

ADIRLEY MARIA VIANA

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERAPIA COMUNITÁRIA:

A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA
PELA EQUIPE AZUL DO CENTRO DE SAÚDE RIBEIRO DE ABREU

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

ADIRLEY MARIA VIANA

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERAPIA COMUNITÁRIA:
A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA
PELA EQUIPE AZUL DO CENTRO DE SAÚDE RIBEIRO DE ABREU

Trabalho de conclusão de curso
Apresentado ao curso de Especialização
Em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
Para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Adriana Flávia Braga Marques

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

ADIRLEY MARIA VIANA

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TERAPIA COMUNITÁRIA:
A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA
PELA EQUIPE AZUL DO CENTRO DE SAÚDE RIBEIRO DE ABREU

Trabalho de conclusão de curso
Apresentado ao curso de Especialização
Em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
Para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Adriana Braga Flávia Marques

Banca Examinadora:

Aprovado em Belo Horizonte:

O tempo não espera por ninguém.
Ontem é história,
O amanhã é um mistério,
O hoje é uma dádiva,
Por isso é chamado de presente.

Adalberto Godoy

Resumo

A estratégia de saúde da família é o modelo assistencial da atenção básica à saúde de Belo Horizonte desde o ano de 2002, quando os centros de saúde foram organizados a partir da definição de áreas de abrangência. Em 2003 o programa BH vida: saúde integral definiu as diretrizes assistenciais do processo de trabalho, dentre elas o acolhimento que preconiza a escuta de todas as pessoas que procuram a serviço de saúde, para busca da melhor solução para as situações apresentadas, com proposição de ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Desafios se impõem a cada etapa que o programa avança, destacando-se a crescente demanda espontânea e conseqüente sobrecarga de trabalho para os profissionais das equipes de saúde da família.

Para equipe Azul esse desafio se caracteriza por um número significativo de usuários com queixas inespecíficas, retornando com freqüência ao atendimento médico, no qual não se define uma doença do corpo físico, exigindo, dos profissionais, escuta prolongada e qualificada, na tentativa de amenizar o sofrimento psíquico das pessoas. A lógica das consultas médicas, nesse contexto, não responde a necessidade dessas pessoas, nem qualitativamente e nem quantitativamente.

A Terapia Comunitária é uma metodologia de trabalho que se adequa ao objetivo principal da atenção primária de promover saúde e formar redes sociais de apoio, como vem sendo demonstrado em vários trabalhos. Para ANDRADE (2009) a TC tem se revelado como um instrumento de grande valor estratégico para efetivação do sistema único de saúde, pois atende as diretrizes da equidade e universalidade: fontes de inclusão e cidadania.

O objetivo desse trabalho é discorrer sobre as proposições e aplicabilidade da terapia comunitária na atenção primária a saúde, tendo como ponto de partida a caracterização da equipe Azul, a justificativa para trabalhar com grupos, as características e competências do coordenador e observador do grupo; conceituando a terapia comunitária e pontuando suas conquistas para propor a capacitação do profissional com perfil adequado à proposta.

Abstract

The strategy of family health care model is the primary health care services in Belo Horizonte since 2002, when the health centers were organized from the definition of catchment areas. In 2003 the program BH life: comprehensive health care established guidelines of the work process, among them the host you recommend listening to all persons who seek health services, to reach the best solution to the problems presented with the proposition expand access to health services. Challenges are needed at each step the program progresses, highlighting the growing spontaneous demand and consequent workload for the professionals of family health. Blue team for this challenge is characterized by a significant number of users with vague complaints, often returning to medical care, which does not define a disease of the physical body, requiring professionals, prolonged listening and qualified in the attempt to soften the psychological suffering of people. The logic of the medical consultations in this context does not meet the need of these people, and neither quantitatively nor qualitatively. The Community Therapy is a method of working that suits the main goal of primary care to promote health and build social support networks, as has been demonstrated in several studies.

To ANDRADE (2009) CT has been shown to be an instrument of great strategic value to effect the single health system, serves as the guidelines of fairness and universality: sources of inclusion and citizenship. The aim of this paper is to discuss the proposals and applicability of community care in primary health care, taking as a starting point to characterize the Blue team, the rationale for working with groups, the characteristics and skills of the observer and coordinator of the group; conceptualizing Community therapy and punctuating his conquests to offer professional training with the appropriate profile to the proposal.

Sumário

1. Introdução.....	08
2. Objetivos.....	14
3. Metodologia.....	15
4. A Equipe Azul do Centro de Saúde Ribeiro de Abreu.....	17
5. Porque formar grupos terapêuticos.....	20
5.1. O coordenador e observador do grupo.....	23
6. O que propõe a Terapia Comunitária.....	28
6.1. Conquistas da Terapia Comunitária.....	34
7. A Equipe Azul e a Terapia Comunitária.....	38
8. Considerações Finais e Sugestões.....	40
9. Referências.....	42

1. Introdução

No Brasil, Saúde da Família é a estratégia de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, propondo-se a sair da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde: Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde. (ROSA, 2005)

Entre as responsabilidades gerais do gestor municipal do SUS pode-se destacar a atenção integral à saúde dos municípios, de modo que essa responsabilidade esteja embasada no paradigma de solidariedade com o Estado e com a União. Nesse contexto, os municípios deverão assegurar ações de saúde integrais desenvolvidas sob um caráter interdisciplinar, de modo a promover equidade nas ações de atenção à saúde, contemplando as diversidades individuais assim como de grupos populacionais, através do ajustamento entre a oferta de serviços de saúde e as demandas, partindo do princípio de justiça social e ainda ampliar as possibilidades de inserção de grupos em situações desiguais, considerando as diversidades de cada localidade. Cabe aos municípios também a organização do acesso a serviços de saúde que primem pela resolutividade e qualidade na atenção básica, de modo a favorecer o planejamento, a programação pactuada integrada da atenção à saúde de seu território, explicitando a responsabilidade, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento. (BRASIL, 2006)

O Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), está em processo de discussão, adequação e implementação no município de Belo Horizonte desde 1991 quando se iniciou a municipalização das unidades básicas de saúde de gestão estadual e as unidades secundárias do antigo INAMPS em 1992. Em 1996 inicia a contratação de profissionais para compor as equipes de saúde da família, que hoje se consolida como estratégia do modelo assistencial proposto pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (SMSA, 2003)

As primeiras equipes de saúde da família em Belo Horizonte foram implantadas em fevereiro de 2002, para atuar nos centros de saúde, ficando responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco para adoecer e morrer. Os centros de saúde foram organizados a partir da definição de territórios, sobre os quais a equipe de saúde da família tem responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, levando em conta as necessidades da população. (SMSA, 2006)

Consolidou-se em 2003 o programa de saúde da família de Belo Horizonte, através do projeto BH vida: saúde integral e o acolhimento como modelo político institucional para ampliação do acesso ao serviço de saúde, sendo os centros de saúde a porta de entrada principal. (SMSA, 2006)

O documento BH - Vida: Saúde Integral definiu como diretrizes assistenciais do processo de trabalho: o acesso universal, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização do cuidado, a autonomização do usuário, a atuação em equipe, a assistência integral e resolutiva, a atenção generalista do médico da saúde da família, a equidade, a participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersectoriais e o acolhimento; além da gestão participativa, a participação popular e o controle social na gestão local. (SMSA, 2006)

O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada, no cotidiano do trabalho dos centros de saúde, e buscar a melhor solução para cada situação apresentada, de acordo com a governabilidade da equipe de saúde.

Segundo (BRASIL, 2008): acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), deve acontecer durante todo o tempo de funcionamento do serviço, em todos os setores e por todos os profissionais da unidade de saúde: deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de

compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Uma postura acolhedora implica estar atento. (BRASIL, 2006).

As ESF, entretanto, não comportam o atendimento resolutivo e responsável, conforme preconizado, de todos que procuram o serviço de saúde. Coexistem inúmeros conceitos de acolhimento na rede de assistência, sua operacionalização ocorre de diversas formas, podendo significar um disciplinamento da demanda, colocando obstáculos para que o usuário chegue à assistência.

O acolhimento pode se restringir, a uma recepção administrativa, ação de triagem com seleção daqueles que serão atendidos prioritariamente, em uma dimensão pontual, isolada ou até mesmo uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais. (BRASIL, 2009)

O acesso ao centro de saúde pode apresentar-se precário ou insuficiente, não qualificando a relação paciente trabalhador. Da mesma forma ocorre com os demais níveis de atenção a saúde, onde persistem filas de espera virtual.

O desafio é revisar, repensar e discutir continuamente o processo de trabalho e a repercussão no modelo assistencial, para buscar o aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Acompanhar a inserção da ESF desde início da implantação, vivenciar cada etapa, seus facilitadores e dificultadores, conquistas e desafios, faz acreditar na sua viabilidade como estratégia de saúde para a comunidade. Para as equipes de saúde da família (ESF), que mantêm contato direto com a comunidade, um dos dificultadores é desenvolver o trabalho proposto, pois é preciso conciliar agenda programada com demanda espontânea e estar se qualificando constantemente, para dar

respostas oportunas e adequadas aos usuários. Entretanto muitos outros desafios se impõem: as capacitações e ferramentas disponíveis se mostram insuficientes para garantir um acolhimento resolutivo, faltam profissionais, a área física dos centros de saúde muitas vezes está inadequada ou é insuficiente, faltam insumos, a demanda espontânea é crescente e complexa superando a capacidade de ação da equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais.

O documento da SMSA de Belo Horizonte descreve os desafios encontrados no processo de implantação da estratégia de saúde da família no município de Belo Horizonte, entre eles cita-se: violência em todos os matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar, trazendo a necessidade das equipes de saúde da família aprender a mobilizar novos atores e parceiros, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação. As diversas capacitações ainda não foram suficientes para dar conta da qualificação profissional para a prática da atenção primária e para a ampla abordagem dos problemas sociais e suas repercussões na área da saúde, ainda existem dificuldades para estabilização das ESF, principalmente médicos. (SMSA, 2008)

Muitos profissionais enfrentam dificuldades de adaptação à proposta da saúde da família. Há necessidade de fortalecimento da prática da medicina de família e valorização profissional e social. Há dificuldade no trabalho em equipe agravado pela pouca clareza das atribuições dos diversos profissionais. Os equipamentos e insumos não foram adequadamente dimensionados para a ampliação da atenção e para o modelo proposto. As áreas físicas ainda são inadequadas e em numero insuficiente. (SMSA, 2008)

Segundo (ESPMG, 2009) o grande desafio da atenção primária a saúde em Belo Horizonte é a reestruturação das agendas das equipes de saúde da família buscando o equilíbrio entre as ações de promoção, prevenção ou assistencial em saúde e atenção aos pacientes agudos e crônicos nos centros de saúde. Coloca a necessidade de reestruturar a abordagem aos pacientes agudos e aprofundar as discussões sobre acolhimento, que ocorre de forma heterogenia na rede e que vem sendo causa de descontentamento de algumas ESF e população.

(SMSA, 2006) cita que as equipes de saúde da família encontram dificuldade na organização de seu trabalho pelo excesso de demanda e da dificuldade de negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de prevenção e promoção.

Um grande desafio observado pela equipe azul do centro de saúde Ribeiro de Abreu é que muitos usuários retornam com frequência ao acolhimento com queixas inespecíficas, vagas e desconexas, que após avaliação médica e exames não se define um diagnóstico no corpo físico.

VASCONCELOS (2006) expressa este contexto:

Na maior parte das vezes nos defrontamos com um emaranhado de queixas, dores, carências e recursos que se confundem e extravasam os limites dados à doença. Esse fenômeno nos assalta insistentemente. E quando o sofrimento claramente extrapola a relação orgânica, falamos em dor psíquica. Mas ficamos sem ação quando parece não haver o que fazer do ponto de vista somático e o psíquico nos parece intuitivamente um sofrimento reativo até "normal", poderia ser dito até desejável diante da adversidade.

O acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem, exigem, portanto, uma escuta prolongada e qualificada, porém como a demanda espontânea é alta e constante, é grande o número de urgências e agudos, não é possível exercer este papel no dia a dia, pois gera demora nos atendimentos, tumulto na recepção e reclamações.

Nos trabalhos em grupo desenvolvidos pela equipe azul: obesidade e antitabagismo principalmente, que desenvolve a abordagem cognitiva comportamental breve, quando não se aborda doenças, mas sim questões do dia a dia, é possível perceber um aumento do vínculo do usuário com o trabalhador, melhora na auto estima e autonomia, conhecer e trabalhar as ansiedades e carências dos participantes, identificando alguns dos motivos das buscas incessantes pelos serviços de saúde.

Terapia comunitária é proposta no contexto da Equipe Azul como um espaço para troca de experiências, vivências, escuta, reflexão e conscientização para transformação.

Conforme cita BARRETO (2008):

terapia comunitária é um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da auto estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais; tendo como meta identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade.

Ao trabalhar com grupos para abordagens que estimulam auto estima, fortalecem o corpo e mente, a princípio deixam as agendas de atendimentos individuais saturadas, porém entende-se que o profissional de saúde pode ser importante agente de mudança, fonte de formação de novas posturas e atitudes diante das adversidades da vida.

Um grande desafio, pois exige repensar a forma de acolher, diante da sobrecarga de trabalho e criar espaços para colocar em prática o lado humano do trabalhador e do paciente.

Há uma diversidade de trabalhos produzidos acerca da eficiência e eficácia da terapia Comunitária, favorecendo a auto estima, responsabilização, complementando as ações da atenção primária.

2. OBJETIVOS:

- ✓ Apresentar as proposições da Terapia Comunitária no âmbito da Atenção Primária a saúde

- ✓ Contribuir com subsídios para implantação da Terapia Comunitária no centro de saúde Ribeiro de Abreu

3. Metodologia:

A metodologia definida para a pesquisa foi revisão da literatura e resgate de informações do portfólio, enfatizando os requisitos necessários para implantação da terapia comunitária, destacando o perfil da comunidade, da ESF e do terapeuta.

O portfólio consiste numa coleção de atividades realizadas no decorrer das disciplinas do curso, que podem ser utilizadas como material a ser explorado em atividades presenciais, levantamento de temas ou problemas a ser estudado em profundidade e para elaboração do trabalho de conclusão de curso. (NECON, 2008)

As atividades acumuladas no portfólio: levantamento dos problemas da ESF, diagnóstico situacional, planejamento estratégico situacional, dentre outras, foram fundamentais para definição do tema e desenvolvimento deste trabalho.

A escolha do tema supre um anseio de profissionais inseridos na equipe Azul de saúde da família, do centro de saúde Ribeiro de Abreu, que ao acumular experiências com atendimentos em grupos terapêuticos, com resultados satisfatórios, buscam aperfeiçoar e ampliar a prática assistencial grupal.

(...) a metodologia, portanto, inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). (MINAYO, 2007)

A pesquisa bibliográfica qualitativa foi realizada no período de Janeiro a novembro de 2010 e a construção do portfólio iniciou em outubro de 2008, quando iniciaram as atividades do curso de especialização.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa (..), com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO,2007)

O trabalho foi dividido em capítulos sendo o primeiro, a caracterização da equipe Azul, desenvolvido principalmente, a partir de informações do portfólio. Os demais capítulos: justificativa para trabalhar com grupos, as características e competências do coordenador e observador do grupo; conceito da terapia comunitária e suas conquistas é resultado de pesquisa em livros e nos sites da ABRATECOM (Associação Brasileira de Terapeutas Comunitários), BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e artigos científicos identificados através dos descritores “grupo operativo”, “terapia comunitária”, “terapia de grupo”, selecionando em torno de 20 artigos científicos. Um número significativo de trabalhos encontrados, utilizam bibliografias semelhantes, limitando o material da pesquisa.

Os textos selecionados foram lidos e acrescidos ao trabalho conforme sua relação com o desenvolvimento proposto.

4. A Equipe Azul do Centro de Saúde Ribeiro de Abreu

O portfólio, elaborado durante o curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, é um instrumento que contribuiu significativamente para elaboração deste projeto, onde foi possível resgatar as informações que caracterizam a região do proposto trabalho, onde destaca o seguinte diagnóstico situacional: a área de abrangência do Centro de Saúde Ribeiro de Abreu é muito extensa e em sua maioria de risco elevado, entretanto, na observação dos funcionários do centro de saúde, algumas áreas são de risco muito elevado, pois as moradias beiram o córrego do Onça que é muito poluído e sujeito a enchentes anualmente, o ambiente é mal cheiroso, sujo, desvitalizado e falta infraestrutura. Essa informação já nos remete a uma gama de problemas sociais e mentais decorrentes do ambiente onde algumas famílias vivem.

A equipe Azul atende uma população de 3.708 habitantes, divididos entre cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a densidade familiar é de 3,89, a faixa etária predominante é a adulta (56,8%), 25,2% são mulheres em idade fértil, 11,2% são adolescentes, 13,4% são maiores de 50 anos e 18,4% são menores de 11 anos. 96% da população são dependentes dos serviços de saúde pública. Censo BH Social (2008)

As cinco micro-áreas são de risco elevado, abrangem dezenove ruas, sendo duas delas com saneamento básico precário, as moradias são todas de alvenaria, possuem água tratada e coleta de lixo.

O enfermeiro e médico generalista possuem horários definidos nas agendas para atendimentos individuais e em grupo. Os usuários são orientados a comparecerem, quando necessário, ao centro de saúde, em horários definidos para atendimento, quando serão acolhidos pelo enfermeiro e ou auxiliar de enfermagem para devida conduta. Os casos agudos são atendidos a qualquer horário por um dos profissionais da equipe. Os auxiliares de enfermagem das equipes também seguem a escala de serviços da unidade de saúde, o que impede dedicação exclusiva para a ESF, que é um dificultador no processo trabalho. O

horário de atendimento da equipe é de 7 as 16 horas, porém os ACS trabalham de 8 à 17 horas.

A equipe demonstra comprometimento com seu trabalho, conhece a área de abrangência e maioria dos usuários. Os usuários, de um modo geral demonstram vinculação com a equipe, porém sofrem as conseqüências da alta rotatividade médica. A ausência de uma avaliação formal do trabalho e de planejamento, assim como, de reuniões de equipe com o grupo completo, falhas no sistema de informação, que impedem o uso dos dados, para avaliar os resultados alcançados, são problemas que geram desmotivação, por desconhecimento do valor real do trabalho da Equipe.

Os fatores determinantes do processo de saúde e doença na região são os mais diversos: cultural, emocional, social, econômico; interferem no processo de trabalho, gerando uma demanda espontânea contínua, significativa em número e complexidade e crescente que necessita de uma abordagem ampla, acolhedora, multidisciplinar e intersetorial.

Para FERREIRA FILHA (2010) o processo de desigualdade e exclusão presente na sociedade gera sofrimento que muitas vezes só é percebido através de sintomas físicos corporais, manifestados pelo estresse constante, ansiedade, angústia, levando as pessoas ao serviço de saúde em busca de alívio medicamentoso para o sofrimento. O contexto em que essas classes populares vivem é segundo VASCONCELOS (2006):

resultado do mundo opressivo, em que as transformações são muito rápidas e as informações não são muito claras que lhes permita se situarem, tendo forte tendência a tudo parecer caótico. O turbilhão de emoções, instigadas pelas repetidas situações de opressão, provocam intensa confusão mental. Pequenas calamidades se repetem. Iniciativas de sair da roda viva de opressões são repetidamente frustradas pela dinâmica impessoal do capitalismo e parecem ser insignificantes. Neste contexto, o desanimo e até o desespero é um grande risco.

Depressão, distmias: baixa auto estima, falta de expectativa de vida e de iniciativa, falta de recursos sócio econômicos e lazer, pobreza, solidão, violência, desestruturação familiar, ambiente sofrível, são alguns dos problemas vivenciados no dia a dia, que merecem atenção e sensibilização da equipe, para elaboração de um projeto que possa intervir na forma de pensar e agir dos usuários e conduzir a uma melhor qualidade de vida.

5. Porque formar grupos terapêuticos

Trabalhar com a comunidade de uma área definida permite conhecer a clientela e programar o trabalho em benefício da mesma e do trabalhador, mas podem surgir entraves que dificultam a organização do processo de trabalho, como exemplo: inexperiência de profissionais, desinteresse, insuficiência de profissionais na unidade de saúde, estrutura física inadequada, falta ou deficiência de equipamentos de trabalho, sistema logístico e de apoio.

Em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo BARRETO (2008) propõe formação de grupos de terapia comunitária para fortalecer as relações humanas, criar redes de apoio social e afirma que a solução para problemas onde a família e as políticas sociais falham, está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças. É uma prática de intervenção simples mas que requer capacitação.

FRITZEN (2004) cita que:

os habitantes deste planeta terra nascem e vivem em grupos, a educação e socialização das crianças ocorrem em grupos e a maioria das atividades e trabalhos é realizada em grupos que são dependentes, entretanto falta integração, devido problemas de relacionamento e raramente observamos o nosso comportamento num grupo e nossa conduta pode não atender as exigências e observações dos demais participantes criando constrangimento e conflitos.

Torna-se necessário, portanto, os participantes e coordenador, criar regras dentro do grupo para que haja respeito mútuo, incentivar que os novos valores adquiridos, perpassam para a família e para os vizinhos e assim sucessivamente, construindo uma comunidade com princípios de união, grandes redes de apoio. As diferenças, que muitas vezes precisam ser aceitas ou não podem ser modificadas poderão ser trabalhadas no decorrer dos encontros.

A Terapia comunitária (TC) requer alguns pressupostos como: ambiente de silêncio, falar da própria experiência; não dar conselhos, fazer discursos ou sermões; sugerir músicas, respeitar a história de cada pessoa. (BARRETO, 2008)

RIVIÉRI (1994) define grupo como: um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade.

O grupo, segundo o mesmo autor possui momentos situacionais que configuram um pensar, sentir e agir, de um sujeito que são: pré-tarefa, tarefa e projeto. Na pré-tarefa situam-se as técnicas defensivas, resistência a mudança, que são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda (ansiedade depressiva) e ataque (ansiedade paranóide) na nova situação. O momento da tarefa consiste na abordagem e elaboração de ansiedades, processo cuja significação central está em tornar consciente o inconsciente. No momento de projeto é possível elaborar estratégias e táticas para intervir nas situações, provocando transformações.

O processo de aprendizagem em grupo já é muito utilizado na psicologia, através das chamadas técnicas vivenciais, onde é colocado para os participantes, situações problema, parecidas com aquelas com as quais eles convivem ou virão a conviver, são convidados a expor seus conhecimentos, habilidades, críticas, sentimentos; acreditando-se na aprendizagem através das emoções e sentimentos vivenciados, conduzindo as pessoas a mudanças de atitude e padrão de comportamento. (SANT'ANA, 2005)

Os participantes de um grupo estão, portanto, sujeitos a mudança do modo de pensar e agir motivados pela troca de experiências e esclarecimentos explícitos ou implícitos que se estabelecem. Dentro desse grupo as pessoas podem desempenhar papéis sociais, classificados em duas categorias: formais (coordenador e observador) e informais (líder, porta-voz, sabotador e bode expiatório. (VASCONCELOS, 2009)

Um dos princípios básicos da técnica operativa de grupos descritos por RIVIÉRI (1994) é que quanto maior a heterogeneidade adquirida através da diferenciação de papéis sociais, experiência e

conhecimentos que cada membro trás para o grupo e quanto maior a homogeneidade em relação à tarefa maior será a sua produtividade. No estudo realizado por PELUSO (2001) foi relatado pelos participantes da psicoterapia em grupo, aumento da capacidade de auto análise no modo de agir e diminuição do sofrimento psíquico. O grupo deve criar vínculos pessoais entre os membros, e acontecer de maneira descontraída permitindo uso da imaginação, criatividade e intuição.

5.1 O coordenador e observador de grupo

O coordenador e observador são pessoas responsáveis pela organização e condução do grupo, devendo propor e pactuar as regras para sua efetivação e andamento.

Para MOSCOVICI (1995) a dinâmica de grupo deve observar entre outras coisas: como são estabelecidos os objetivos no grupo, existe objetivo comum, claro, compreendido e aceito por todos os membros, os objetivos individuais explícitos ou implícitos são compatíveis com o grupo e entre si? Qual o grau de motivação, a participação é plena e espontânea? A comunicação é livre e espontânea ou cautelosa e bloqueada? Há confiança para expressão autêntica de pensamentos e sentimentos?

Segundo VASCONCELOS, et al (2009) o coordenador deve manter o grupo centrado na tarefa e favorecer a fala de todos, estimulando a expressão dos sentimentos, estar atento às necessidades de reforço da autoimagem e à autoestima, fornecer as informações que o grupo explicita como necessárias, ser um facilitador da interação entre os membros do grupo, e ser capaz de lidar com os diferentes papéis informais que os membros do grupo interpretam.

ZIMERMAM, 2007 citado por Vasconcelos, et al (2009) alerta em relação ao tamanho do grupo que “não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto visual, auditiva e conceitual.” Deve ter objetivos claros, preservação de local e dias certos, tempo de duração, início, plano de férias, regras e outras variáveis que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta.

BECHELLI, et al (2005) atenta para o fato de o paciente possuir, antes da terapia de grupo, seu conhecimento familiar e social, crenças, valores, atitudes e distorções; e só passa a se beneficiar dos trabalhos em grupo quando começa a fazer comparações sociais, autoavaliação, observando seu próprio comportamento, opiniões, sentimentos, estado emocional e seus problemas em relação aos demais, podendo se conhecer. A partir desse momento passam a entender como a terapia pode promover mudanças.

A participação no grupo deve ser voluntária e é essencial que estejam motivados, garantindo um ambiente saudável e favorável ao crescimento e troca de experiências.

A motivação é uma das chaves da abordagem, e torna-se claro entender essa afirmação quando MOSCOVICI (1995) afirma que:

quando a motivação de ajuda satisfaz as necessidades normais de ambas as partes, a relação mantém-se dentro de limites saudáveis. Quando, porém, alguma carência de uma das partes extrapola esses limites, em intensidade e duração, configura-se uma tendência de relação menos saudável. Se a necessidade de auto afirmação do ajudador for insaciável, por exemplo, ele prestará ajuda muito mais empenhado em mostrar e obter reconhecimento de sua importância e superioridade do que, propriamente, em socorrer a pessoa carente.

O condutor do processo precisa estar motivado e afinado com seu papel, ou seja, é necessária qualificação técnica e perfil, não pode transparecer uma troca de favores. Características como: empatia, afeição, disponibilidade, condutas adequadas e construtivas são fundamentais para o progresso da terapia.

O ajudado também precisa estar ou ser motivado, é preciso lembrar o quão difícil é pedir ajuda, para entender a dinâmica dessa relação. O condutor e o ajudado estão em posições diferentes, e a relação tem que ser construída até atingir o ponto em que elos afetivos e intelectuais envolvam ambas as partes, fechando o ciclo da relação. Nesse momento ambos percebem que cresceram juntos, pois ambos aprenderam algo. (MOSCOVICI, 1995)

Ainda segundo o mesmo autor é difícil reconhecer a própria carência e a provável fonte de satisfação, pedir ajuda pode parecer um ato constrangedor ou humilhante para muitas pessoas. Em nossa cultura, pedir auxílio pode ser interpretado como sinal de fraqueza, insegurança, ignorância, inferioridade. É mais fácil referir uma dor e pedir um remédio, reclamar da falta de dinheiro, da violência urbana, ou seja, culpar os problemas sociais e não perceber que eles podem surgir da individualidade de cada um.

O terapeuta comunitário deve acreditar no outro, valorizar suas experiências, trabalhar suas competências, suscitando uma dinâmica

que permita partilha de experiências e criação de uma rede de apoio. (BARRETO, 2008)

Uma qualidade importante do condutor de um grupo é a capacidade de observar e de dar retorno aos questionamentos, ou seja, fazer o fechamento do aproveitamento do grupo naquele dia. Sendo aconselhável inclusive a participação de um observador, não participante, para ajudar nesse fechamento e análise do desempenho do grupo.

VASCONCELOS, et al (2009) cita que o observador não participante tem a função de registrar todas as expressões verbais e não verbais para posteriormente analisar junto com o coordenador e planejar as atividades subseqüentes do grupo.

Um bom observador será fundamental para apoiar o condutor do grupo, incentivando os participantes a expressarem suas observações sem julgar se estão certas ou erradas, boas ou ruins, criando um espaço de diálogo e troca de experiências, expondo a priori sua opinião e percepção.

Conhecer a linguagem do corpo é outra qualidade que pode fortalecer o papel de um bom observador. O corpo é um grande centro de informações, e o mais importante, não mente, neste sentido ele é um grande aliado na comunicação. São gestos inconscientes que se relacionam com o que se passa na mente das pessoas. Estes mesmos autores acrescentam que o observador deve desenvolver a capacidade de entender intimamente seus semelhantes através da leitura corporal e deve usar este conhecimento sem preconceitos.

ANDRADE, et al (2009) destaca a importância de se registrar as rodas de terapia comunitária para construir uma radiografia das dores da alma da comunidade e, conseqüentemente, balizar a proposição de atividades centradas na problemática mais relevante de um determinado bairro ou região e orientar as atividades educativas posteriores.

Para MOSCOVICI (1995) O feedback de observações permite a análise do processo vivido pelo grupo para elaboração do seu mapa cognitivo, compreensão e significado da vivencia. Os membros aprendem a dizer com naturalidade suas percepções e aprendem a reconhecer que

aquilo que muitos observaram , ou somente um observou, são informações válidas para o melhor conhecimento da situação e para diagnóstico conjunto mais fundamentado. Não há percepções certas ou erradas. A convicção de que todas as pessoas revelam aspectos reais da situação concorre para o desenvolvimento de atitudes e habilidades interpessoais e de equipe. O reconhecimento da validade dos pontos de vista dos outros, de suas idéias e sentimentos, leva ao respeito pelo outro, pelas pessoas que o outro é. O respeito pelas diferenças individuais passa a ser verdadeira realidade ao invés de permanecer mero discurso. Cada um pode colocar sua opinião honesta e discutir as diferentes posições com serenidade, sem provocar ameaças de radicalização.

A observação e o feedback de forma hábil e oportuna são habilidades que devem integrar a atividade em grupo para aumentar a resolutividade e trabalhar de forma participativa. Quando as observações são relatadas no grupo, constrói-se um rico material para aprendizagem individual e coletiva, geralmente são os aspectos relevantes que foram captados com mais clareza e não por acaso.

BARRETO (2008) ressalta que o terapeuta não deve expor suas idéias na terapia, mas sim coordenar o grupo, estimulando a descoberta dos recursos individuais e comunitários e mobilizar o possível em cada pessoa.

BECHELLI, et al (2005) acrescenta que o feedback “Corresponde a uma informação sincera e não a uma mera opinião ou especulação; encerra um componente emocional e, ao mesmo tempo, uma revelação pessoal.”

O terapeuta comunitário, segundo BARRETO (2008) deve, entre outras características, ser alguém já engajado em trabalho comunitário, não ser imaturo, super-rígido ou preconceituoso, não ter situação problema mal resolvida. Não precisa ter formação escolar, mas é importante que tenha aprendido na escola da vida, devendo ser verdadeiro, comprometido, ter sensibilidade para compreender o outro, perceber em cada problema uma carência, um pedido de ajuda. É importante que saiba amar e escutar.

Maturidade, auto resolutividade, e aceitação do outro, são qualidades que o terapeuta deve buscar continuamente para não interferir na

qualidade assistência. A formação escolar deve ser vista como aliado ao tratamento proposto, uma vez que pode ser necessária uma intervenção especializada em algum caso.

Para o autor supra o papel do terapeuta é trabalhar o sofrimento das pessoas, suscitar as idéias do próprio grupo, através de perguntas, estimulando o resgate e a troca de experiências para formação de redes de apoio.

Para formação e condução do grupo de terapia comunitária é necessário participar de uma seleção e de um curso de capacitação profissional, contendo aula teórica e prática, no final é conferido certificado. (BARRETO, 2008)

6. O que se propõe a Terapia comunitária

A Terapia Comunitária (TC) é um ato terapêutico de grupo, desenvolvido pelo professor de graduação e pós graduação do Departamento de Saúde comunitária da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará: Dr. Adalberto de Paula Barreto. (BARRETO, 2008)

Para o seu criador TC é um espaço comunitário para se partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, onde se escuta histórias de vida. Todos se tornam terapeutas de si e co-responsáveis pela busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano.

A meta fundamental da TC é identificar e suscitar forças e as capacidades das pessoas, famílias e comunidades, para que encontrem suas próprias soluções, superem as dificuldades impostas.

Os alicerces teóricos da TC são cinco: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência. O seu desenvolvimento ocorre em seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva e avaliação. (BARRETO, 2008)

O pensamento sistêmico diz que os problemas e crises só serão entendidos a partir do momento que percebemos a sua relação com o corpo, a mente e a sociedade. Já que somos um todo em que uma parte depende da outra. (BARRETO, 2008)

A teoria da comunicação defende que a comunicação une os indivíduos, a família e a sociedade. A comunicação pode ser compreendida além das palavras, todo ato verbal ou não verbal, individual ou grupal tem valor de comunicação. Deve-se valorizar a clareza e a sinceridade ao se comunicar e ficar alerta aos riscos da comunicação usada de forma ambígua. (BARRETO, 2008)

Para a antropologia cultural a cultura é um elemento de referência para construção da identidade pessoal e do grupo. A diversidade cultural é uma fonte de riqueza que deve ser respeitada, do contrário

há a exclusão social, que impõe uma identidade negativa ou com valores diferentes da nossa. (BARRETO, 2008)

A pedagogia de Paulo Freire diz que ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade e não transferência de informações do educador para o educando. É fundamental associar a teoria à realidade, pois a história de vida também é fonte de saber. O educador deve ter respeito e aceitação da diversidade, sem discriminação e preconceitos, deve ter envolvimento e identificação com o trabalho. (BARRETO, 2008)

A resiliência diz respeito a capacidade de superar dificuldades e na terapia comunitária é meta fundamental identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades para que possam encontrar as próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade. (BARRETO, 2008)

(ANDRADE, 2009) define terapia comunitária como um espaço para partilhar os sofrimentos causados por situações estressantes, estimulando as pessoas a expressarem suas emoções e sentimentos, sem risco de julgamentos, dando vazão às tensões, permitindo que a própria comunidade encontre as soluções para seus problemas; valorizando a cultura popular. O ponto de partida para a roda de terapia comunitária é uma situação problema, apresentada por alguém da comunidade, tendo o terapeuta comunitário como facilitador que se propõe a reforçar a importância da valorização da família e da rede de apoio solidário, estimulando o auto cuidado. O ambiente deve ser tranquilo e agradável.

GRANDESSO (2003) descreve que a TC requer capacitação e supervisão, prática e manejo de grupos, podendo ser capacitado um amplo universo de pessoas. A condução das sessões exige escuta e atenção a cada um dos participantes e ao grupo. Pode ser desenvolvido em qualquer espaço, inclusive aberto. Não é permitido dar conselhos, cada um fala da sua experiência usando a primeira pessoa do singular: EU.

BECHELLI (2005) destaca que a empatia e ausência de julgamento externo é positivo para estimular o desenvolvimento da independência, responsabilidade, facilita o processo cognitivo e o ajustamento

emocional. Não sendo, portanto, recomendável propor soluções ou possíveis alternativas.

A Terapia Comunitária Sistêmica não está focada em diagnósticos ou definições de problemas e teorias de mudança, mas sobre o sofrimento humano em qualquer uma de suas formas e manifestações, visando ações básicas de saúde comunitária, tendo como metas a prevenção, a mediação de crises e a inserção social, com vistas a reforçar os vínculos entre as pessoas da comunidade, mobilizar e valorizar as competências vindas da experiência, do saber local e da cultura. (GRANDESSO, 2007)

Fukui (2009) descreve como uma das características da terapia comunitária: foco na pessoa, que ao relatar sua dor, sofrimento ou alegria perfila sua singularidade no grupo e reforça a auto estima, apropria-se de sua herança cultural e sua forma de estar no mundo, passível de modificar-se modificando a vida pessoal, as relações familiares, de vizinhança e sua inserção na comunidade, na demanda de serviços e no exercício de seus direitos. Reconhece como uno e múltiplo, diferente e igual e parte de um grupo maior.

A comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é parte importante da terapia, tanto a fala como o silêncio podem gerar reflexões internas e mudança de comportamento ou reordenação das idéias.

Para não adoecer, precisamos verbalizar os sentimentos e as emoções que são escondidos, reprimidos; precisamos desabafar, confidenciar, partilhar nossa intimidade, nossos segredos, nossos pecados. O diálogo, a fala, a palavra, é um poderoso remédio uma excelente terapia. (MALHEIROS, 2007)

Segundo as experiências de GRANDESSO (2003) a TC pode ser aplicada a pessoas de diferentes níveis sócio-econômicos e culturais e de diferentes faixas etárias e populações de diferentes perfis (mulheres com depressão, vítimas de violência, famílias de pacientes psiquiátricos, etc.).

A Terapia Comunitária apresenta-se como um modelo terapêutico capaz de atender simultaneamente a um número muito grande de pessoas, configuradas como um grupo aberto, não depende das mesmas pessoas para dar continuidade sessão por sessão ao processo terapêutico, o que amplia ainda mais seu alcance e viabilidade. Trata-

se de um modelo especial de terapia em que cada sessão caracteriza-se como um ato terapêutico com começo, meio e fim para as pessoas presentes na sessão daquele dia. (GRANDESSO, 2003)

A Terapia Comunitária vem se constituindo em espaço de partilha, onde momentos marcados pela subjetividade (diz respeito a uma parte necessária do entendimento de como as pessoas manifestam a tentativa de agir no mundo) passam a compor o cenário dos usuários que procuram no serviço de atenção básica a melhora de seu sofrimento mental. (FERREIRA FILHA, 2010)

BECELLI (2005) observou o seguinte:

O grupo permite ao paciente observar o comportamento dos demais, podendo notar que: situações que o deixam irritado, irado ou aborrecido, não provocam a mesma reação em outros participantes; sentimentos que jamais ousou expressar são prontamente manifestados pelo colega de grupo; a idéia que fazia de si próprio e do mundo não é necessariamente como o outro pondera; sentimentos e experiências que considerava peculiar a sua pessoa são comuns em relação aos demais.

A interação entre as pessoas permite reconhecer comportamentos, intenções e valores que compõe o meio, isto é perceber o outro, dar valor a alguém, aceitá-lo em seu meio, integrá-lo como colega, conhecer características que até então eram despercebidas. (COSTA, 2005)

A oportunidade de observar, olhando, escutando com atenção, mesmo estando em silêncio, também pode beneficiar o cliente, gerar aprendizado interior. A mudança e crescimento tornam-se possíveis quando a pessoa consegue se aceitar como realmente é, deixa emergir gradualmente seus sentimentos profundos, com apoio do grupo, promovendo alívio e conforto por se sentir compreendido diante de suas dificuldades e emoções dolorosas. (BECELLI, 2005)

A Terapia Comunitária propõe uma mudança em modelos reducionistas, centrados no unilateralismo, convidando todos para um olhar voltado para o horizonte, ao cuidado da saúde comunitária, nos espaços públicos, tanto individuais como familiares, estimulando o resgate da cidadania e o incentivo do processo de empoderamento. ' Constituindo um espaço de troca de experiências, permitindo a reconstrução e\ou

construção de redes sociais de promoção da vida, valorização da cultura e das competências de cada indivíduo. (HOLANDA, 2006)

Quando as pessoas aprendem a se escutar com atenção e respeito, e ao ouvir o outro percebe que ele e eu somos semelhantes, passamos por sofrimentos parecidos ou situações também parecidas, surge uma empatia. Eu e o outro não somos tão diferentes. Ela ou ele, e eu, temos muito em comum. Eu ajudo e sou ajudado. As redes, as teias de aranha não são símbolos sem significado mas realidades concretas.” (LAZARTE, 2010)

Para Holanda (2006) a teia de apoio é favorecida pela amizade, pela vida compartilhada, pelo alívio do sofrimento, empoderamento dos recursos pessoais e fortalecimento dos vínculos. Entendendo teias de apoio como redes de relações sociais que circundam o indivíduo, bem como suas características.

A superação dos desafios do dia a dia passa a ser responsabilidade de todos os participantes do grupo, a medida que se escuta as histórias de vida de cada pessoa, despertando para a solidariedade, a partilha, valorizando-se a dinâmica interna de cada indivíduo e sua capacidade de transformação individual e coletiva, promovendo uma cultura de paz, podendo ser pautada na experiência da espiritualização. (HOLANDA, 2006)

Durante a atividade do grupo o paciente tem a oportunidade de fazer uma auto-avaliação, observando seu comportamento, opiniões, sentimentos, estado emocional seus problemas em relação aos demais, podendo rever sua identidade, gerando maior conhecimento e compreensão de seus próprios sentimentos, aumenta a auto-aceitação, estimula a testar um novo comportamento, estabelecer uma nova visão dos demais, de si e do próprio mundo, reduzindo o eventual isolamento social. (BECHELLI, 2005)

A TC é uma verdadeira transformação da fraqueza em força, e as pessoas descobrem que isto ocorre na vida de cada um, podendo dizer que é a vitória do ser humano sobre a adversidade, que não termina enquanto há vida. (LAZARTE, 2010)

A terapia comunitária busca sempre o fortalecimento de sentimentos propulsores da vida como esperança, determinação, fé, fazendo com que cada um se conscientize que é responsável por uma parte da

solução de seus problemas. Incentiva a interação com outras pessoas, descobrir a importância do outro na resolução de problemas e desvendar o poder resiliente de cada participante. (ANDRADE, 2009)

A apropriação da TC como método de trabalho permite conhecer a diversidade de causas de adoecimento das pessoas, permite planejar uma assistência mais humanizada e holística, criando parcerias, coresponsabilização e resultados satisfatórios.

6.1 Conquistas da terapia comunitária

Alguns trabalhos já mostram as contribuições da TC nas comunidades, reforçando seu potencial terapêutico, resolutivo, de baixo custo, promove auto estima, formação de redes de apoio e é adequado as princípios do SUS.

Para GUIMARÃES (2006) TC atende aos princípios norteadores do SUS ensinando a construir redes de apoio social, possibilitando mudanças sociais, reconhecendo as competências de cada ator social para contribuir na superação das dificuldades, devendo ser divulgada como prática de caráter terapêutico e transformadora da realidade.

Para GUIMARÃES (2006) a TC revela-se como uma tecnologia de cuidado de baixo custo, com finalidade de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, pode ser utilizada pela ESF, funciona como fomentadora de cidadania, identidade cultural das comunidades e de redes sociais solidárias que possibilitam as pessoas, famílias e grupos, desenvolver autonomia e adquirir as bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social. O que justifica sua utilização.

HOLANDA (2006) destaca a formação das redes de apoio construídas através da vida compartilhada, da amizade, alívio do sofrimento, empoderamento dos recursos pessoais e fortalecimento de vínculos. Segundo este mesmo autor, redes de apoio são as teias de relações sociais que circundam o indivíduo, bem como suas características.

ANDRADE (2009) cita que a TC em uma vivencia em uma comunidade contribuiu para formação de vinculo entre as pessoas, ajudou a ESF a entender melhor as necessidades das pessoas, tornando-se instrumento de reflexão sobre a realidade da população atendida no PSF.

No grupo a relação entre as pessoas muda para uma postura de acolher, escutar e respeitar o sofrimento do outro, desenvolve a generosidade de dar e poder receber, aprende uns com os outros, reconhece as competências de cada um e cria-se uma atmosfera amorosa de legitimação das diferenças. (GRANDESSO, 2003)

As vivências de grupo e as trocas de experiências fazem os participantes se sentir protegidos e fortalecidos para enfrentarem problemas do coletivo, resgatam habilidade e competências, dando um novo significado ao sofrimento cotidiano. (GUIMARÃES, 2006)

Para ANDRADE (2009) é comum nas rodas de TC as pessoas falarem de momentos de superação de vida e o que aprenderam na discussão de problemas semelhantes ao do tema escolhido. Destaca a resiliência como responsável pela diminuição da intensidade do estresse e de sinais emocionais negativos, como depressão, ansiedade, raiva, pois se torna capaz de metabolizar o evento negativo e construir a partir dele.

Os depoimentos destacados por GUIMARÃES (2006) revelam: auto estima relacionada com a imagem que as pessoas desenvolveram sobre si mesmas, através da resiliência e empoderamento, mudando a percepção que tinham do outro, de si e da realidade onde vivem. Percebendo o outro há possibilidade de se aplicar suas habilidades, competências e descobrir a alteridade.

Nas histórias compartilhadas, ser pobre, ser favelado e ser negro significava ser tomado por ladrão; amigo, informante ou cúmplice de ladrão, drogado, anti-higiênico, colocado sob suspeita sem qualquer razão, além de estar no lugar errado na hora errada... Portanto, pertencer a uma rede que legitima e valoriza cada pessoa, reconhece suas competências independente de sua origem étnica, aparência, condição social, uma rede solidária que o reconhece pelo nome, em si já cria um contexto de transformação, melhora da auto-estima e resgate da dignidade. (GRANDESSO, 2003)

O sofrimento é fonte de competência, um sofrer que torna o indivíduo mais humanizado e especialista em sua resolução. (GUIMARÃES, 2006)

A equipe de saúde se beneficia da TC quando o paciente passa a conhecer a verdadeira causa do seu sofrimento, reconhece sua responsabilidade e compartilha as potencialidades para a sua solução.

Os encontros de TC acompanhados por HOLANDA (2006) mostraram mudanças no humor e disposição dos participantes.

Mudanças percebidas nas histórias analisadas por GUIMARÃES (2006): auto responsabilização, aumento da auto determinação, autonomia para tomar decisões e desenvolver habilidades, compreensão e consciência sobre aspectos da vida. Descobrem seu potencial transformador, percebem mudanças em seu comportamento e atitudes. Buscam a sociabilidade, para fazer parte de um contexto e não se sentir excluído, melhorando a qualidade de vida.

A autonomia e auto determinação tornam o sujeito reconhecedor da sua capacidade e responsabilidade em mudar de atitude para ter saúde, resultando em uma melhor adesão as terapias propostas.

Os encontros da TC favorecem o conhecimento das potencialidades e capacidades geradora de solução.

Para HOLANDA (2006) há muitas contradições na sociedade atual e a inversão de valores tem levado a solidão, falta de comunicação e falta de toque. A cultura capitalista privilegia a racionalidade técnica científica: o Ter acima do Ser, o potencial criativo e a liberdade encontram-se perdidos.

O autor identifica em alguns relatos o fortalecimento do vínculo familiar, de amizade e espiritual, onde os participantes da TC trazem à tona a relevância das verdadeiras amizades. A interação entre as pessoas, nesta experiência, favoreceu a construção de novos olhares para diversos aspectos da vida do ser humano, como a espiritualidade. (GUIMARÃES, 2006)

HOLANDA (2006) descreve assim sua experiência:

Constatamos que as brincadeiras proporcionaram uma descontração e despertaram um riso suave diante das inquietações e sofrimentos de uma vida de privações e batalha pela sobrevivência. As músicas e orações ajudaram as gestantes a minimizar suas ansiedades, e, assim, poderem encontrar o melhor caminho para viver a gestação com mais equilíbrio e terem um parto tranquilo e consciente. Já as massagens e o relaxamento auxiliaram na descoberta de suas transformações, amenizando medos, além de proporcionarem o contato com o filho.

A construção de vínculos comunitários, de lazer e social ficam evidente quando os participantes da TC demonstram um novo olhar para a violência, onde não predomina o medo e nem o silêncio, mobilizam recursos para solução das dificuldades encontradas no

cotidiano, elabora ações de mobilização social para enfrentar problemas vivenciados no coletivo. (GUIMARÃES, 2006)

A TC torna-se, portanto um instrumento de trabalho que poderá fortalecer as ações da atenção primária, onde as pessoas passam a responsabilizar-se não só pela sua saúde, mas também pela saúde da comunidade, formando laços de amizade, ajuda mútua e co-responsabilização.

7. A Equipe azul e a terapia comunitária

A demanda espontânea do centro de saúde consiste na procura dos serviços por iniciativa própria ou dos familiares, ou seja, parti das necessidades percebidas pelas pessoas. Dessa forma pode haver problemas relevantes, não percebidos como tal, mas que precisam de abordagem e intervenção da equipe para serem resolvidos. (ANDRADE, 2009)

A integralidade é um dos princípios norteadores da ESF, cabendo a atenção primária a saúde ajustar os serviços às necessidades de saúde da população ESPMG (2010), buscando enfrentar os problemas individuais, biológicos de saúde, coletivo e sócio-cultural.

Os profissionais de saúde precisam rever o processo de trabalho, para desenvolver ações de atenção integral a saúde da população adscrita, para promover saúde.

Desde ano 2007 a TC esta vinculada as práticas integrativas e complementares no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da saúde, ou seja, são praticas complementares e jamais substitutivas, no serviço público de saúde, agregando valor ao SUS. (ANDRADE, 2009)

Para ANDRADE (2009): a introdução da TC no âmbito da estratégia de saúde da família é considerada uma medida compatível, viável e coerente com os objetivos da estratégia.

O enfermeiro é um profissional que se prepara para atender ao paciente dentro da visão holística, podendo contribuir para a efetivação da TC na comunidade, promovendo uma assistência mais humanizada e resolutiva.

Segundo SOUZA (2007) o Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde reforça a importância da ESF perceber a multicausalidade dos agravos à saúde que podem ser de ordem física, mental, social, individual, coletiva; tendo em vista os indivíduos como sujeitos cidadãos em seu meio ambiente e contexto social e familiar.

Segundo ANDRADE (2009) desde agosto de 2008, o projeto de implantação da TC na rede SUS e na ESF vem sendo desenvolvido em vários estados do Brasil, sob orientação técnica da Universidade

Federal do Ceará e a supervisão da Associação Brasileira de TC (ABRATECOM).

Para implantação da TC na comunidade assistida pela Equipe Azul sugeri investir na capacitação de pares, incluindo um enfermeiro, que atenda aos critérios que norteiam a escolha do terapeuta comunitário e divulgação do projeto na comunidade, uma vez que já se conhece alguns dos principais problemas da comunidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

A TC é um recurso da atenção primária a saúde que acolhe, escuta e direciona, estando em conformidade com a proposta da ESF.

Acolher todos os usuários que chegam à unidade de saúde de forma integral é um grande desafio da atenção primária, pois é preciso conciliar atendimentos de demanda espontânea cada vez maior com atendimentos programados, somados aos atendimentos dos usuários que retornam com maior frequência ao centro de saúde com queixas inespecíficas e até desconexas.

Durante o curso de especialização em atenção básica em saúde da família foi possível conhecer melhor a clientela da equipe Azul e perceber a necessidade de remodelar o processo de trabalho, buscando uma assistência mais resolutiva e acessível.

A terapia comunitária é referida como uma ação complementar da atenção primária, que procura promover saúde, não trabalha com patologias, busca fortalecer a auto estima favorecendo o auto cuidado, responsabilização e uso das competências individuais e comunitárias.

Pretende-se buscar meios de interagir com as pessoas, criar vínculos para promover mudanças no modo de pensar, agir e construir uma sociedade detentora de poder sobre o seu corpo e o meio ambiente, formar grupos de auto ajuda na comunidade, para o fortalecimento e melhoria da saúde.

Conhecer as habilidades necessárias para desenvolver grupos terapêuticos de terapia comunitária, auxilia no preparo do profissional e na elaboração das técnicas para condução dos encontros.

Diante da complexidade de lidar com pessoas nos momentos de fragilidade emocional, das habilidades e competências necessárias para se trabalhar com grupos de terapia comunitária, torna-se necessário um estudo da metodologia, para adequar o processo de trabalho à realidade de cada local.

Qualificar atividades de grupo buscando uma sistematização, estabelecendo regras, metas e objetivos, criando espaços para autoconhecimento e troca de experiências que poderão trazer alívio ou até mesmo solução para problemas emocionais dos usuários de área adscrita da equipe nº 1, é um caminho que se propõe a trilhar.

Pretendeu-se com esse trabalho, buscar formas de ampliar o acesso ao serviço de saúde, buscar autonomia e contribuir para aumento da auto estima de usuários que apresentam sofrimentos que muitas vezes não são expostos nos atendimentos de acolhimento diário do centro de saúde, mas que geram demanda significativa de retornos ao serviço de saúde.

Para desenvolver este trabalho será imprescindível, portanto, uma capacitação do passo a passo da terapia comunitária proposta por BARRETO (2008), acrescido de outros subsídios, experiências e a própria construção do processo coletivo da terapia comunitária.

9. REFERENCIAS:

ANDRADE, L.O.M. et al **O SUS e a terapia comunitária**. Fortaleza: Brasil. Ministério da Saúde Universidade Federal do Ceará, 2009.

ANDRADE, F.B. et AL. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.5: p.687-694, set./out. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fev. 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde)** 2. ed. 2006.

BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. O paciente na psicoterapia de grupo. **Revista Latino Americana de Enfermagem** v.13, n.1 jan/fev 2005.

CARDOSO, C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Unidade didática 1 Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

COSTA, R. **Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17 mar./ago. 2005.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS (ESPMG) **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde de Belo Horizonte**. Oficina1: Análise da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

FARIA, H. et al **Unidade Didática I Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG/ NESCON, 2008.

FARIA, H. et al **Unidade Didática I Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 1: Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: UFMG/ NESCON, 2008.

FERREIRA FILHA, M.O. et al **A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento**, v.11, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>> Acesso em: 13 nov. 2010.

FRITZEN, S.J. **Exercícios práticos de dinâmica de grupo**. Vol.1 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FUKUI, L **Terapia Comunitária. Uma forma de atuação no espaço público**. In: II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, Universidade Federal de São Paulo, 2009.

GRANDESSO, M.A. **Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica - Considerações teórico-epistemológicas**. In: GRANDESSO, M.A., BARRETO, M.R. *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; p.181-9 2007.

GRANDESSO, M.A. **Terapia Comunitária - um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes**. 2003. Disponível em:< WWW.consciencia.net/espiritualidade-e-terapia-comunitaria/> Acesso em: 12 nov. 2010.

GUIMARÃES, F.J. **Repercussões da Terapia comunitária no cotidiano de seus Participantes**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 2006

HOLANDA, V.R. **A contribuição da Terapia Comunitária para enfrentamento das inquietações das gestantes**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, 2006.

MALHEIROS, E. **O uso da fala como instrumento restaurador dos males psicossomáticos e melhora da qualidade de vida**. In: Grandesso M, Barreto M.R. *Terapia Comunitária: Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; p.143-5 2007.

MINAYO, M.C. de S. (org.). **Pesquisa Social- teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev.e ampl. Petrópolis:Vozes,2007.

MORE, C.L.O.O. **AS REDES PESSOAIS SIGNIFICATIVAS COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO CONTEXTO COMUNITÁRIO** Universidade Federal de Santa Catarina: Paidéia, v.15 n.31: p.287-297, 2005.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão Certo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Olympio, 1995.

NESCON; FM; UFMG; CATEDRA; UNESCO; FAE; UFMG **Guia do profissional em formação: Curso de especialização em atenção básica em saúde da família** Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PELUSO, E.T.P.; BARUZZI, M.; BLAY, S.L. A experiência de usuários do Serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v.35 n.4, ago 2001

RIVIÉRE, E.P. **O Processo Grupal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1994.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistencial. **Revista Latino-americana de Enfermagem** p.1027-1034, Nov.-dez 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>> Acesso em: 10 nov.2010.

SANT'ANA, C. et al **Curso de Intervenção em Grupos: Técnicas vivenciais**. Belo Horizonte: Espaço Vida, 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP comunicações, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE – SMSA. BH-VIDA: **SAÚDE INTEGRAL. Diretrizes para o avanço e articulação do processo assistencial na SMSA para o período 2003-2004**

SOUZA A.J.F. et al A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60 n.4 p.391-395, jul-ago 2007.

WEIL, P. TOMPAKOW, R. **O Corpo Fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal**. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

VASCONCELOS, E.M. **A Espiritualidade no Trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Unidade didática 1: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 4: Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: UFMG/NESCON, 2009.