é maior que o seu contexto, pois ele pode ter batido em várias portas e somente essa se abriu, numa sociedade hipócrita que não o aceitou do jeito que ele é.

Então é isso, a Terapia Comunitária faz com que as pessoas entendam que elas são agentes de transformação e são atores principais, que não devem ficar esperando que a ciência diga o caminho correto, pois devemos crescer juntos, cada um dando sua contribuição para construirmos um todo, e isso me ajudou a trabalhar com a comunidade e com o grupo de hipertensos.

Com essa experiência, de coração, pela primeira vez, eu mudei minha postura diante do homossexualismo, porque antes quando tinha que atender um homossexual tinha medo de dizer alguma coisa que demonstrasse preconceito, e com essas restrições acabava demonstrando. Notei que no início, logo que ele chegou ao grupo os outros não queriam aceitar, e eu disse diante de todos: “meu amigo que saudade de você, que bom que você veio”, para que os outros soubessem que ele era bem aceito, bem vindo. Comecei a contar na reunião a história da sementinha, do semeador que jogou muitas sementes, mas que o terreno do coração não estava preparado para receber a palavra de Deus, pois estava sufocado diante de limitações novas, e com isso o grupo ficou parado. Sei que eles ainda não aceitaram, mas começaram a fazer uma reflexão.

Com a Terapia Comunitária foram formados vínculos com a comunidade, embora nem todos tenham alcançado a dimensão do que é a terapia.

Uma vez, em uma terapia, eu trouxe uma caixinha com suspiros e pedi para que fechassem os olhos, deixassem à mão em concha que eu iria colocar uma coisa dentro dela, e em alguns eu coloquei um suspiro (doce), em outros não, depois eu pedi para que cada um colocasse a mão na boca. Quando terminei, pedi para que abrissem os olhos e dissessem o que sentiu. Uns disseram que não sentiram nada, outros disseram que sentiram uma coisa macia, doce, e outros disseram que não sabiam o que era, mas era muito gostoso. Eles perguntaram o que era aquilo, e eu falei que era suspiro, igual à terapia, que uns participam de corpo, mas com o coração fechado, então nada sente, nada vê, nada experimenta; e outros participam, saboreiam e dividem com o outro, e isso é Terapia Comunitária.

Quando a equipe só realizava festas, comemorações, a comunidade não enfrentava nada, era só blá, blá, blá... Eles começaram a achar chato, mas com a Terapia Comunitária eles passaram a ser estimulados a falar. No início eles começavam a sorrir e depois

acabavam falando, e percebemos o quanto eles precisavam falar, o quanto têm para ensinar e para aprender.

Uma das terapias que eu achei importante foi com uma pessoa que sempre se colocava como vítima, sempre chorava... No final ela contou a sua história de vida, e nós ficamos sem saber o que dizer, quanto mais a gente tentava confortá-la mais ela se mostrava a vítima, e no final da terapia ela saiu à mesma vítima que entrou, e eu me perguntava o que poderia ter feito para ajudá-la, pois ela é bem sensível e ao mesmo tempo agressiva, para ela tudo é motivo para se deprimir ainda mais.

Um dia, em outra terapia, chegou uma pessoa no grupo e disse para ela tudo o que nós deveríamos ter falado anteriormente, e isso foi falado sem dar sermão, mas com exemplo da sua própria vida, por isso foi muito enriquecedor. Ela falou: "eu vivi dessa forma como você, passei por isso e hoje eu estou bem, por que deixei de ser a coitadinha, arregacei as mangas, fui à luta e hoje me sinto uma vencedora. Todos os dias agradeço á Deus pelas alegrias e pelas tristezas". Nesse dia a mulher saiu da terapia sem chorar, sem fazer cara de coitadinha, e em outra terapia ela chegou dizendo que tinha conseguido um emprego.

Esse momento ímpar não foi somente para aquela mulher, mas para minha vida também, porque refleti que precisava deixar de ser a coitadinha. No final da terapia falei o quanto tinha sido importante a sua presença na nossa terapia, e o quanto suas palavras haviam me ajudado.

Com a Terapia Comunitária o vínculo da equipe foi fortalecido, alguns passaram a trabalhar suas emoções e compartilhar sentimentos, que antes eram guardados, e na terapia, quer queira quer não, são mostrados. Todos passaram a ter um espaço para falar e para ser ouvido que antes não tinham, passaram a ter outra postura.

Percebo que teve um amadurecimento, alguns melhoraram como pessoa e como profissional, graças a Deus. Foi muito bom para a equipe, e em particular para algumas pessoas que passaram a aceitar as fragilidades do outro, e todos passaram a se entender melhor, facilitando o trabalho, e isso foi a maior mudança.

Com relação à Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Terapia Comunitária (TC) acho que são duas coisas que estão muito entrelaçadas, como se fosse um novelo de lã, você não sabe onde é o começo e o fim, mas sabe que eles fazem parte de um todo. Os dois trabalham o empoderamento de cada indivíduo como cidadão, como pessoa, com toda a sua complexidade, fazendo com que a comunidade participe ativamente, e por isso que eu acho que tem tudo haver, por que não é uma transformação somente de um grupo, mas de um todo.

A EPS trabalha o orgânico, o material, e a TC o emocional, o espiritual, mas todos dois trabalham a melhoria das condições de saúde do indivíduo, formando assim um todo.

A EPS é a parte mais técnica, onde os meios mecânicos e técnicos são colocados para ajudar a solucionar alguma situação. Embora na EPS o profissional esteja mais sensível, deixe de ser apenas um técnico que vive isolado, permita que o outro fale, mas ele continua sendo o profissional inatingível, o doutor, que ainda olha por trás de um balcão, que vai ajudar naquela situação, dentro do contexto.

Na TC você é mais um cidadão, um irmão, inclui a parte profissional e a parte pessoal. Na terapia acontece uma troca de informações de pessoa para pessoa, o profissional sai de trás do balcão e coloca a cadeira do lado do outro, ele está mais aberto e passa a compartilhar experiências, comungar interesses. A TC é algo a mais, todos estão juntos e é nesse ponto que acho que ela é mais abrangente que a EPS.

Serpente



É um sertanejo que sente orgulho de suas raízes; homem inteligente, de personalidade forte. Gosta de desfrutar da companhia dos seus bons amigos, isso para ele é sagrado. Tem grande admiração pelo seu pai e zelo por toda a sua família, o que demonstra sua sensibilidade e dedicação.

Sente-se feliz com a profissão que escolheu, pois ser médico da Estratégia Saúde da Família é muito mais que usar seus conhecimentos acadêmicos para obtenção da cura, é compartilhar com sua equipe o ato de cuidar, é desenvolver ações mais abrangentes que possibilitem uma melhor qualidade de vida para uma comunidade da qual ele já se sente integrante.

O animal que escolheu simboliza a transformação. É adaptável, imaginativo e atraído pelo que a vida tem de melhor. Como as cobras deixam para trás a sua pele, sem abandonar o caminho, a serpente deixa para trás suas ilusões e limitações para usar plenamente sua vitalidade para alcançar a totalidade.

“A Terapia Comunitária me despertou, me tocou para refletir sobre a vida, o modo de agir, de ser, de me comportar como pessoa e como profissional... provocou uma sensibilização...”.

Durante a Formação em Terapia Comunitária ocorreram mudanças na minha vida pessoal e na minha prática profissional, pela própria metodologia, pela forma que ela é conduzida, nos leva a fazer muitas reflexões sobre a própria forma de viver e pensar, ou

dizendo melhor, o repensar da vida, nos torna pessoas mais abertas ao diálogo e a escuta e, principalmente, a aprender a conviver e aceitar as diferenças, usar aquela diferença como uma ponte para o melhor relacionamento entre os profissionais e a comunidade, e, conseqüentemente, colher coletivamente um fruto melhor daquela relação e daquele trabalho desenvolvido naquele contexto social. É isso, de imediato, que o curso de formação em Terapia Comunitária me trouxe, um comportamento mais reflexivo sobre as atitudes do dia-a-dia, tanto no lado profissional quanto pessoal.

Eu acho que me tornei mais sensível. A Terapia Comunitária me despertou, me tocou para refletir sobre a vida, sobre o modo de agir, de ser, de me comportar, tanto como pessoa, como profissional, ela provocou em mim essa sensibilização, e é essa impressão que tenho da formação em Terapia Comunitária.

Profissionalmente o que me chamou, e o que me chama a atenção, o que me despertou mais forte foi a questão do saber ouvir, não é que não existisse esse comportamento, essa intuição dentro de mim de ouvir o outro, mas isso ficou mais veemente.

A nossa formação acadêmica nos conduz a um erro terrível que é a sensação que os profissionais são os donos do saber, e a Terapia Comunitária mostra muito bem na prática, podemos perceber isso durante as terapias, que não somos os donos do conhecimento, que o conhecimento é apenas diferente de pessoa para pessoa, e que precisa ser respeitado, valorizado e aplicado no dia-a-dia.

A forma como eu desenvolvia, e desenvolvo ainda hoje, o trabalho na Estratégia Saúde da Família já vinha pautado em uma participação popular, não sei se é uma questão de sensibilidade pessoal ou se pelos anos, já que faz doze anos que faço Saúde da Família, e eu já vinha tentando trabalhar a mobilização social, a participação popular.

A Terapia Comunitária é mais um elemento que respalda e valida de uma forma bem intensa essa questão da participação popular. Na prática percebemos que há uma dificuldade muito grande dessa interação, desse feedback, onde a comunidade é muito passiva, não sei por qual motivo, talvez cultural, pelo grau de instrução, o modo que foi conduzido ou o tempo se encarregou. Eles são muito passivos, não são de argumentar, de contra argumentar, e, às vezes, a terapia se desenvolve com muita dificuldade, por que existe um travamento, há praticamente um silêncio total, e que mesmo provocando das mais variadas formas, nós não conseguimos ter uma comunidade que se manifeste, se exponha, fale sua dor, que emita sua opinião.

O profissional da Estratégia Saúde da Família, infelizmente, continua sendo para eles um ser maior naquele momento da terapia, o dono da opinião, do saber, e, conseqüentemente, o dono da verdade. Infelizmente isso ainda está na ordem do dia.

Existe uma barreira que está difícil de transpor. Eu acho que é preciso buscar novas metodologias, novas abordagens, ou talvez, a persistência nessa prática, que dá certo e isso já é um fato consumado, pois é extremamente democrática e aberta para que esse comportamento mude e a comunidade comece a, de fato, participar, dar opiniões, falar quando se sentir ofendida, subtraída dentro do seu contexto, dentro do seu universo. Eu espero que um dia isso venha a acontecer.

Com relação aos vínculos, eu diria que hoje, praticamente, estão no mesmo patamar que antes da terapia. Na prática o que eu percebo é que os vínculos já existiam e, de fato, já estavam formados.

Nossa equipe fez um trabalho de descentralização, por que percebemos que existe uma distância geográfica, uma dificuldade de acesso à unidade Saúde da Família, e começamos a desenvolver ações indo até a comunidade, indo até onde o povo está e isso criou um vínculo muito forte entre a comunidade e a equipe, facilitando o trabalho, garantindo o acesso aos serviços disponíveis àquela comunidade, que se constitui em quatro povoados distintos, que pertencem à mesma unidade de saúde.

Agora, com a aplicação da Terapia Comunitária eu não pude perceber uma intensificação desses vínculos. Diante disso me veio alguns questionamentos: “O que está acontecendo?”, “Por que a comunidade não está aderindo a Terapia Comunitária?”. Na minha reflexão e depois conversando com a equipe, nós percebemos, claramente, que a comunidade de Bela Rosa, onde está localizado a unidade Saúde da Família que nós trabalhamos, é muito fechada e que existe um grau de parentesco muito forte, onde alguém é casado com o sobrinho de alguém, com um primo, resumindo, praticamente todos pertencem a uma mesma família distribuída numa comunidade com extensão territorial consideravelmente abrangente.

Na Terapia Comunitária, quer queira quer não, você expõe suas angustias, seus dramas e seus sofrimentos. Falar sobre algumas coisas com a família não é fácil, muitas vezes, nós desabafamos com o vizinho, conversamos com uma pessoa que nem conhecemos, mas falar sobre nossas dores e sofrimentos para um familiar, talvez fique difícil, e que isso seja uma das explicações, que me parece bem evidente, para a dificuldade em realizar as terapias.

Outro dia eu estava comentando com a enfermeira que trabalha comigo, e com a agente comunitária de saúde, sobre essa dificuldade enorme de realizar a terapia comunitária em Bela Rosa. Nós usamos as mais variadas formas, os mais diferentes lugares, tentamos inovar, mas percebemos certo acanhamento, certa indiferença, talvez não estivéssemos conduzindo da melhor forma, não sei..., é um convite à reflexão.

O vínculo entre a equipe já existia, um laço que até hoje é preservado. Se bem que, refletindo melhor, o vínculo com a comunidade aumentou, até pela forma que a terapia é

conduzida, reunindo alguns membros da comunidade, muitas vezes debaixo de uma arvore frondosa, para conversar, discutir, trocar idéias, mediante o que foi exposto através das falas, então isso, não tenho a menor dúvida, reforça e estreita os vínculos.

A Terapia Comunitária é mais uma atividade, uma ação onde você está diretamente na comunidade, fora do âmbito do consultório, do âmbito meramente técnico, e com isso, o vínculo aumenta realmente.

Falando sobre Educação Permanente em Saúde e Terapia Comunitária eu não vejo uma grande diferença entre esses dois processos, pode até existir entre as características totais de uma e da outra, mas na verdade o propósito delas se converge muito bem, no rever o processo de trabalho, na questão da inserção da participação popular, então, eu acho que a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Terapia Comunitária (TC) estão extremamente intrincadas.

A Educação Permanente, pelo seu próprio propósito, tem uma natureza mais abrangente e depende da intersectorialidade, de outras ações para que ela possa acontecer. No meu entendimento tem que existir uma mudança de postura, de comportamento, um repensar de ações, não só dentro da equipe e da comunidade, mas com os outros setores, com a saúde, educação, enfim, com as instituições como um todo.

Enquanto que a Terapia Comunitária é muito vinculada onde está acontecendo, ela se desenvolve na comunidade, com o propósito de encontrar dentro da própria comunidade, no seu contexto, as soluções. A TC independe, na sua grande maioria, de ações mais abrangentes que estejam fora do âmbito da comunidade, de questões orçamentárias, de outros recursos, tendo assim, a capacidade de ser menos complexa no sentido de encontrar soluções para os seus problemas.

Existem similaridades entre a Educação Permanente e a Terapia Comunitária no sentido de melhorar e modificar o processo de trabalho, mudar posturas, costumes e resgatar algo mais sublime, com a participação da comunidade, e isso todas as duas tem em comum, onde a comunidade torna-se agente ativo na construção desses processos. Agora, a Educação Permanente no meu entendimento, repito, quero deixar bem claro, tem uma amplitude muito maior, o que a torna mais complexa e de difícil execução de que a Terapia Comunitária propriamente dita.

Gato



Sua presença transmite serenidade. É uma profissional responsável, que sempre se destaca em todos os projetos que se propõe a desenvolver. Não gosta de ambientes competitivos, e sim, de uma atmosfera de paz e tranquilidade. É reservada e gosta do seu espaço preservado, mas é bastante cooperativa e prestativa quando um amigo necessita de sua ajuda.

Junto com a Terapia Comunitária veio a satisfação de poder trabalhar com grupos e com eles usar o seu dom de saber ouvir o outro, qualidade indispensável em uma psicóloga, profissão que abraçou. Sua espiritualidade guia seus passos e está presente em suas atitudes. O gato, animal que escolheu, simboliza a graça, a generosidade, a beleza; tem fala mansa e é ótimo diplomata.

“(...) ocorreram mudanças na minha vida pessoal... houve um impacto muito grande em mim... Então mudou, mudou o meu olhar.”

A partir do processo de formação em terapia comunitária ocorreram mudanças na minha vida pessoal, principalmente porque participei falando do meu sofrimento, e houve um impacto muito grande em mim... Então mudou, mudou o meu olhar. Por exemplo, durante a formação participei de uma vivência relacionada à infância que foi muito boa, e na vivência percebi que existia uma parte de mim que eu desconhecía. Naquele exercício me dei conta que existiam pontos cegos que não enxergava e que hoje faz sentido na minha vida.

Embora, devido a minha formação (psicóloga), já soubesse da importância de entrar em contato com a emoção, mas muitas vezes, ficamos muito racionais. Na terapia,

principalmente no primeiro módulo, e o outro com Adalberto (módulo das crises), reforçaram a importância de entrar em contato com a emoção, e a partir daí, mudou meu modo de ver e de pensar. É uma coisa imperceptível, não percebemos exatamente o que mudou, mas percebo que ocorreu um direcionamento pessoal. Embora na terapia, no dia-a-dia, muitas vezes não conseguimos ir ao mundo da emoção. Todavia, por este caminho, a terapia é muito boa para mim e para quem está participando, no caso os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Quanto à mudança na minha prática profissional, eu que venho de uma formação de consultório, de trabalhar o indivíduo num contexto bem separado, para mim mudou, porque me fez trabalhar com grupo e com questões relacionadas com o sofrimento, com a emoção que está por trás das falas das pessoas, então isso mudou.

A terapia, ultimamente, deu uma desacelerada em Pedras de Fogo - PB, nós também desaceleramos lá no CAPS, teve férias, feriado, como também, só estamos com um dia para realizarmos a terapia e são quatro terapeutas, e isso em parte dificulta o nosso encaminhamento.

Foram formados vínculos a partir da realização das terapias comunitárias, porque reparamos, por exemplo, quando o grupo está conversando, geralmente, os problemas são muito homogêneos, é depressão, desemprego, abandono. Então, eu acho que cria um vínculo muito bom entre eles, ou seja, uma rede de solidariedade que extrapola o serviço. O mesmo grupo que se reúne dentro do CAPS, porque vai buscar saúde e lazer, fora eles criam vínculos, se ajudam, exatamente por causa da terapia. Por exemplo, uma senhora compartilhou sua dificuldade financeira, e eles se mobilizaram para ajudar, tanto naquele momento da terapia, quanto fora da terapia. Percebemos que há um movimento de melhorar tanto a nossa condução quanto profissional, como também, a comunidade quanto rede solidária.

Com relação ao vínculo da equipe, eu acho que somente fortaleceu, porque já tinha um bom movimento, uma articulação. Somos uma equipe inteirada, não livre de conflitos, naturalmente. O que percebo, por exemplo, como são quatro terapeutas que realizam a terapia, uma dupla flui melhor que outra, mas isso não tem nada haver com o vínculo.

O que melhorou foi o vínculo entre a comunidade e a equipe, e entre a própria comunidade. Interessante que são praticamente os mesmos que participam, as histórias são quase as mesmas, mas eles estão lá, choram, rir. Uma coisa que é difícil e não dá para você frear é quando falamos sobre a regra de não dar conselhos, eles entendem, mas sempre querem consolar o outro com conselhos. Não tem jeito, é como flui e eles aceitam.

O processo de formação em Terapia Comunitária (TC) apresenta aspectos semelhantes ao processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), no sentido de

trabalhar com aquilo que está pedindo para ser trabalhado, com a necessidade, parte da demanda de quem precisa e de quem está envolvido.

A EPS muda a sua forma de ver, dá a capacidade de você conseguir conversar com o diferente, de aceitar as diferenças, enfim, amplia a capacidade de lidar com as adversidades do dia-a-dia. Agora, a questão da EPS nos frustra por que é uma coisa jóia, que vai trabalhar com os problemas, encontrar soluções, mas você fica preso a um sistema engessado, em agenda, em burocracia. Talvez hoje não, mas no início os profissionais do município olharam por muito tempo atravessado para EPS, não assimilaram bem a idéia de serem participantes.

A EPS veio como uma política, uma coisa direcionada, de cima para baixo. O município abraçou, nós aceitamos, mas foi difícil avançar, e tivemos que ir conquistando uns aos outros. Já a TC fluiu mais facilmente, parece que todos queriam provar, participar, não só como terapeuta, mas também como alguém que estava precisando daquele cuidado. A TC veio de encontro com o que queríamos, porque sua proposta é desenvolver um trabalho no campo da saúde mental. Eu acho que os profissionais não sabiam o que fazer com os grupos, por que não sabiam trabalhar com as questões subjetivas, e a terapia trouxe um pouco essa direção.

No meu olhar a TC é uma ferramenta muito boa, não sei se posso colocar como ferramenta, mas que facilita muito esse processo de conversa, das pessoas se identificarem umas com as outras, de falar do seu sofrimento, criando essas redes que a gente vê. Por outro lado, demanda do profissional uma entrega, de estar estudando, lendo, por que se não se torna automático, que até quem está sentado na roda não tem muito ânimo.

Às vezes, fico observando uma moça que participa da terapia, ela nunca fala, mas sei que se beneficia, por que vire e mexe ela está chorando, mas é como se ela estivesse ali só pela curiosidade de ouvir as histórias dos outros. Não sei se em algum momento, não estamos conseguindo conduzir as coisas com espontaneidade, e sim, mecanicamente, e quando chega o momento de trabalharmos os sentimentos, uns exploram mais. Acho que precisávamos investigar isso, de forma individual e coletiva. A TC deu uma parada e devemos retomar.

Borboleta



Amiga fiel e companheira, está sempre de bem com a vida. Sua alegria e seu sorriso aberto são contagiantes. Saber ouvir é uma das suas maiores qualidades, que desperta a admiração de todos os que desfrutam da sua companhia.

Psicóloga, solteira, é determinada e busca sempre renovar seus conhecimentos. Sua família é seu porto seguro, onde encontra a força que lhe impulsiona a tomar atitudes e promover mudanças importantes na sua vida.

O renascimento e a liberdade são palavras que representam o momento em que vive. Como a borboleta que sai do seu casulo para iniciar um novo ciclo, ela experimenta essa transformação e, confiante nas suas novas asas, segue em frente, rumo ao seu grande vôo.

A borboleta aconselha-a a deixar que a liberdade de mudança guie seus passos e lembra que, para todo fim, há um novo começo.

“Para minha vida, a Terapia Comunitária trouxe reflexões, entrei de uma forma e saí outra totalmente diferente, o que achava que não fosse acontecer, aconteceu...”

Eu acredito que tenham ocorrido mudanças na minha vida pessoal a partir do processo de formação em Terapia Comunitária (TC), primeiro mudou a minha concepção com relação à TC, por que no início da formação era, na verdade, um pouco cética, pela

técnica que era utilizada e por saber, pela própria experiência que tinha, que o trabalho com grupo é muito difícil e precisaria de uma qualificação especializada para aquilo.

No início da formação fiquei com o pé atrás com relação à Terapia Comunitária, pela forma que era utilizada, por envolver diversos profissionais, não apenas psicólogos, mas quando comecei a trazer a terapia para a comunidade, vi que funcionava e comecei a estudar mais, me aprofundar no que Adalberto falava, e passei a dar à mão a palmatória como se diz, fui me rendendo a Terapia Comunitária.

Comecei a perceber que a partir do momento que você envolvia na terapia o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, propiciava o não distanciamento de um profissional para com o outro, facilitava uma maior troca de informações, como também, o médico deixaria de ser visto somente como o detentor do saber, deixaria de ser aquela pessoa distante da comunidade, por que ainda hoje se tem essa idéia de que o médico não vai parar para ouvir as angústias das pessoas, que ele não tem tempo para isso, ou, sei lá..., o fisioterapeuta ou qualquer outra área que seja, pois a pessoa que ouviria isso seria somente o psicólogo, então o que no início eu não achava legal na TC, hoje eu vejo que é o legal, é justamente estar envolvendo diversos profissionais.

Hoje utilizo e acredito na TC como ferramenta de trabalho, ferramenta muito boa, até por que o fortalecimento dos vínculos, na realidade, acontece na comunidade. Eu trabalhei no Centro de Referência da Assistência Social - CRAS e aconteceram mudanças lá, às vezes, não precisava da visita da equipe para uma determinada família, porque a própria comunidade acabava fazendo esse trabalho de apoio.

Com a terapia Comunitária percebi a importância de se abrir um com o outro, por que como pessoa sou muito reservada, então acredito que eu possa ter ficado um pouco mais aberta, contar das minhas experiências, não diria um livro aberto, mas um pouco mais aberta para confiar nas pessoas e acreditar que um trabalho em grupo, compartilhar com o outro, traz benefícios.

A Terapia Comunitária trouxe algumas reflexões para minha vida, eu entrei de uma forma na terapia e saí outra totalmente diferente, o que eu achava que não fosse acontecer, aconteceu..., tanto é que nos últimos módulos eu já estava participando mais, me colocando mais no grupo. O que funciona na prática você acaba adquirindo. Da mesma forma que você acaba acreditando no trabalho, também acaba levando aquilo para a sua vida pessoal, por isso acredito que a terapia trouxe algo para mim.

Na minha prática profissional também mudou, por que passei a dar mais ênfase ao trabalho em grupo, pois a minha experiência era trabalhar o individual. Eu tinha feito trabalhos com casais, com famílias, mas esse trabalho com grupo heterogêneo não tinha realizado.

O meu receio era estar fazendo um curso que não tinha tantos psicólogos, que a técnica na prática não funcionasse e pudesse acabar expondo as pessoas, abrindo uma ferida e aquela ferida não fosse fechada, então eu como psicóloga me preocupava muito com isso, mas vi que por mais que aquela ferida não fosse fechada naquele momento, a comunidade acabava ajudando as pessoas de uma outra forma.

Percebi que sentindo um pouco a dor do outro você vai buscando estratégia para ajudar a outra pessoa, então com isso fui baixando um pouco a guarda e fui acreditando nesse trabalho em grupo.

Hoje, diria que a minha formação a respeito de grupo é a formação em Terapia Comunitária, não tenho outro referencial teórico que possa questionar a TC, e não pretendo buscar outro, por que na verdade o meu referencial é a Terapia Comunitária, eu uso, recomendo e virei fã.

A experiência que eu tive no CRAS me mostrou que vínculos foram formados a partir da realização das terapias. Formamos um grupo de mães, uma cooperativa de mães que forneciam bolos, e com esse trabalho no CRAS sempre que precisávamos ou que alguém da comunidade queria fazer uma festa, acabávamos solicitando a essa cooperativa que foi iniciada mediante a Terapia Comunitária.

Todos os trabalhos do CRAS que podíamos realizar juntamente com as pessoas da comunidade, que participavam da terapia, eram feitos. Todas as informações, que a comunidade precisava, eram dadas no momento da terapia e, às vezes, realizávamos algumas palestras, aproveitávamos o espaço para estar ampliando nossas ações, e eles levavam sugestões.

Fizemos um grupo dos docinhos, tortas e salgados para que no dia da terapia pudéssemos realizar outras atividades, e deu muito certo, e entre eles os vínculos foram ampliados. Hoje quando eu passo nas ruas as pessoas perguntam quando irá ter um outro encontro, eles acabam cobrando a terapia, pois é lá que eles se encontram.

Os vínculos entre a equipe foram fortalecidos. O trabalho do CRAS tem uma proposta parecida com a da Estratégia Saúde da Família, onde visitamos as famílias, sabemos o que elas estão precisando, fornecemos cestas básicas, documentação e enxoval, enfim, estamos em contato com as famílias. A partir do momento em que você faz parte da terapia, onde nela as pessoas começam a falar das suas dificuldades, não apenas para o grupo, mas, quer queira quer não, também para você quanto profissional, elas acabam confiando em você e deixam você bem mais próximo do grupo, então eu acredito que foram formados vínculos entre os profissionais e a comunidade.

A Terapia Comunitária facilitou bem mais o trabalho que eu estava desenvolvendo no CRAS, por que a partir da terapia a comunidade passou a ter uma abertura maior comigo,

coisa que eles não tinham com os outros profissionais. No CRAS tinha duas terapeutas, então isso facilitou ainda mais, por que a abertura era ainda maior.

Com a minha mudança para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se desfez a terapia realizada no CRAS, e a assistente social passou a realizar as terapias na creche com outra terapeuta, enquanto eu fiquei realizando no próprio CAPS.

Com relação aos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Formação em Terapia Comunitária eu vejo que são propostas bem similares, e na verdade complementares, que as duas podem andar perfeitamente juntas, e que elas se somam e não tem nada que subtraia, eu vejo desta forma.

Eu tive pouco contato com a Educação Permanente, porque no início desse movimento eu não estava trabalhando no município. Fiquei sabendo pouca coisa sobre a EPS através de outras pessoas que me falaram do trabalho em si, do curso de formação em EPS, como também da importância que eles estavam achando para o desenvolvimento das atividades no município. Eu, particularmente, gostaria de ter participado desse momento, mas infelizmente não tive essa chance.

Mesmo não tendo participado do movimento da EPS acabei realizando um trabalho no CRAS que desencadeava discussões na comunidade com a mesma lógica, por que quando você realiza a terapia comunitária os participantes acabam falando suas dificuldades pessoais, como também, se eles foram mal atendidos naquele serviço, e, muitas vezes, eles trouxeram durante o momento da terapia comunitária questões relacionadas à Bolsa Família e ali foram percebidos entraves e depois as práticas foram revistas.

Assim como a TC somou ao meu trabalho, eu acredito que a EPS também, e as duas vieram para contribuir.

Morcego



Amigo prestativo, que não mede esforços para ajudar as pessoas. É tranquilo e acalma quem estiver ao seu redor. Sua garra e determinação, quando deseja atingir seus objetivos, impulsiona seus colegas, transformando as dificuldades em tarefas fáceis.

Fisioterapeuta, jovem, gosta do que faz e sempre é elogiado pelas pessoas que necessitam do seu cuidado. Sua profissão foi uma das mais acertadas escolhas, pois tem o entendimento de que a arte de cuidar, reabilitar é muito maior que uma simples técnica bem executada, precisa ter sensibilidade e visão para uma atenção humanizada.

Tem hábitos noturnos como o morcego, pois gosta da noite, para ler, estar com seus amigos, ouvir uma boa música. Pai de primeira viagem, está adorando essa aventura e vive plenamente a família.

Assim como o morcego, ele é criativo e, mesmo no escuro, de ponta cabeça, consegue encontrar o equilíbrio no seu momento de reflexão. O morcego nos ensina a libertar os nossos medos e qualquer outro padrão que não se encaixa em nosso crescimento. Esse animal simboliza renascimento, transformação e renovação.

“A Terapia Comunitária me ensinou a entrar em contato com a alma das pessoas e perceber que o outro é um ser humano igual a mim.”

A partir da formação em Terapia Comunitária (TC) ocorreram mudanças na minha vida pessoal, mudou bastante a minha forma de encarar as pessoas. Eu sempre gostei de me colocar do lado das outras pessoas, mas não tão profundamente, e com o embasamento

que a TC me trouxe, pude compreender algumas atitudes que as pessoas acabam tomando, e dessa forma, vejo a terapia como se fosse o subterrâneo da alma do outro.

A Terapia Comunitária foi muito importante para isso, para que eu pudesse aprender a entrar em contato com a alma das pessoas, e perceber que ali é um ser humano igual a você, onde ele erra e você também.

Você se aprofunda mesmo na alma do outro, vê a situação como se você estivesse vivenciado aquilo, mergulha naquele ambiente que o outro construiu, e só assim você pode ter uma idéia do que acontece com o outro, tanto no trabalho, como na vida pessoal.

A Terapia Comunitária serviu para que eu pudesse me aprofundar no sentimento das pessoas e compreender o que realmente elas pensam, sentem, e porque tomam algumas atitudes, que para mim são erradas. Serviu, também, para que eu pudesse vivenciar as experiências que as outras pessoas tiveram durante suas vidas.

Levando para o lado profissional, muitas vezes, quando um paciente não colaborava, não queria aderir ao tratamento, eu logo substituía por outro paciente, porque entendia que aquele estava desinteressado. A partir da Terapia Comunitária eu pude compreender melhor e entender o porquê da falta de interesse, por que se ele sabe que o tratamento trás benefícios, e mesmo assim não se interessa, então algum motivo deve existir.

Outra coisa é a forma como eu me via e as coisas que hoje eu faço e penso, pois a terapia me fez buscar lá atrás onde é que tudo começou, onde aquilo foi crescendo, tanto as coisas boas quanto às coisas ruins, e isso eu vejo como algo bem importante na minha vida.

Na prática profissional, a primeira coisa que mudou foi a minha forma de ver e abordar o paciente, pois, muitas vezes, fazia um tratamento que estava acostumado a realizar, de uma forma mecânica. A partir da terapia comunitária comecei a levar em consideração o lado subjetivo do outro, comecei a construir uma relação de amizade, um vínculo com o paciente. Muitas vezes, valorizar uma pessoa que está fragilizada, se sentindo desvalorizada tanto consigo mesma, como com as outras pessoas, trás mais benefícios para o paciente do que o próprio tratamento.

O que também melhorou no lado profissional foi a minha forma de lidar com os grupos. Antes, simplesmente, preparava uma programação, realizava uma determinada atividade, sem levar em consideração o que as pessoas pensavam. A partir da terapia passei a me perguntar: “Será que o que eu estou levando está realmente atingindo a alma das pessoas e as suas expectativas? É o que elas estão esperando e querendo?”.

Outra coisa que aconteceu de forma bem forte foi o fortalecimento dos vínculos, tanto com os usuários, como também, com os colegas profissionais. No curso, nas vivências durante os módulos, na realização das terapias, foi acontecendo uma integração entre os terapeutas, e a amizade foi se construindo.

Muitos colegas de trabalho passaram a ser amigos de verdade, e isso aconteceu com a comunidade também, pois algumas pessoas da comunidade que antes eu convivia somente durante as terapias, hoje são meus amigos, pessoas que eu encontro na rua e paro para conversar.

A terapia também fortaleceu o trabalho à medida que a equipe interage mais na relação profissional, se unindo ainda mais para desenvolver seu papel quanto equipe.

Com relação aos processos de formação em Terapia Comunitária e Educação Permanente em Saúde eu vejo muitas semelhanças, mas também algumas diferenças, claro!

A semelhança é o diálogo com a comunidade, a construção coletiva, porque na Terapia Comunitária você está junto com a comunidade e com os outros profissionais para construir um objetivo maior, que é ajudar as pessoas na questão da saúde mental, e na saúde como um todo. A Educação Permanente diz a mesma coisa, que você vai interagir com vários atores, com a comunidade, com outros profissionais, com a gestão, e vai construindo uma melhoria na saúde da comunidade, melhorando também a forma na qual você lida com o processo de trabalho.

A diferença maior é na questão metodológica. A Educação Permanente está voltada mais para o lado profissional, levando em consideração somente o trabalho, atendendo as necessidades físicas da comunidade, que quer saúde, saneamento, entre outras coisas; e a Terapia Comunitária trabalha mais o lado subjetivo, pessoal, ou seja, os sentimentos das pessoas.

Lobo



É o alicerce da sua família. Assume a liderança, e tudo gira em torno do seu poder de decisão. Sua lealdade não lhe permite abandonar as pessoas que solicitam a sua ajuda, mas confessa que precisa aprender a dizer não e começar a colocar em primeiro plano as suas vontades e desejos.

Não dispensa uma boa diversão, pois é sua válvula de escape diante de tantas responsabilidades. Sua alegria e bom humor tornam sua presença indispensável no meio dos seus amigos.

Fisioterapeuta experiente e criativa, a cada dia, vence sua timidez, buscando sempre não ser afetada pelos atos e palavras das pessoas. Sua personalidade forte a torna perseverante, seguindo em frente, vencendo os obstáculos para alcançar seus objetivos.

Admira os lobos, animais que amam a liberdade, têm iniciativa e habilidade na comunicação e na linguagem corporal. Pessoas-lobo são, geralmente, muito confiáveis, generosas e com sentimentos profundos pelos seus amados.

“O que aconteceu de mais forte foi com relação a minha timidez diante de público... depois da formação em Terapia Comunitária, eu consegui vencer isso!”

O processo de formação em Terapia Comunitária enriqueceu muito a minha vida pessoal, passei a confiar mais nas pessoas, até mesmo para falar de mim. Eu tinha um problema muito sério em falar e me expressar diante de público, e no período da formação isso começou a melhorar.

Houve um crescimento espiritual que foi muito válido e me ajudou bastante, passei a ser mais generosa e fraterna. Esse processo foi gradativo e se deu a cada módulo, onde passei a me conhecer melhor.

Nas terapias você sabe que as outras pessoas têm problemas como você e, às vezes, problemas até maiores que neutralizam o seu de alguma forma, e isso me ajudou a crescer.

O que aconteceu de mais forte foi com relação a minha timidez diante de público. Muitas vezes eu tentava falar, mas depois recuava..., esperava que passasse a minha vez para que eu não precisasse falar até mesmo nas terapias. Sempre foi assim, deixava de falar diante de qualquer público.

Eu fico me perguntando: “Como é que hoje eu ensino?” Mas, antes da terapia, eu já havia conseguido vencer isso diante de alunos, e não tinha esse problema em sala de aula.

As pessoas diziam que era brincadeira, e não acreditavam que eu pudesse ter esse problema, por que no grupo de amigos, geralmente, eu brinco, fico bem à vontade, mas se esse mesmo grupo me pedisse para falar de um assunto diante deles, até mesmo algo que eu tivesse familiaridade, mesmo assim, eu não conseguia.

Conversar com um grupo é uma coisa, mas ficar na frente dos outros sendo o foco das atenções é outra coisa, e eu não conseguia. Depois da formação em Terapia Comunitária eu consegui vencer isso!

A minha prática profissional mudou muito a partir da formação. Na clínica de fisioterapia costumamos realizar as terapias com os pacientes, e a relação terapeuta-paciente ficou muito boa, por que passamos a nos conhecer melhor e, conseqüentemente, melhorou o relacionamento e o próprio atendimento.

A terapia tem um fator muito positivo para nós que trabalhamos na área de saúde, por que com ela você percebe o que está por trás daquela dor física, valorizando o lado emocional, que, muitas vezes, leva a um quadro de dor, e a terapia tem me ajudado muito nesse sentido.

A equipe participa das terapias e hoje nos sentimos uma família, entre paciente, atendente e fisioterapeuta. O funcionamento da clínica é bem melhor, até mesmo com relação às reclamações dos pacientes com a demora do atendimento. Antes, eles reclamavam, falavam que chegavam primeiro e outra pessoa era atendido na sua frente, e hoje, percebemos que com a terapia comunitária eles já se conhecem, cada um fica

sabendo como o outro vive, se tem alguma pessoa doente na família para cuidar, então, eles se entendem e acabam resolvendo isso naturalmente, passando sua vez para o outro.

A atendente também já se engajou na terapia de uma forma muito positiva, conhecendo os pacientes, e tudo isso melhorou muito o atendimento.

Nossa terapia parou um tempinho, foi o período que eu tirei férias, mas nós já retomamos, até por que eles cobram bastante, é um grupo muito participativo.

Com a terapia vínculos passaram a existir e outros se fortaleceram. Com relação à equipe os vínculos melhoraram. No trabalho da fisioterapia, o terapeuta tem um tempo a mais com o paciente para conversar, então eu acredito que a Terapia Comunitária veio para fortalece um vínculo que já existia.

Outros vínculos foram formados no próprio grupo que participa da terapia, por que, muitas vezes, eles chegavam à sala de espera e simplesmente aguardavam a sua vez, e hoje todos se conhecem. Quando termina a fisioterapia eles continuam conversando e nem reclamam mais do tempo, então eu acho que isso melhorou muito.

A integração não é somente naquele momento durante a terapia, eles passaram a fazer visitas um para o outro, realizam a festa dos aniversariantes do mês, e se no dia do aniversário aquela pessoa não estiver na terapia, todos se reúnem para fazer uma surpresa, isso é uma coisa muito boa e positiva.

As redes solidárias se fortaleceram, nós temos um exemplo de uma pessoa que contou sua história durante a terapia e foi um momento muito emocionante. Ninguém do grupo sabia a história daquele rapaz, que embora fosse jovem não tinha condições físicas para trabalhar e vivia mendigando para sobreviver.

Através da terapia comunitária essa pessoa vem se mantendo, pois todos se reuniram para ajudar, e a cada quinze dias trazem uma feira para ele, que confessou que pede com vergonha, e que a dor maior não é a física, mas a dor da fome. Ele sempre agradece e reconhece o que as pessoas têm feito.

As pessoas que participam da terapia na clínica de fisioterapia moram em localidades diferentes, não fazem parte de uma mesma comunidade, são pessoas que vem da zona rural e da zona urbana. Mesmo com a distância, as pessoas da zona rural nos convidam, e fazem questão que o grupo conheça a área que eles moram e realize uma terapia lá. É um grupo muito bom!

A Terapia Comunitária, no meu ponto de vista, é mais completa do que a Educação Permanente, por que na terapia deixamos à pessoa refletir, ela escuta as experiências dos outros e quando ela sai alguma coisa já mudou, mesmo que não tenha solucionado o problema naquele momento, mas eu acredito na mudança interior que acontece durante a terapia.

A Educação Permanente é uma coisa macro, mais externa, voltada para a consciência do que você pode fazer para mudar. É um trabalho coletivo, onde você reconhece o que a comunidade precisa, juntamente com as instituições, com representantes e lideranças da comunidade.

Na Terapia Comunitária parte de uma mudança pessoal para chegar à institucional, do reconhecimento do seu problema e de como você pode solucionar, unindo forças para chegar a esse tipo de mudança. O indivíduo precisa mudar para que a situação mude também.

Leão



Mulher forte e decidida, que cuida de sua família com a garra e a coragem de um leão. Luta pelos seus objetivos e não permite que os pensamentos negativos das pessoas interfiram no seu caminho. É verdadeira consigo mesma e age de acordo com seu coração.

Suas conquistas são resultados de muita luta, e isso torna o seu sucesso mais saboroso e valioso. Recentemente concluiu o curso de Administração de Empresas. É muito querida pelos seus amigos, que podem contar com o seu companheirismo. No seu trabalho, ocupa um lugar de liderança, que lhe proporciona, a cada dia, um novo aprendizado. Admira o leão, símbolo do seu signo, que representa poder, força e liderança.

“(...) hoje eu valorizo mais a minha vida com o que eu tenho... o essencial e fundamental para mim é a família estar bem.”

Com o processo de formação em Terapia Comunitária não ocorreram muitas mudanças na minha vida particular, por que, graças a Deus, eu tenho um alicerce na minha vida pessoal que é minha família, meu esposo. O que a Terapia Comunitária me ajudou foi a confiar mais, a confiança que ela me trouxe.

A terapia me fez ver a importância da infância para uma criança, por que quando uma criança tem uma infância boa, com honestidade, com a família presente, isso é uma base para a sua vida, e eu consegui ver isso através de uma vivência que fizemos no primeiro módulo do curso, onde pude trazer para o meu dia-a-dia. Nessa vivência eu pude voltar para aquela menina que morava no sertão, que não tinha televisão, que tomava banho no rio a hora que queria, que ia ao pé de goiaba e tirava goiaba na hora que queria, que não tinha um carro, mas tinha uma bicicleta e era feliz.

Trazendo para a vida de hoje eu vi que a riqueza, dinheiro, a vontade de crescer, de querer mais, isso não tem significado nenhum, e que isso não deve afetar a minha vida amorosa. Trazendo para o meu casamento, eu que já estou casada há dezoito anos, já passei por altos e baixos, mas há quinze anos agente tem uma vida boa, financeiramente também, graças a Deus.

No entanto, eu passei uma fase, há quatro anos atrás, que eu não usufruía das coisas que eu tinha, meu esposo foi valorizando somente o ter carros e mais carros e foi despertando esse lado nele, como também nas mulheres, e aí veio a traição no casamento. A partir daí eu vi que esse fato de você querer cada vez mais, sempre ter mais e nunca estar satisfeito com o que tem, não é importante, e sim, você ter que trabalhar para viver e poder ter uma base que possa te ajudar a enfrentar as dificuldades que vão aparecendo no nosso dia-a-dia, nessa vida corrida de trabalho, de luta, e isso é que é o mais importante na vida do ser humano. Naquela vivência eu acordei para isso, e hoje eu valorizo mais a minha vida com o que eu tenho.

Eu digo muito lá em casa, eu tendo o dinheiro da feira, da escola das minhas filhas, podendo usar o telefone e ter o combustível, tendo uma base, então para mim está bom demais, e se você quiser fazer uma viagem você coloca no cartão, divide, e não precisa está se preocupando em ter cada vez mais, por que o essencial e fundamental para mim é a família estar bem.

O que eu trago do meu grupo das terapias comunitárias para a minha vida pessoal é a humildade, por que a gente percebe que enquanto pessoas humildes, que com tão pouco ficam felizes, chega a dar aquela risada gostosa, outras que com tanto, não têm essa felicidade.

Às vezes, eu sinto um empecilho dentro de mim, talvez seja a minha personalidade que é muito forte, por que, muitas vezes, eu encontro uma pessoa, tenho vontade de dar um abraço, mas eu não consigo. Com a Terapia Comunitária, através daquelas pessoas humildes que vem para me abraçar, isso tem mudado e estou me soltando mais.

A minha prática profissional mudou a partir do momento que eu passei a ver mais o valor do ser humano, valorizando-o cada vez mais, pois nossa vida é tão curta e a gente tem

que aproveitar o máximo que puder, não importa se é um velhinho de oitenta anos ou se é uma criança de um ano, por que todos nós estamos aqui para viver e desfrutar dessa vida.

Essa valorização é também no contato que você tem no dia-a-dia, onde devemos parar para observar o colega, para saber por que ele não está desenvolvendo o seu trabalho, ou como é que ele está fazendo aquilo. Antes da terapia eu não prestava atenção, nem queria saber disso. Agora mesmo, por exemplo, eu estava resolvendo um problema na cozinha do hospital, e vejo que estou agindo de outra forma, procurando saber o que está acontecendo na vida daquela pessoa, qual o contexto, o porquê que aquilo não está sendo feito da forma que deveria ser feito, se está acontecendo alguma coisa que eu possa ajudar e, primeiro, se a pessoa quer a minha ajuda.

Por que antes eu não via por este lado, eu achava que se eu estivesse no hospital era para trabalhar, e não importava como estivesse o meu emocional, só que agora eu vejo que não é assim, por que se eu não estiver bem nada vai fluir bem.

Com a formação em Terapia Comunitária houve um fortalecimento dos vínculos entre os participantes do curso, esses vínculos já estavam formados, mas era algo distante, que com o contato, durante aquele tempo todo que ficamos juntos, eles tornaram-se mais fortes. Já na comunidade eu percebo que foi formado um vínculo muito grande, e isso foi muito bom. Hoje em dia a comunidade fica cobrando o tempo todo a realização das terapias.

Existe um vínculo muito grande, principalmente, entre eu e a outra terapeuta. Antes da Terapia Comunitária eu não tinha nenhuma aproximação com ela, mas hoje nós somos como irmãs, e sempre estamos ligando uma para a outra. Eu, particularmente, sinto necessidade da terapia, desse vínculo, desse aconchego, de estar perto, é muito bom, bom demais para mim.

Com relação à Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Terapia Comunitária (TC) eu consigo ver similaridades e diferenças entre esses dois processos. A Educação Permanente é mais técnica, necessita de muita leitura. A Terapia Comunitária é mais prática, e por isso me identifiquei bem mais. Com a terapia nós trabalhamos diretamente com a comunidade e com os seus problemas, e acabamos aprendendo junto com ela.

No início a Educação Permanente foi muito difícil por que era muita cobrança durante a formação de facilitadores, nós trabalhamos muito em cima daqueles livros, e tínhamos que dar conta daquele conteúdo, mas depois fomos lendo e entendendo que a EPS é a realidade que vivemos hoje no nosso trabalho. Nós fizemos reuniões no Hospital utilizando a EPS, mas terminava a reunião e nada era feito, você não via interesse dos profissionais, por que ela não é tão envolvente como a Terapia Comunitária.

Nós até que conseguimos trabalhar e colocar em prática a EPS durante a época do curso, por que tinha duas facilitadoras no hospital e algumas ações desenvolvidas naquela época até hoje funcionam.

A Terapia Comunitária é envolvente, onde a cada dia ficamos mais envolvidos, e a comunidade também, por que enquanto a EPS está voltada para a mudança no trabalho, a TC trabalha o emocional, ela é fantástica.

Conseguimos fazer três terapias no hospital, mas não foi possível continuar, por que quando fazíamos todos queriam participar e tínhamos que fechar o hospital, assim, se tornou inviável. Foi fantástico, principalmente na hora dos depoimentos, das emoções, e todo mundo se envolvia, até os terapeutas que não eram para se emocionar tanto, já que estávamos conduzindo a terapia, mas acontecia.

A EPS é um processo educativo lento, que para ser introduzido no nosso trabalho demanda muito tempo, onde você tem que falar várias vezes, principalmente nos cargos de chefia, para que todos falem a mesma língua. A TC mexe com o emocional e se torna uma coisa muito mais rápida.

Falcão



Sua alegria é contagiante. É presença marcante em todos os espaços. Mulher guerreira, que cuida do seu lar com muito amor e dedicação, não medindo esforços para garantir o melhor para os seus filhos, enfrentando os desafios do dia-a-dia.

Dinâmica e comunicativa, realiza seu trabalho com muito entusiasmo. Dentista da Estratégia Saúde da Família, gosta do trabalho em equipe e do contato direto com a comunidade. Revela que, desde o início da formação, identificou-se com a Terapia Comunitária.

Adora estar com seus amigos e festejar a vida. Tem personalidade forte e é impulsiva. Entusiasma-se com as novas experiências, mas tem dificuldade em perseverar. Como o falcão, gosta de liderar, é extrovertida e tem iniciativa.

“O que mudou na minha prática profissional foi o meu olhar com relação à comunidade. A terapia valorizou o meu trabalho com grupo, me aproximando mais das pessoas.”

Durante a formação em Terapia Comunitária pude enxergar pontos que eu deveria trabalhar melhor na minha vida pessoal. Gostaria de mudar mais, ficou claro na terapia o que eu devo melhorar, mas nem sempre eu consigo.

Desde o primeiro momento de sensibilização para o curso de formação em Terapia Comunitária, através de uma vivência realizada pela secretária de saúde e pela coordenadora da Atenção Básica do município, quando elas voltaram do curso Cuidando do Cuidador em Morro Branco (Fortaleza – CE), eu achei a proposta bacana e me interessei bastante. Foi a primeira experiência com uma vivência em grupo que eu pude participar no serviço.

Eu já tinha tido experiência com terapia de grupo, com algumas vivências no grupo de teatro, na universidade, então, o que mais me marcou durante os módulos da formação foi à convivência com todo o grupo de trabalho, e todo o tempo que passamos juntos. Nunca tinha acontecido um momento que eu pudesse conviver com todos, foi uma coisa muito particular, muito extra.

O que mudou na minha prática profissional foi o meu olhar com relação à comunidade. A terapia valorizou o meu trabalho com grupo, me aproximando mais das pessoas. Passei a ter um relacionamento mais aberto, compartilhando as coisas com a comunidade.

Com a formação em Terapia Comunitária passei a perceber melhor o outro, a observar o comportamento das pessoas, a ter um espaço para ouvir. Deixei de ser apenas uma técnica e passei a ter uma escuta qualificada, e isso foi bem bacana para mim.

Hoje, quando eu tenho um tempo livre após o meu atendimento, pois eu tenho um número limitado de instrumental, eu fico na recepção onde acontece uma troca muito boa, me sinto mais próxima da comunidade.

Pedras de Fogo é um município pequeno que facilita o meu convívio com a comunidade, por que sempre estou passando nas ruas, presente naquele meio, mas, mesmo assim, sinto dificuldade em reunir essas pessoas.

A nossa equipe precisa dar uma levatada nas terapias, principalmente com a ajuda das agentes comunitárias de saúde, por que eu percebo que está vindo mais participantes das outras áreas do que da nossa própria comunidade.

Eu perguntei a enfermeira da unidade de saúde que eu trabalho o que ela acha da nossa equipe, e ela me respondeu: “A nossa equipe é muito integrada, aberta para tudo, mas existe uma dificuldade em planejar”. Eu também acho que o planejamento é o “x” da questão, precisamos planejar e executar coisas com relação à terapia, buscar a participação das pessoas e intensificar o convite pessoalmente.

Nossa equipe é muito boa, a unidade tem uma estrutura física diferenciada com relação às outras do município, mas falta planejamento. Existe um cronograma mensal, que é sempre alterado e as atividades adiadas, por que nós não seguimos o que foi planejado e trabalhamos de acordo com a ordem do dia, talvez isso aconteça pelo volume de trabalho que é muito intenso.

Falta um planejamento até para executar uma terapia, que acaba acontecendo de última hora. A equipe aderiu à terapia comunitária, mas não foi tão profundamente. Geralmente quem participa sou eu, a enfermeira, a estagiária de enfermagem e a auxiliar de consultório dentário, talvez a falta de planejamento atropela o tempo da equipe.

É importante enfatizar que a gestão aderiu e implantou a Terapia Comunitária no município, deixando um espaço aberto para que todos da equipe participem, mas eu acho que a terapia não está sendo priorizada por alguns profissionais.

Este ano a terapia ficou em segundo plano, paramos e ficou complicado, mas estamos retomando...

Eu defendo e sinto falta da terapia, não devemos perder esse espaço conquistado. Eu acredito que é necessário um incentivo das intvisoras, por que ainda estamos no processo de formação, e eu vejo a necessidade de termos, ainda, alguém de fora puxando o grupo, por que desta forma está difícil.

Outra coisa complicada que aconteceu no início da formação em Terapia Comunitária, no município, foi a falta de critérios na seleção dos profissionais para realizar o curso. O que aconteceu foi uma decisão espontânea em participar, onde muitas pessoas não tinham nenhum perfil para ser terapeuta, fizeram o curso e ficou por isso mesmo, outras desistiram no meio do caminho.

O grupo que continuou realizando as terapias é muito forte, o nosso é muito bacana, nós temos espaço físico, as pessoa se interessam, mas precisamos de um planejamento para funcionar melhor.

Os vínculos com a comunidade foram fortalecidos. O grupo da “melhor idade” é o que mais participa das terapias, pois ele já era um grupo muito forte dentro do nosso trabalho. Nós pedimos para que eles tragam outras pessoas e, geralmente, uma mãe trás um filho, outro trás um amigo. Eu acredito que tenha causado interesse nas pessoas que participam, por que elas sempre estão vindo e pedem a terapia.

Eu percebo que a formação me aproximou da enfermeira que trabalha comigo, que também fez o curso, por que abriu um espaço maior dentro do nosso processo de trabalho, uma melhor interação.

Dentro da equipe eu não vejo mudança, talvez por culpa nossa, mas eu acredito que ainda vai acontecer uma maior clareza do que é a terapia para os outros profissionais, que eles passem a participar mais e encaminhar para a terapia as pessoas que procuram a nossa unidade de saúde precisando de uma escuta, de um acolhimento.

Falando sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) e Terapia Comunitária (TC) eu vejo similaridade com relação ao objetivo de ambas, que é fazer o processo de trabalho ser mais efetivo, de criar uma abertura maior entre os participantes, de criar vínculos.

Estou cursando a especialização em Saúde da Família, onde falamos sobre o trabalho vivo, que é o trabalho feito em ato, e é com esse entendimento que nós queremos vivenciar o ato de cuidar. No momento que o usuário procura o serviço, o profissional deve ter uma maior sensibilidade, deixando de ser técnico e passando a ter um olhar mais humanizado. Talvez por isso a Saúde Pública não tenha funcionado durante muito tempo, por que era uma coisa muito técnica e não deu resultado nenhum, por que na verdade a coisa é mais profunda, temos que valorizar mais a escuta.

Todo trabalho em saúde, por mais que tenha os protocolos, os procedimentos, ele acontece de acordo com cada profissional, cada um tem seu jeito de fazer, e isso é que faz a diferença.

A EPS preconiza que para melhorarmos o processo de trabalho, ele não deve ser só interdisciplinar, mas transdisciplinar, uma especialidade permeando a outra. É complicado, por que embora o objetivo seja o mesmo, no fundo cada um acaba fazendo um trabalho muito delimitado, individualizado.

A Terapia Comunitária embora não tenha uma complexidade de procedimento, de articulação que a Educação Permanente necessita para ser efetiva, mas ela precisa, em alguns casos, da participação de outros setores, não só da saúde, porque não adianta os problemas permanecerem somente dentro da comunidade, sem resposta da gestão.

Eu acho que a EPS e a TC possuem essa mesma visão humanizada, procuram fazer com que as coisas funcionem horizontalmente, que as propostas venham do próprio grupo, e que a relação entre o profissional e o usuário seja baseada na troca de conhecimentos. Eu posso dizer que existe uma confluência entre esses dois processos.

A close-up photograph of a spider web, showing the intricate spiral pattern of the web. The web is white and stands out against a blurred green background. The lighting is soft, highlighting the texture of the silk. The web is centered in the frame, with the spiral pattern radiating outwards.

5. DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico foi realizada com base nos pressupostos adotados por Bom Meihy (2005). Construimos os eixos temáticos com base no tom vital captado nas narrativas dos oito colaboradores, que guiaram o processo de discussão através de um diálogo com a literatura pertinente. É importante ressaltar que organizamos os tons vitais, assim como os temas identificados, procurando atender aos objetivos propostos no estudo.

Portanto, foram identificados os seguintes eixos temáticos: Autoconhecimento: um caminho para mudanças (Mudança de paradigma em relação a si e aos outros, Escuta sensível); Construindo vínculos e redes solidárias; A Educação Permanente e a Terapia Comunitária: aproximações, distanciamentos e complementaridade.

Os colaboradores deste estudo foram terapeutas comunitários, trabalhadores do SUS, que desenvolvem a terapia nos seus espaços de trabalho. Tais informações são importantes para melhor compreendermos suas falas.

5.1 - Autoconhecimento: um caminho para mudanças

Durante o processo de formação em Terapia Comunitária (TC), os participantes entram em contato com as bases conceituais que norteiam essa formação e com outras fontes de conhecimentos que são exploradas durante os módulos do curso, quando se trabalham a história pessoal e familiar, as crises, os sofrimentos e as vitórias, proporcionando momentos de reflexões.

Iniciamos as entrevistas procurando saber dos colaboradores o que aconteceu na vida pessoal e na sua prática profissional quando da formação em Terapia Comunitária. Sobre esse aspecto, os colaboradores assim se expressam:

A Terapia Comunitária me deu a possibilidade de um maior entendimento sobre a importância do auto-conhecimento [...] Na terapia é como se pudéssemos ficar diante do espelho e ver no nosso rosto todas as marcas. Enfim, você se depara com você. (Águia)

Durante a Formação em Terapia Comunitária, ocorreram mudanças na minha vida pessoal, pela própria metodologia, pela forma que ela é conduzida nos leva a fazer muitas reflexões sobre a própria forma de viver e pensar, ou dizendo melhor, o repensar da vida nos torna pessoas mais abertas ao diálogo e à escuta e, principalmente, aprender a conviver e aceitar as diferenças. (Serpente)

A partir do processo de formação em Terapia Comunitária, ocorreram mudanças na minha vida pessoal, principalmente porque participei falando do meu sofrimento. Então mudou, mudou o meu olhar [...] me dei conta que existiam pontos cegos que eu não enxergava e que hoje fazem sentido na minha vida. (Gato)

A Terapia Comunitária trouxe algumas reflexões para minha vida, eu entrei de uma forma na terapia e saí outra totalmente diferente. O que eu achava que não fosse acontecer, aconteceu [...] acredito que eu possa ter ficado um pouco mais aberta para confiar nas pessoas, contar das minhas experiências. (Borboleta)

Nos discursos, os colaboradores revelam que ocorreram mudanças pessoais e que isso contribuiu para o conhecimento pleno das suas próprias vidas, pois cada um iniciou um processo de descoberta do seu verdadeiro “eu”. Os colaboradores tiveram a oportunidade de, em muitos momentos da formação, repensar sua compreensão de mundo, refletir sobre si mesmos, no sentido de proporcionar transformações interiores.

Durante o curso, na realização das vivências e dos trabalhos corporais, os participantes puderam revisitar suas histórias de vida e entraram em contato com suas dores, muitas delas escondidas. No entanto, para que esse processo de autoconhecimento se concretize, é essencial que as pessoas estejam disponíveis.

Conhecer nossas limitações, nossos erros e visões, ajuda-nos a observar a nós mesmos através de outra perspectiva. Segundo Frankl (1991), cada um de nós é motivado por “um anseio por um sentido”, e somos livres para descobrir o significado de nossa própria existência.

Segundo Naiff (2004), o único caminho capaz de atingir o autoconhecimento é a profunda reflexão das experiências obtidas na vida, pois, dessa forma, podemos analisar nosso comportamento e compreender nossas ações. O autoconhecimento nos propicia a retirada dos personagens que criamos no cotidiano de nossas vidas, possibilitando o encontro real com a nossa verdadeira essência.

Todas as vezes em que somos afrontados pelas pessoas ou situações da vida, como abandono, perdas, decepções e conflitos, os nossos medos afloram e perdemos o contato com a realidade. No entanto, para que o equilíbrio perdure, devemos fazer uma renovação de conceitos, procurar saber quem somos, quais as nossas potencialidades (Naiff, 2004). A busca para compreender a si mesmo acompanha o ser humano durante toda a sua trajetória de vida e exige dele coragem para enfrentar o desconhecido. Logo, somente parando, refletindo e analisando a nós mesmos é que poderemos encontrar a paz interior.

O autoconhecimento também favorece o relacionamento interpessoal, melhora a capacidade do terapeuta comunitário para compreender melhor as necessidades subjetivas do outro, pois, conhecendo a si mesmo, ele pode tomar ciência das suas limitações, descobrir suas potencialidades e promover transformações nas suas práticas. Para Hoga (2004), o autoconhecimento é fundamental no sentido de que, no processo de assistência à saúde, a relação terapêutica assume um papel vital para a prática assistencial humanizada.

5.1.1 – Mudança de paradigma em relação a si e aos outros

O paradigma representa os conteúdos de uma visão do mundo e está atrelado à idéia de regras que interferem no modo de vida das pessoas. No sentido sociológico, é um conjunto de crenças, de valores reconhecidos e de técnicas comuns aos membros de um grupo (LAMÔNACO, 2001).

Estamos em um momento histórico marcado pela mudança, quando “quebrar paradigmas” tornou-se uma exigência da sociedade moderna. As empresas dependem de mudanças para se manter no mercado. Os profissionais precisam rever seus conceitos, criar novas e melhores maneiras de atuação. Mas, apesar de todos os movimentos e das manifestações nesse sentido, se analisarmos profundamente, o que vem acontecendo, na maioria das vezes, são apenas novos modos de se fazerem as mesmas coisas, sem que haja mudanças significativas.

Então, para que um paradigma seja realmente quebrado, é necessário que algo seja superado, e o novo seja introduzido. É preciso questionar conceitos, regras, emoções, crenças, e tudo isso deve começar individualmente para, depois, alcançar-se o coletivo.

Novas concepções têm gerado profundas mudanças em nossa visão do mundo, transformando a visão mecanicista em uma visão holística. Capra (2000), concebe que as mudanças de paradigmas requerem uma expansão não apenas de nossas percepções e maneiras de pensar, mas também de nossos valores.

Segundo os dados coletados nesta pesquisa, os colaboradores perceberam mudanças em suas vidas a partir do processo reflexivo, gerado durante as vivências. Suas falas evidenciaram que eles estão compreendendo melhor a si mesmos e ao outro.

O processo de formação em Terapia Comunitária enriqueceu muito a minha vida pessoal, passei a confiar mais nas pessoas [...] O que aconteceu de mais forte foi com relação a minha timidez diante de público. Depois da formação em Terapia Comunitária, eu consegui vencer isso!. (Lobo)

A Terapia Comunitária serviu para que eu pudesse me aprofundar no sentimento das pessoas e compreender o que realmente elas pensam, sentem [...] Outra coisa é a forma como eu me via e as coisas que hoje eu faço e penso. (Morcego)

[...] hoje eu valorizo mais a minha vida com o que eu tenho [...] o essencial e fundamental para mim é a família estar bem. (Leão)

Durante a formação em Terapia Comunitária, pude enxergar pontos que eu deveria trabalhar melhor na minha vida pessoal. Gostaria de mudar, ficou claro na terapia o que eu devo melhorar, mas nem sempre eu consigo. (Falcão)

Para Carmello (2006), as pessoas conseguem adaptar-se e superar situações difíceis se pararem para refletir sobre suas experiências, demonstrar suas competências, como autoconfiança, autoestima e clareza de propósito, e se aceitarem as possíveis mudanças mais facilmente.

Essa capacidade que o indivíduo tem em superar as situações adversas ocorre devido ao seu poder de resiliência. Segundo Pinheiro (2004), a resiliência é um desafio do novo milênio, dentro de uma sociedade moderna, onde as mudanças acontecem cada vez mais rápidas e profundas, exigindo adaptações constantes.

Para Weiss (1998), torna-se cada vez mais difícil voltarmos para dentro de nós mesmos, tentando iluminar o nosso íntimo e visualizar a causa de nossas angústias, porque as demandas do cotidiano tumultuam nossa mente. Em termos simples, as vivências levaram os participantes a recordarem a origem dos seus medos, suas raivas, suas frustrações, o que contribuiu para a transformação dos seus traumas em competências. Vemos, pois, que a formação em Terapia Comunitária proporcionou momentos de reflexão e de introspecção para os participantes.

O simples fato de tomarmos consciência das nossas próprias limitações é uma quebra de paradigma. Os passos seguintes, invariavelmente, conduzem-nos a caminhos que antes pareciam impossíveis. Esse processo ocorre na área pessoal e na profissional, e não importa a complexidade da mudança. Podemos dizer que paradigmas são verdadeiramente quebrados à medida que novas formas de atuação são desenvolvidas e mostram resultados diferentes em médio e longo prazo.

É importante enfatizar que crenças e barreiras rompem-se quando a experiência mostra novas possibilidades, principalmente quando as pessoas estão abertas a isso. E mudar um paradigma pode não ser tão difícil, pois, se bem analisarmos, veremos que se trata de um exercício de possibilidades que devem ser bem compreendidas, ponderadas e, acima de tudo, implantadas.

Ao longo da vida, cada indivíduo vai percebendo o mundo de acordo com seu contexto familiar, cultural, educacional e temporal, determinante de suas relações com o ambiente. As informações, os conceitos e as crenças fixadas na chamada memória de longo prazo formam os “modelos mentais” que, segundo os teóricos cognitivos, são passíveis de mudanças, desde que pequenas alterações sejam feitas no modo de refletir e agir no dia-a-dia.

O processo contínuo de ação e de reflexão possibilita a aprendizagem. A reflexão ocupa um papel fundamental e provoca mudanças nas ações dos indivíduos. Nessa perspectiva, o processo de formação em Terapia Comunitária propiciou momentos reflexivos que permitiram que os participantes analisassem a realidade dos fatos, entrassem em contato com seu “eu”, o que fez com que se formasse um ambiente de aprendizagem contínua, de autoconhecimento e, possivelmente, de mudança de paradigmas.

5.1.2 – Escuta sensível

É importante ressaltar que, com a formação, ocorreram mudanças, também, na prática profissional dos colaboradores. A Terapia Comunitária proporcionou um maior contato entre esses profissionais e a comunidade, já que lhes garantiu um espaço de fala e de escuta. De acordo com a pesquisa, a comunidade passou a ser mais acolhida e a compartilhar suas dores, angústias, sofrimentos e alegrias, enfim, suas experiências.

O autoconhecimento desses terapeutas, profissionais da saúde, é vital para o relacionamento interpessoal adequado com os usuários durante o processo de cuidar. De acordo com Hoga (2004), o conhecer-se a si mesmo induz o indivíduo a tomar ciência das próprias limitações e fragilidades e descobrir a melhor forma de usufruir das suas potencialidades.

Com o decorrer do processo de formação, os participantes demonstraram que estavam interessados e que se identificavam com essa forma de terapia. Estavam, pois, dispostos a desenvolver o autoconhecimento, peça fundamental para a formação de terapeutas. Segundo Reikdal e Maftun (2006), o autoconhecimento deve ser estimulado, pois convida o indivíduo a refletir sobre a necessidade de cuidar de si, de amar-se, para poder cuidar do outro.

Em todas as entrevistas, verificamos que os colaboradores relatam mudanças no cotidiano do trabalho, na forma de conduzir as suas ações na comunidade, com uma escuta qualificada, valorizando todos os saberes, levando em consideração as questões subjetivas das pessoas que necessitam do seu cuidado, como indicam os seguintes depoimentos:

O que mudou na minha prática profissional foi o meu olhar com relação à comunidade, [...] Deixei de ser apenas uma técnica e passei a ter uma escuta qualificada, e isso foi bem bacana para mim. (Falcão)

A minha prática profissional mudou muito a partir da formação [...], a relação terapeuta-paciente ficou muito boa, porque passamos a nos conhecer melhor e, conseqüentemente, melhorou o relacionamento e o próprio atendimento. (Lobo)

[...] o que me despertou mais forte foi a questão do saber ouvir, não é que não existisse esse comportamento, essa intuição dentro de mim de ouvir o outro, mas isso ficou mais veemente, mais firme com a formação da Terapia Comunitária. (Serpente)

Na prática profissional, teve a importância da comunidade se fazer equipe, [...] juntar as sabedorias, científica e a popular. Eu já tinha essa sensibilidade, mas, com a Terapia Comunitária, observei que ampliou esse meu pensamento, essa necessidade que tenho da contribuição do outro. (Águia)

De acordo com os discursos, a Terapia Comunitária é um instrumento valioso, dentro do processo de trabalho, que contribui para a construção de um modelo de saúde humanizado, ampliando a dimensão cuidadora, reorientando as práticas dos trabalhadores do SUS, na perspectiva de uma atenção integral.

Nas falas dos colaboradores, percebemos que ocorreram mudanças, também, na condução dos trabalhos em grupo. Esses terapeutas redescobriram o valor de estar juntos em permanente interação. Conforme Barreto (2005, p.131), “Somente conhecendo nossa história, a história de nossa comunidade, seremos capazes de construir nossa teia e atuar com maior segurança”.

Na minha prática profissional também mudou, porque passei a dar mais ênfase ao trabalho em grupo. Todas as informações que a comunidade precisava eram dadas no momento da terapia, [...] aproveitávamos o espaço para estar ampliando nossas ações, e eles levavam sugestões. (Borboleta)

O que também melhorou no lado profissional foi a minha forma de lidar com os grupos. Antes, simplesmente, preparava uma programação, realizava uma determinada atividade, sem levar em consideração o que as pessoas pensavam. (Morcego)

[...] me fez trabalhar com grupo e com questões relacionadas com o sofrimento, com a emoção que está por trás das falas das pessoas, então isso mudou. (Gato)

A terapia valorizou o meu trabalho com grupo, me aproximando mais das pessoas. (Falcão)

O trabalho em grupo possibilita a quebra da tradicional relação vertical que ainda existe entre o profissional da saúde e os membros da comunidade. Em relação à experiência da terapia, Borboleta afirma: “A partir do momento em que você faz parte da terapia, onde nela as pessoas começam a falar das suas dificuldades, elas acabam confiando em você e deixam você bem mais próximo do grupo”. A participação nos encontros da terapia acontece de forma espontânea, à medida que o grupo sente que está em um ambiente confiável, propício para a exposição dos seus anseios, das suas dificuldades e trocas de experiências.

Na Terapia Comunitária, cada componente do grupo é visto como um ser repleto de conhecimentos e de sentimentos. Ela desenvolve um diálogo aberto e reflexivo. Esse trabalho grupal, baseado na teoria de Paulo Freire, encaminha os participantes a interagirem e a trocarem saberes dentro de sua própria realidade.

Conforme Câmara et al (1999), grande parte das atividades cotidianas desenvolvidas pelos seres humanos é realizada em grupos que, quase sempre, influenciam o indivíduo nos rumos de sua vida. Através do grupo, o homem pode desenvolver habilidades nas suas relações pessoais, aprender sobre o próprio comportamento e mudá-lo e oferecer e receber ajuda. No interior dos grupos, é comum o desenvolvimento de um clima de solidariedade e de companheirismo, e esse movimento próprio pode proporcionar aos seus membros uma situação de conforto e de segurança, o que facilita a unidade do grupo.

O estudo de Munari e de Rodrigues (1997) afirma que a convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras, através de sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas.

Barreto (2005) esclarece que, embora a terapia esteja mais voltada para grupos que vivem em condição social vulnerável, as experiências com a sua utilização têm mostrado que ela pode ser aplicada em qualquer grupo de pessoas, de diferentes classes sociais. Esse espaço comunitário deve ser cada vez mais

utilizado para beneficiar a comunidade e os profissionais, pois todos devem fazer parte dessa construção.

Ressaltamos, então, que perceber as transformações ocorridas na prática profissional dos participantes da formação em Terapia Comunitária é sobremaneira importante, o que nos leva a afirmar que a TC é uma tecnologia de cuidado, que vem contribuindo para o fortalecimento das ações desses profissionais, que encontraram na terapia um caminho a mais para melhorar a qualidade da assistência à saúde.

5.2 – Construindo vínculos e redes solidárias

Neste estudo, procuramos saber dos colaboradores quais os vínculos que se formaram e/ou se fortaleceram, a partir da sua prática como terapeuta comunitário. É importante compreender como os vínculos são construídos dentro da dinâmica da produção do cuidado, nas relações interpessoais, para que, cada vez mais, as relações humanas sejam fortalecidas, evitando a desintegração social.

Pichon-Rivière (2005) definiu vínculo como uma estrutura de relação especial, que se forma a partir de um tipo particular de relações, funcionando de forma dinâmica. Essa estrutura complexa inclui sujeitos, suas representações, com processos de comunicação e aprendizagem.

Na Psicologia Social, mesmo que o vínculo se estabeleça entre duas pessoas, será, nessa perspectiva, um vínculo social. Barreto (2005) concebe que vínculo é tudo aquilo que liga os homens entre si, e os mesmos às suas crenças, aos seus valores e a sua cultura, conferindo-lhes identidade e sentimento de pertença.

A Terapia Comunitária é um instrumento que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas, colaborando para a construção de vínculos entre os participantes, mobilizando recursos pessoais e culturais, para melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, promover uma efetiva inclusão social.

Com a realização da Terapia Comunitária, foram estabelecidos vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, como relatam os colaboradores:

[...] o vínculo com a comunidade aumentou, até pela forma que a terapia é conduzida, reunindo alguns membros da comunidade, muitas vezes debaixo de uma árvore frondosa, para conversar, discutir, trocar idéias, mediante o que foi exposto através das falas, então não tenho a menor dúvida, reforça e estreita os vínculos. (Serpente)

[...] eu acredito que foram formados vínculos entre os profissionais e a comunidade. [...] a partir da terapia, a comunidade passou a ter uma abertura maior comigo, coisa que eles não tinham com os outros profissionais. (Borboleta)

Os vínculos com a comunidade foram fortalecidos. Eu acredito que tenha causado interesse nas pessoas que participam, porque elas sempre estão vindo e pedem a terapia. (Falcão)

No trabalho da fisioterapia, o terapeuta tem um tempo a mais com o paciente para conversar, então eu acredito que a Terapia Comunitária veio para fortalecer um vínculo que já existia. (Lobo)

É importante destacar que, na maioria das narrativas, verificamos que foram fortalecidos os vínculos dos colaboradores com os membros da sua equipe, como bem colocou Águia: “Com a Terapia Comunitária, o vínculo da equipe foi fortalecido, alguns passaram a trabalhar suas emoções e compartilhar sentimentos, que antes eram guardados, e na terapia, quer queira quer não, são mostrados. Todos passaram a ter um espaço para falar e para ser ouvido que antes não tinham, passaram a ter outra postura”.

Morcego também afirmou: “A terapia também fortaleceu o trabalho à medida que a equipe interage mais na relação profissional, se unindo ainda mais para desenvolver seu papel quanto equipe”.

Para Merhy (2002), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. Trata-se de um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e entre os profissionais e os usuários, para que se garantam o vínculo e a corresponsabilização.

Em diversos momentos das entrevistas, percebe-se que a TC satisfaz às necessidades de uma comunidade que necessita de um espaço acolhedor. É um trabalho desenvolvido dentro da realidade desses indivíduos, estruturado nas suas potencialidades.

Para Merhy e Franco (2003), a capacidade de estabelecer vínculo e o acolhimento formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde. O autor assevera que o vínculo é uma tecnologia leve, que deve prevalecer no trabalho em saúde, e o acolhimento possibilita o acesso dos usuários à saúde, porquanto favorece para que haja uma escuta atenta, reorganiza o trabalho e humaniza o atendimento.

Nas rodas de Terapia Comunitária, as pessoas iniciam uma teia de relações sociais, construindo um espaço de ajuda mútua. A solidariedade é a principal ferramenta que proporciona um aquecimento nas relações humanas, estabelecendo interdependência entre as pessoas. Nessa perspectiva, vínculos foram formados na comunidade, como relatam Borboleta, Gato e Lobo:

[...] entre eles, os vínculos foram ampliados. Hoje, quando eu passo nas ruas, as pessoas perguntam quando irá ter um outro encontro, eles acabam cobrando a terapia, pois é lá que eles se encontram. (Borboleta)

[...] O que melhorou foi o vínculo entre a comunidade e a equipe, e entre a própria comunidade. (Gato)

Outros vínculos foram formados no próprio grupo que participa da terapia. [...] hoje todos se conhecem... (Lobo)

Segundo Costa (2005), comunidade é um grupo de pessoas que convivem num mesmo espaço, restrito por dimensões bem definidas, com estrutura dominante própria, cultura típica, linguajar por vezes definido com características locais, leis próprias, regras sociais de conduta e comportamento diferenciadas de outras localidades e identidade visual marcante. É nesse contexto que acontece a Terapia Comunitária, por meio da qual os indivíduos procuram construir um sentimento de confiança e de ajuda mútua, essencial para a consolidação de uma comunidade.

Para que a confiança esteja, verdadeiramente, presente em uma comunidade, é preciso que cada componente adquira a capacidade de perceber o outro e incluí-lo em seu universo de referência. Essa integração diz respeito à simples atitude de

reconhecer, no outro, suas habilidades e conhecimentos, desenvolvendo-lhe a percepção. Quanto mais um indivíduo interage com outros, mas ele está apto a reconhecer comportamentos, intenções e valores que compõem seu meio.

Nesse sentido, é preciso que os vínculos estabelecidos dentro da comunidade sejam recriados e fortalecidos no cotidiano, de forma estável e duradoura. Essa formação de vínculos comunitários saudáveis acontece nos encontros da Terapia Comunitária, permitindo a construção de redes de apoio social.

Do material empírico, extraímos histórias vivenciadas pelos colaboradores, durante os momentos de realizações das terapias, quando as pessoas compartilharam suas dificuldades, e o grupo se mobilizou para ajudar, construindo redes solidárias. Assim, com os encontros da Terapia Comunitária, a carga emocional dos indivíduos que necessitam de ajuda foi atenuada, e isso os estimulou ao empoderamento.

[...] cria um vínculo muito bom entre eles, ou seja, uma rede de solidariedade que extrapola o serviço. O mesmo grupo que se reúne dentro do CAPS, porque vai buscar saúde e lazer, fora eles criam vínculos, se ajudam, exatamente por causa da terapia. (Gato)

Formamos um grupo de mães, uma cooperativa que fornecia bolos [...] sempre que precisávamos ou que alguém da comunidade queria fazer uma festa, acabávamos solicitando a essa cooperativa que foi iniciada mediante a Terapia Comunitária. (Borboleta)

As redes solidárias se fortaleceram, nós temos um exemplo de uma pessoa que contou sua história durante a terapia e foi um momento muito emocionante [...]. Através da terapia comunitária, essa pessoa vem se mantendo, pois todos se reuniram para ajudar [...]. (Lobo)

Ao contrário das terapias tradicionais, centradas no indivíduo, a Terapia Comunitária também pretende melhorar as relações sociais dentro da comunidade, através do compartilhamento de idéias entre pessoas que têm valores, interesses e objetivos em comum. Para Dessen e Braz (2000), rede social é um sistema composto por sujeitos que oferecem apoio instrumental, ou seja, ajuda material, como também apoio emocional, através de carinho, atenção, ações que levem a um sentimento de pertença.

Como afirma Barreto (2005), a Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida, através da

mobilização dos recursos e das competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

A construção de redes de apoio social é relevante como possibilidade de se articularem novas ações sociais, que incorporam os sujeitos, revelam novas formas de solidariedade, estabelecem um ciclo de cuidado em que as pessoas se auxiliam mutuamente, em um mundo ainda tão individualizado.

5.3 – A Educação Permanente e a Terapia comunitária: aproximações, distanciamentos e complementaridade

Embora profundas mudanças já tenham ocorrido nas práticas de saúde, desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, é preciso que outras transformações aconteçam na perspectiva de atingirmos uma atenção integral aos usuários.

Neste ponto, discutiremos a respeito da Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Terapia Comunitária (TC), estratégias que foram implantadas no município de Pedras de Fogo - PB, local da investigação, com o intuito de potencializar as práticas no setor saúde para fortalecer as ações e os serviços do SUS.

A Terapia Comunitária se apresenta como uma ferramenta terapêutica, de ajuda mútua, em que se trabalha de forma grupal, e que possibilita que se potencialize a autonomia do indivíduo, e que se desenvolva o empoderamento das pessoas e das comunidades, tornando-as corresponsáveis pela superação dos seus problemas, despertando a sua capacidade de transformação individual e coletiva (BARRETO, 2005).

A Educação Permanente em Saúde é definida como uma aprendizagem que ocorre no trabalho, baseada na possibilidade de transformar as práticas profissionais do cotidiano das pessoas e das organizações, com base nos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os seus conhecimentos e as suas experiências (MENDONÇA; TALBOT, 2006).

Os processos de Educação Permanente em Saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, partindo das necessidades de saúde dos indivíduos e das populações. A EPS é um

conjunto de ações que partem de uma situação existente em busca de superá-la ou transformá-la em uma situação desejada.

Partindo do conceito de Educação Permanente em Saúde, perguntamos aos nossos colaboradores se existem aspectos que identifiquem o processo de EPS com o processo de formação em Terapia Comunitária e quais as similaridades e as diferenças entre ambos. O intuito desse questionamento foi o de investigar, através das falas desses terapeutas em formação, se havia ocorrido mudanças na sua prática profissional a partir da utilização desses dois processos no cotidiano do trabalho.

Os colaboradores Falcão, Gato e Borboleta não conseguem perceber diferenças significativas entre a Educação Permanente em Saúde e a Terapia Comunitária, pois acreditam que existe uma confluência entre as duas.

[...] eu vejo similaridade com relação ao objetivo de ambas, que é fazer o processo de trabalho ser mais efetivo, de criar uma abertura maior entre os participantes, de criar vínculos. (Falcão)

A EPS e a TC possuem essa mesma visão humanizada, procuram fazer com que as coisas funcionem horizontalmente, que as propostas venham do próprio grupo, e que a relação entre o profissional e o usuário seja baseada na troca de conhecimentos. (Falcão)

[...] eu vejo que são propostas bem similares, e na verdade, complementares, que as duas podem andar perfeitamente juntas e que elas se somam e não tem nada que subtraia, eu vejo desta forma. (Borboleta)

O processo de formação em Terapia Comunitária apresenta aspectos semelhantes ao processo de Educação Permanente, no sentido de trabalhar com aquilo que está pedindo para ser trabalhado, com a necessidade, parte da demanda de quem precisa e de quem está envolvido. (Gato)

A Educação Permanente em Saúde e a Terapia Comunitária detêm, em suas bases teóricas, a Pedagogia de Paulo Freire, que ensina o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade e prioriza a reflexão e a transformação da realidade social, sinalizando hipóteses de solução para os vários problemas levantados, demonstrando, assim, que esses dois processos apresentam similaridades.

Outros aspectos que constituem semelhanças entre a EPS e a TC são o fato de que ambas recuperam as concepções tradicionais e constituem uma cultura crítica entre profissionais dos serviços de saúde e a comunidade, dando autonomia

aos sujeitos, levando adiante práticas inovadoras e ativas. Essas duas ferramentas visam produzir mudanças dos paradigmas das práticas hegemônicas do cuidado fragmentado, para um modelo de atenção que utilize a clínica ampliada.

A proposta de clínica ampliada, segundo Campos (2003), é criar uma clínica centrada no sujeito, incluindo o seu contexto como objeto de estudo e de práticas, onde os trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar de forma não fragmentada.

Campos (2003) ressalta que é imprescindível que os projetos terapêuticos tenham como referência a construção de autonomia do usuário e contribuam para aumentar a sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde, com base nas suas condições de vida, para que ele seja protagonista na produção da sua saúde.

Nos depoimentos dos outros colaboradores, foram identificadas algumas semelhanças e diferenças. Sobre às diferenças eles falam:

A Educação Permanente, pelo seu próprio propósito, tem uma natureza mais abrangente e depende da intersectorialidade [...]. A TC independe, na sua grande maioria, de ações mais abrangentes que estejam fora do âmbito da comunidade. (Serpente)

A Educação Permanente está voltada mais para o lado profissional, levando em consideração somente o trabalho, atendendo às necessidades físicas da comunidade; e a Terapia Comunitária trabalha mais o lado subjetivo, pessoal, ou seja, os sentimentos das pessoas. (Morcego)

A Educação Permanente é mais técnica [...] está voltada para a mudança no trabalho [...] A Terapia Comunitária é mais prática, e por isso me identifiquei bem mais [...] é envolvente, trabalha o emocional, ela é fantástica. (Leão)

A Educação Permanente é uma coisa macro [...] onde você reconhece o que a comunidade precisa, juntamente com as instituições, com representantes e lideranças da comunidade. A Terapia Comunitária, no meu ponto de vista, é mais completa [...] parte de uma mudança pessoal para chegar à institucional. O indivíduo precisa mudar para que a situação mude também. (Lobo)

Em relação as semelhanças, vejam-se as falas abaixo:

Existem similaridades entre a Educação Permanente e a Terapia Comunitária no sentido de melhorar e modificar o processo de trabalho, mudar posturas, costumes, onde a comunidade torna-se agente ativo na construção desses processos. (Serpente)

[...] eu acho que são duas coisas que estão muito entrelaçadas, como se fosse um novelo de lã, você não sabe onde é o começo e o fim, mas você sabe que eles fazem parte de um todo. (Águia)

A EPS e a TC trabalham o empoderamento de cada indivíduo como cidadão, como pessoa, com toda a sua complexidade, fazendo com que a comunidade participe ativamente, e por isso que eu acho que tem tudo haver [...]. (Águia)

A semelhança é o diálogo com a comunidade, a construção coletiva [...]. (Morcego)

Para produzir mudanças de práticas, é fundamental dialogar, problematizar, refletir sobre o que está acontecendo com os indivíduos e dentro dos serviços e sobre o que precisa ser melhorado. Para isso, é preciso que haja mudanças nas relações, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas, com transformação dos paradigmas das práticas hegemônicas, para inovar coletivamente o saber e o fazer, e assim, proporcionar um cuidado integral e de qualidade.

A compreensão que prevalece nas narrativas é que o processo de Educação Permanente em Saúde e o processo de formação em Terapia Comunitária estão interligados, os seus propósitos convergem-se. Assim, essas estratégias se complementam, o que resulta no atendimento de um dos princípios mais valiosos do SUS - a Integralidade.

A close-up photograph of a spider web, showing the intricate spiral pattern of the web. The web is white and stands out against a blurred green background, likely foliage. The lighting is soft, highlighting the texture of the silk.

6. REFLEXÕES FINAIS

O interesse em conhecer um novo modelo assistencial, de caráter comunitário, na área de saúde mental, motivou a realização deste estudo, para investigarmos as possíveis mudanças de práticas no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da formação em Terapia Comunitária.

O objetivo de se incluir um novo modelo assistencial na área da saúde mental, baseado na reforma psiquiátrica, é a humanização das relações. Esse modelo é fundamentado na desospitalização do atendimento e na criação de novos espaços e possibilidades de cuidado, com um enfoque voltado para a saúde mental comunitária.

Nessa perspectiva, a Terapia Comunitária se apresenta como uma ferramenta terapêutica, que desenvolve ações de promoção de saúde e de prevenção do sofrimento emocional e está inserida na rede de cuidados básicos. Segundo Barreto (2005), a Terapia Comunitária consiste na partilha de experiências de vida, de forma horizontal e circular, criando um espaço de fala, de enfrentamento das inquietações cotidianas, promovendo o resgate da cidadania e um cuidado humanizado.

Vemos, pois, que a Terapia Comunitária é mais um instrumento que pode ser utilizado por todos os trabalhadores da rede de serviço do SUS, porquanto pode dar respostas satisfatórias, potencializando as ações no âmbito da saúde mental. Nesse sentido, é importante que esses profissionais sejam qualificados, para ampliar a sua capacidade de lidar com o abandono, com crises familiares, depressão e demais tipos de sofrimento emocional para desenvolver o fortalecimento das redes sociais.

Na análise do material empírico, que foi construído à partir das entrevistas dos terapeutas participantes da pesquisa, identificamos elementos associados a mudanças pessoais e às suas práticas profissionais, bem como a formação e o fortalecimento de vínculos com a realização da Terapia Comunitária, o que possibilitou a construção dos seguintes eixos temáticos: Autoconhecimento: um caminho para mudanças (Mudança de paradigma em relação a si e aos outros,

Escuta sensível); Construindo vínculos e redes solidárias; A Educação Permanente e a Terapia Comunitária: aproximações, distanciamentos e complementariedade.

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações das pessoas. Neste estudo, ela permitiu o conhecimento do universo dos significados, das crenças e dos valores, considerando as questões do cotidiano e as subjetividades dos pesquisados.

Por meio deste estudo, penetramos no universo do trabalho em saúde, a partir do encontro entre o trabalhador e o usuário. É nesse contexto complexo e dinâmico, que envolve sofrimento, condição social, saberes, experiências, valores e desejos de cada um, em que acontece a produção do cuidado. Observamos, então, que a utilização da Terapia Comunitária, como tecnologia leve e motivada pelos mesmos objetivos do novo modelo de assistência à saúde, é capaz de construir vínculos, acolhimento, corresponsabilizações, produzindo transformações nas práticas de saúde.

Participamos da formação em Terapia Comunitária, juntamente com os colaboradores deste estudo, o que contribuiu, de maneira efetiva, para o entendimento das suas falas, na percepção dos significados dos gestos, das expressões e do olhar, facilitando a construção do material empírico.

Por meio das histórias de vida e por conhecer um pouco o mundo do trabalho dos profissionais apresentados nesta pesquisa, foi possível evidenciar mudanças pessoais e nas suas práticas. Durante o período da formação, os terapeutas vivenciaram momentos de reflexões, repensaram suas próprias formas de viver e de pensar e enxergaram “pontos cegos” que hoje fazem sentido nas suas vidas.

Dentre as mudanças que ocorrem no cotidiano do trabalho, os colaboradores relataram que, com a realização das terapias, com esse espaço de partilha de experiências, sentiram-se mais próximos da comunidade, uns vínculos foram fortalecidos e outros formados entre a equipe e a comunidade, como também entre a própria equipe. Além disso, os terapeutas perceberam que houve mais integração entre os membros da comunidade e uma mobilização social. Isso desencadeou uma construção de redes solidárias.

Nesta pesquisa, no que concerne à contribuição da Terapia Comunitária e da Educação Permanente para as mudanças de práticas dos profissionais de saúde, os colaboradores perceberam diferenças sutis entre ambas, pois a TC está fortemente

ligada às emoções e aos sentimentos vividos por usuários e profissionais, formando uma rede solidária capaz de encontrar estratégias de superação em ato. Por outro lado, a EPS traz reflexões do cotidiano desses profissionais, permitindo um olhar ampliado para as necessidades de saúde, considerando o orgânico e o modo de viver, em que uma trama de relações e de articulações entre comunidade e serviços permeia as respostas para essas necessidades.

Na narrativa dos participantes da pesquisa, percebemos que esses terapeutas passaram a dar mais ênfase aos trabalhos em grupo, deixaram de ser apenas técnicos e passaram a ter uma escuta qualificada, visto que começaram a considerar o lado subjetivo das pessoas, compreendendo melhor o outro, melhorando, conseqüentemente, a qualidade do cuidado.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, se não, totalmente - tendo em vista que a pesquisa científica nunca esgota sua busca no campo do conhecimento – mas de forma significativa, posto que os seus resultados puderam revelar que a Terapia Comunitária foi capaz de proporcionar transformações na vida pessoal dos terapeutas em formação e contribuir sobremaneira para as mudanças nas práticas desses profissionais, construindo vínculos e possibilitando transformação social.

Devido aos aspectos aqui referidos, no que concerne à busca por estratégias que contribuam para melhorar o atendimento àqueles que procuram uma melhor qualidade de vida, pretendemos ampliar os conhecimentos acerca da Terapia Comunitária, com o objetivo de contribuir para sua implantação na atenção básica, incorporando essa nova tecnologia ao cotidiano do SUS, com a finalidade de ressignificar as práticas do cuidado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemos, 1997. p.163-185.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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

BELTRÃO, L. Processo da comunicação. **Anuário UNESCO/Methodista** de comunicação para o desenvolvimento, v.10, n.10, p.99-101, jan./dez. 2006.

BOAS, F. **Antropologia cultural**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. **Textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001, 342 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPI. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. SGESTES/DEGES/FIOCRUZ. O processo de trabalho em saúde. In:_____. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. Rio de Janeiro, 2005. p.69-80.

BRASIL. **Portaria nº154 de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF. 2008. Disponível: www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA_154_NASF.doc. Acesso em: 20 nov. 2008.

BRASIL. **Portaria nº198, de 13 de Fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF. 2004. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/educacaoopermanente/PORTARIA%20198.doc. Acesso em: 06 de ago. 2008.

CÂMARA, M.F.B.; DAMÁSIO, V.F.; MUNARI, D.B. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n.1, out./dez. 1999. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>. Acesso em: 22 de nov. 2008.

CAMAROTT, 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 out. 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext. Acesso em: 20 dez. 2008.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-68.

_____. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo, Editora Cultrix, 2000.

CARMELLO, E. **A competência resiliência**: Administrando situações adversas e de alta pressão. Disponível em: <http://www.entheusiasmos.com.br/>. Acesso em 10 ago. 2006.

CAVALCANTI, M. H. P. et.al. **Uma historia de Pedras de Fogo**. 2 ed. João Pessoa: Universitária/UFPB, 1998. 96p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interfase** – comunicação, saúde, educação. Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, fev. 2005.

CORRÊA, A. F. **Comunidade virtual de antropologia**. Disponível em:<<http://www.antropologia.com.Br/colu/colu10.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2007.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais: comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interfase** – Comunic. Saúde. Educ., v.9, n. 17, p.235-48, maio/ago. 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: MS, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1, 1987, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: MS, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1994, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: MS, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF: MS, 2001.

DELGADO, P. G. G. Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. **Jornal do CONASEMS**, Brasília, DF, n. 8, Ago. 2007.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DESSEN, M. A. ; BRAZ, M. P. . Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília-DF, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

FERREIRA FILHA, M. O. (coord.) et al. **Curso de Formação em Terapia Comunitária**. João Pessoa: UFPB/CCS/MISC, 2007. 17p.

FIOCRUZ. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20B10%20v12n2%20Ciencia%20e20Saude Acesso em: 19 dez. 2008.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

GALIETA, I. C. **Resiliência, o verdadeiro significado**. Disponível em: <<http://www.Fae.edu/publicador/conteudo/foto/2082004Isabel%20Camilo%20Galieta.PDF>>. Acesso em: 02 dez. 2007.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Esc. Enfermagem – USP**, São Paulo, v.38, 2004.

LANCETTI, A. et al. **Saúde loucura – Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LAMÔNACO et al. Desenvolvimento de conceitos: o paradigma das transformações. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.17, n.2 maio/ago. 2001.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, n.02. Rio de Janeiro, Mar./Abr. 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./abr.2007. Disponível em: www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20B10%20v12n2%20Ciencia%20e%20Saude%20Coletiva.pdf. Acesso em: 23 dez. 2008.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MENDONÇA, C. S.; TALBOT, Y. Introdução à Saúde da Família: uma primeira etapa da educação permanente. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p.55-58, abr./jun. 2006.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: Ed. AB, 1997.

MION, R. A.; SAITO, C. H. **Investigação - ação**: mudando o trabalho de formar professores. Ponta Grossa: Planeta, 2001.

MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente em Saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. 1998. Dissertação (Mestrado em educação em saúde) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MUNHOZ, M. L. P.; MALANGA, E. B. **Psicopedagogia e pensamento complexo**. Disponível em: <<http://www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/file.php/1/>>. Acesso em: 23 nov. 2007.

NAIFF, N. **Onde está minha felicidade?** São Paulo: Editora Nova Era, 2004.

PASELLO, A. **O que é pensamento sistêmico?** Disponível em: <<http://institutojetro.com.br/Lendoartigo.asp?a=939&T=2>>. Acesso em: 23 nov. 2007.

PEREIRA, A. J. **Pensar problemas do trabalho em saúde**: a visão dos profissionais de saúde da família do município de Pedras de Fogo - PB. 2005. Monografia (Especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

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

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. ed.7. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

REIKDAL, A. R.; MAFTUM, M.A. O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 98, n.8, p.925-930, jul. 2006.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em:<[http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/ffc44e011beb71be03256e6900633bf3/\\$FILE/_u8l...](http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/ffc44e011beb71be03256e6900633bf3/$FILE/_u8l...)>. Acesso em: 05 out. 2007.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.6, nov./dez. 2006.

ROUCHOU, J. História oral: entrevista – reportagem x entrevista – história. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v.13, n.1, 2000.

SILVA, L. B. W. **A feira livre em Pedras de Fogo – PB**. 2006. 54f. Monografia (graduação em Geografia) – CCEN, UFPB, João Pessoa.

SILVA, F. **Aos colaboradores resilientes**. Disponível em:<<http://jn2.sapo.pt/seccoes/mensagem.asp?>>. Acesso em: 02 dez. 2007.

SILVA, J. A. M. et al. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e prespectivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.09, n.02, p.389-401, 2007.

TERAPIA comunitária se torna ferramenta essencial paara o tratamento de pequenos conflitos. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF. Ano 9, p.38-43, maio 2008. Edição Especial.

VANOYE, F. **Usos da linguagem**. Disponível em: <http://pwp.netcabo.pt/0511341/comunica.htm>> Acesso em: 12 nov. 2007.

VERANI, C. **Diversidade humana.** Disponível em:<http://www.ghente.org/diversidade.htm>>. Acesso em: 21 nov. 2007.

WEISS, B. **Meditação com Brian Weiss:** a busca do equilíbrio, da cura e da espiritualidade. Rio de Janeiro: Salamandra, 1998.



APÊNDICES

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

Título da pesquisa: A Terapia Comunitária e a mudança de práticas no SUS

Mestranda: Edlene de Freitas Lima Rocha

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha

FICHA TÉCNICA**I- IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ idade: _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Local onde realiza a terapia comunitária: _____

II- QUESTÕES

1. Ocorreram mudanças na sua vida pessoal e na prática profissional a partir do seu processo de formação na Terapia Comunitária? Se afirmativo, quais foram essas mudanças? Se negativo, por que elas não ocorreram?
2. Quais os vínculos que se formaram e/ou se fortaleceram a partir da sua prática como terapeuta comunitário? De que modo?
3. Existem aspectos que identifiquem o processo de formação em Terapia Comunitária com o processo de Educação Permanente em Saúde? Quais as similaridades e as diferenças entre esses processos?

APÊNDICE B

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada **A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS**, está sendo desenvolvida pela pesquisadora Edlene de Freitas Lima Rocha, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha.

O objetivo deste estudo é o de **conhecer as mudanças ocorridas na prática dos profissionais de saúde do município de Pedras de Fogo – PB, a partir da formação em Terapia Comunitária, e o aspectos dessa formação que a identifiquem com o processo da Educação Permanente em Saúde.**

A finalidade deste estudo é ampliar os conhecimentos acerca da Terapia Comunitária, como também contribuir para a sua implantação na rede de serviço do SUS, garantindo um espaço de cuidado humanizado, para melhorar a qualidade de vida dos seus participantes.

Solicito a sua contribuição para participar de uma entrevista individual, utilizando o sistema de gravação (MP3 – gravador), para obter informações necessárias para a elaboração do estudo. Não haverá nenhum risco previsível para o (a) entrevistado (a).

De acordo com o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa que envolve seres humanos, será garantido: 1) acesso às informações e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa; 2) a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem que isso ocasione nenhum prejuízo; 3) a segurança de não ser identificado e o caráter confidencial da informação.

Porém, além do seu consentimento, solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentação em eventos científicos e publicações em revista ou outros veículos de comunicação dos resultados obtidos neste estudo.

Enquanto pesquisadora, agradeço a colaboração e a confiança depositada e estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

João Pessoa, _____, _____, _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

No caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Mestranda Edlene de Freitas Lima Rocha, ou com a Professora Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha, orientadora.

Endereço: Coordenação do Programa do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba / João Pessoa(UFPB). Centro de Ciências da Saúde. Campos Universitários I. CEP: 58059-900; telefone: (83) 32167109 / 3216-7229.

APÊNDICE C**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****CARTA DE CESSÃO**

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Eu, _____, estado civil, _____, documento de identidade nº _____, declaro, para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para que a pesquisadora Edlene de Freitas Lima Rocha possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data, em favor da realização da sua dissertação de Mestrado, denominada: A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS.

Da mesma forma, autorizo a sua audição e o uso das citações a terceiros, como também, a divulgação de imagens fotográficas, ficando vinculado o controle à referida pesquisadora.

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

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável



ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 02/03/08 o projeto de pesquisa de Edlene de Freitas Lima Rocha, intitulado: "A TERAPIA COMUNITÁRIA E A MUDANÇA DE PRÁTICAS NO COTIDIANO DO SUS". Protocolo nº. 0058.

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

Prof. Eliana Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS