



FACULDADE RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARÍLIA GERVÁZIO DOS SANTOS

**TERAPIA COMUNITÁRIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA AS
FAMÍLIAS ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

FORTALEZA
2015

MARÍLIA GERVÁZIO DOS SANTOS

**TERAPIA COMUNITÁRIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA AS
FAMÍLIAS ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Kelly Maria Gomes
Menezes.

FORTALEZA

2015

S237t Santos, Marília Gervázio dos.

Terapia comunitária e fortalecimento de vínculos para as famílias acompanhadas em uma unidade de atenção primária em saúde: possibilidades e desafios. / Marília Gervázio dos Santos. Fortaleza, 2015.

78 fls. Enc.

Orientador(a): Profa. Ms. Kelly Maria Gomes Menezes.
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. Saúde no brasil 2. fortalecimento de vínculos 3. terapia comunitária I. Profa. Ms. Kelly Maria Gomes Menezes. II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361

CDU 364

MARÍLIA GERVÁZIO DOS SANTOS

**TERAPIA COMUNITÁRIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS PARA AS
FAMÍLIAS ACOMPANHADAS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Ms. Kelly Maria Gomes Menezes.(Orientadora)

Faculdade Ratio

Prof.^aMs. Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Faculdade Ratio

Prof.^aMs.Virzangela de Paula Sandy

Faculdade Ratio

Aprovada em ___/___/___

“Dedico a Deus este estudo, e lhe sou grata por me dares inteligência e coragem para não enterrar o talento que a mim foi confiado, pois acredito que as dádivas que recebi são frutos do Teu amor incondicional. Dedico a minha família, amigos e a todos que me ajudaram de alguma forma a concluir este curso”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus o meu porto seguro, pelo seu amor incondicional, pelo dom da vida, pela saúde e por todos os elementos físicos, psíquicos e espirituais que me proporcionou para que eu chegasse até aqui.

Agradeço à minha família por ser o esteio da minha vida, em especial a minha avó Sebastiana Rosa, à minha mãe Maria das Dores Gervásio, ao meu tio Nelson Gervásio e à minha tia Gercina Gervásio por cuidar sempre de mim, a todos os sobrinhos principalmente Naghlee Gervásio, Crislane Gervásio, Lee Haney Pereira e Juliana Santos pelo incentivo e por ter acreditado em mim.

Agradeço a todos os docentes que contribuíram para a minha formação principalmente a minha orientadora Kelly Maria Gomes, as minhas supervisoras de estágio Luciene Teixeira e Raquel Machado, aos mestres Virzangêla Sandy, Lara Abreu, Janilson Rodrigues, Erivânia Bernardino, Hayeska Costa, Roberta Sá, Marliane Moura, Lúcia de Fátima Rocha, Francisco de Assis.

Agradeço à minha turma, por partilhar momentos tão especiais, em especial a minha equipe de seminário, Ana Maria Loureço, Luciana Santos, Carla Bruneilde e Nayara Castro.

Agradeço à minha amiga Rosângela de Oliveira porque esteve ao meu lado em momentos difíceis, a Samara Freireque muito me incentivou, a Emília Magalhães, a Vânia Freitas e ao meu amigo Rafael Alves pelas orações.

Agradeço a todos os funcionários da faculdade que foram um amor comigo sempre que precisei deles, principalmente a Natalya Bernarda.

Enfim, agradeço a todos que me ajudaram de forma direta ou indireta para a conclusão desse trabalho de graduação.

Meu muito obrigada a todos.

Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como o bronze que soa, ou como o címbalo que retine. Ainda que tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência, ainda que eu tenha tamanha fé ao ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei.

Apóstolo Paulo

RESUMO

A área da saúde experimenta grandes avanços com o Sistema Único de Saúde, um deles é a implantação das práticas terapêuticas. Dentro dessas práticas, aparece a Terapia Comunitária que visa a prevenção e que funciona como uma ferramenta de cuidados para a Atenção Primária em Saúde, proporcionando alívio ao sofrimento emocional através da partilha das histórias de vida e de suas experiências. Esse estudo analisou o papel da Terapia Comunitária para o fortalecimento de vínculos das famílias, das pessoas que participavam da roda de Terapia Comunitária, destacando a relação das pessoas em tratamento com a manutenção dos vínculos, a afinidade das pessoas entre si e com o outro e conhecer as pessoas que participam da Terapia Comunitária. Esse estudo foi de natureza qualitativa, cuja pesquisa de campo foi realizada com os sujeitos que eram acompanhados por uma Unidade de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde V e que frequentavam as rodas de Terapia Comunitária que era realizado em um espaço cedido pela Pastoral do Menor no bairro do Parque Santa Rosa em Fortaleza. O material empírico foi produzido através de observação direta e entrevista semiestruturada para a coleta de dados. E os dados foram apresentados na forma de narrativas. Através dos discursos, refletimos sobre a contribuição da Terapia Comunitária no tratamento das participantes, as estratégias de superação, o sofrimento como fonte de competência, e o apoio da família no tratamento. Essa pesquisa revelou que antes de frequentar a Terapia as mulheres sofriam com sobrecarga familiar, com a falta de apoio da família e que essas situações tinham deixado-as doentes com pressão arterial elevada e depressão, porém com a participação nas rodas de Terapia Comunitária analisamos mudanças no comportamento das participantes e de suas famílias, na melhora da autoestima, no alívio do sofrimento e na independência pessoal. Portanto, pode-se considerar que a Terapia Comunitária é uma atividade importante no cuidado, que vem trazendo melhoria para a qualidade de vida, e que se aproxima dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, no sentido de possibilitar mudanças sociais, visando a competência de cada sujeito na superação dos problemas e na transformação das práticas e saberes.

Palavras-chave: Terapia Comunitária. Família. Fortalecimento de Vínculos.

ABSTRACT

The health experience great advances with the Unified Health System, one of them is the implementation of therapeutic practices. Within these practices, it appears to Community Therapy aimed at prevention and care functions as a tool for primary health care, providing relief to the emotional suffering by sharing life stories and their experiences. This study examined the role of Community Therapy to strengthen families ties, people participating in the Community trade Therapy wheel, highlighting the relationship of people in treatment with the maintenance of the links, the affinity of people among themselves and with each other and meet the people who participate in the Community Therapy. This study was qualitative, whose field research was carried out with the guys who was acompahados by a Health Unit Coordinator Regional Health V and frequetavam the Community Therapy wheels that was held in a space provided by the lower Pastoral Park neighborhood Santa Rosa in Fortaleza. The empirical material was produced by direct observation and semi-structured interviews to collect dados.E data were presented in the form of narratives. Through speeches, we reflect on the contribution of Community Therapy in the treatment of participants, overcoming estratégia, suffering as a source of expertise, and family support in treatment. This research revealed that before attending the therapy women suffered from family burden, lack of family support and that these situations had left them patients with high blood pressure and depression, but with participation in Terapia Comunitária wheels analyze changes in behavior of participants and their families, the improved self-esteem, the relief of suffering and personal independence. Therefore, it can be considered that the Community Therapy is an important activity in the care that has brought improvement to the quality of life, and that approaches the doctrinal principles of the Unified Health System, in order to enable social change aimed at competence of each subject in overcoming the problems and transformation of practices and knowledge.

Keywords: Community Therapy. Family. Strengthening Linkages.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
ABMC	Associação Brasileira de Medicina Complementar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
CER	Compensação de Especificidade Regional
CGSM	Coordenação Geral e Saúde Mental
CLT	Consolidação das Leis Trabalhista
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
ESF	Equipe Saúde da Família
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IACP	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Mistério da Previdência e Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Normas de Assistência a Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SENAD	Secretaria Nacional Anti-Drogas
SB	Saúde Bucal
SI	Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SSP	Saúde no Sistema Penitenciário
SUS	Serviço Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Roda de Terapia Comunitária no Projeto 4 varas em Pirambú
- Figura 2:** Teia de Aranha
- Figura 3:** Quando a boca cala os órgãos falam.
- Figura 4:** Flor Bromélia
- Figura 5:** Flor Magnólia
- Figura 6:** Flor Violeta
- Figura 7:** Flor Jasmim
- Figura 8:** Flor Lírio
- Figura 9:** Roda de TC, Musicoterapia
- Figura 10:** Roda de TC, Acolhimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITO, DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS	20
2.1 A construção histórica do Sistema Único de Saúde antes da sua legislação	20
2.2 A saúde depois da implantação do Sistema Único de Saúde	24
2.3 A saúde mental no Brasil.....	30
2.4 Práticas terapêuticas na saúde mental.....	33
3 ESTUDO DA TERAPIA COMUNITÁRIA E SEUS PILARES	37
3.1 A Terapia Comunitária, conceito, alicerces, características e objetivos	37
3.2 A Terapia Comunitária ferramenta do cuidar.....	44
3.3 O cenário e as participantes da pesquisa	47
4 TECENDO OS FIOS DA HISTÓRIA	53
4.1 A família como importante apoio no tratamento em saúde.....	53
4.2 Laços e formação familiar	56
4.2.1 A relação dos sujeitos da pesquisa com seus familiares antes da TC	57
4.2.2 Relação dos sujeitos da pesquisa com seus familiares depois da TC	59
4.3 A TC para o fortalecimento dos vínculos familiares.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	70

INTRODUÇÃO

Este trabalho científico teve a finalidade de discutir a Terapia Comunitária (TC) como uma atividade que pode ajudar na Estratégia Saúde da Família (ESF) que vem crescendo na Atenção Primária em Saúde (APS), com o intuito de contribuir com o tratamento dos usuários que frequentam a Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) e no fortalecimento dos vínculos familiares.

Tendo em vista a Política de Saúde pela necessidade de promoção da saúde, a TC vem surgindo como uma possibilidade de prevenção de doenças, fortalecimento de vínculos e de baixo custo para o atendimento da população e como parceria com a ESF.

No Brasil, a crise do sistema de saúde tem se aprofundado, podendo ser visto no nosso dia a dia através dos noticiários transmitidos pela mídia, como filas no serviço público, falta de leitos nos hospitais, aumento de diversas doenças contagiosas, demora nos atendimentos, falta de medicações na farmácia das UAPSs, falta de material para um atendimento eficaz, ausência de profissionais especializados, demora nos recursos financeiros para a saúde etc.

Nesse cenário atual da saúde pública, é grande o interesse de encontrar medidas e estratégias que estejam de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são: universalidade, integralidade, equidade e controle social. Nessa perspectiva, a função do Estado é garantir para todos os acessos ao tratamento humanizado, como está na Constituição Federal desde 1988. Nesse contexto, o Estado vem aprovando práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde na atenção primária.

A APS é a porta de entrada para a assistência em saúde, ela tem um atendimento diferenciado e atua nas necessidades básicas de saúde dos indivíduos com foco na prevenção e na promoção da saúde. Ao longo do tempo a APS vem sendo tema de estudo e discussões entre os autores e estudiosos e vem adquirindo sentidos diversos como; cuidados primários, atenção básica, atenção primárias entre outros.

Na Publicação periódica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONSENSUS), (2008, p.8) a definição de Atenção Primária em Saúde diz que:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na

comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o Sistema Nacional de Saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

O grande interesse de estudar esse tema surgiu da observação quando percebi que a maioria dos usuários que frequentam a UAPS é em busca de tratamento medicamentoso que muitas vezes causam dependência e baixa autoestima. Diante dessas práticas rotineiras observadas na UAPS, surgiu a necessidade de pesquisar sobre algo que pudesse auxiliar no tratamento de forma a aumentar a qualidade de vida dessas pessoas, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) define saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doenças. Por esta razão, é necessário encontrar outros meios para que as pessoas não tenham a medicação como a única cura para suas enfermidades.

Foi observado que, durante o período de participação nas rodas de TC, fez-se necessário uma avaliação para conhecer o nível de satisfação dos participantes em relação ao cuidado como ferramenta geradora de autoestima e saúde. Com a necessidade de continuar conhecendo o impacto dessa atividade na ESF e a sua contribuição para a APS.

O que motivou a realização desse trabalho com essa temática foi devido à inserção como estagiária do Curso de Graduação em Serviço Social, no Estágio Supervisionado I, da Faculdade Ratio, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral no Bairro do Bom Jardim em Fortaleza. Durante o estágio, percebi que no atendimento do Plantão Social o profissional Assistente Social fazia a escuta e dialogava com o usuário, que em algumas vezes era encaminhado para a roda de Terapia Comunitária. Então surgiu o interesse por essa prática terapêutica e o desejo de descobrir de que maneira essa atividade ajudaria na recuperação do usuário. Foi então que comecei a frequentar as rodas de TC e conheci o curso e suas diretrizes. Sentir a necessidade de me aprofundar no assunto e em 2014.1 iniciei a formação de Terapeuta Comunitária pelo Movimento de Saúde Mental Comunitário no Bairro do Bom Jardim.

No decorrer da formação como terapeuta e da participação nas rodas de TC, sentir a necessidade de ampliar esses conhecimentos com a APS e observei que seria uma atividade que poderia ajudar no tratamento dos usuários que são acompanhados nas UAPSs e que poderia

acrescentar para a ESF. Com essas observações aumentou o meu interesse por esse tema e me motivou a evoluir para a minha monografia.

Durante a minha participação no curso conheci toda a dinâmica da TC, e percebi o quanto iria contribuir para a APS. Observei que a reunião é feita em círculos, onde os componentes estão sempre visualizando uns aos outros, como sinal de igualdade. Seu símbolo é uma teia de aranha onde todos estão conectados para um só propósito que é a escuta e o desabafo. A TC em suas ações trabalha como a aranha, tecem fios invisíveis, porém fortes, pois tenta unir os participantes entre si e também com as redes de apoio existentes na comunidade.

Na roda de TC todos são ouvidos, ou seja, relata a sua dor e o seu sofrimento, aquilo que no momento pode estar lhe inquietando e tirando-lhe o sono. Existem dois provérbios populares que dizem; “Quando a boca cala os órgãos falam, quando a boca fala os órgãos saram.”, “Quem guarda azeda, quando azeda estoura, quando estoura fede.” Estes provérbios sempre são falados nas rodas de TC para que os participantes possam desabafar os seus problemas e não guardá-los para não adoecer. “A TC é um espaço de promoção de encontros interpessoais, priorizando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si” (BARRETO, 2008, p.33).

A TC é um espaço aberto de encontros, onde os participantes crescem como pessoa porque tem a oportunidade de falar, ouvir e ser ouvido. A roda de terapia abrange um conjunto de relações com várias situações no âmbito individual, familiar e social; é uma terapia que trabalha o indivíduo como um todo.

Segundo Barreto (2008,p.127), a “Terapia Comunitária é um instrumento transformador do sofrimento das dores da alma.” Não é um processo psico-terapêutico, mas um ato terapêutico de grupo que pode ser realizado com qualquer número de pessoas e de qualquer nível socioeconômico. Ela alivia a dor, o sofrimento da alma e auxilia no tratamento seja do usuário que frequenta um CAPS, como os que frequentam a UAPS. A TC “é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular”, e tem como objetivo “redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa” (BARRETO, 2008, p.38-39).

De acordo com Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), há diversas rodas de Terapia Comunitária no país, em 19 Estados do Brasil e em alguns Países da Europa, como: França, Suíça, México e Alemanha. O Brasil possui uma rede de 17 mil

terapeutas comunitários atuando em todas as regiões, com 36 Polos formadores em todas as regiões do país, sob a orientação técnica da Universidade Federal do Ceará (UFC) e a supervisão da ABRATECOM. O curso de TC tem uma formação de 360 horas, não precisa de graduação acadêmica e o certificado é adquirido em parceria com a UFC.

Segundo Barreto (2008, p. 304), o campo de atuação da TC é na

Rede de Atenção Básica, especialmente com a ESF, na rede de Saúde Mental, através do programa Humaniza SUS, na rede de Atenção hospitalar, na rede pública de Educação, na Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Na Segurança Pública atuando no Programa de Justiça Terapêutica e nos grupos no sistema prisional. Atua na Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e em grupos de autoajuda.

A roda de TC em Fortaleza é mais realizada nos CAPS para o tratamento de pessoas com doença mental, porém ela pode ser realizada para toda a sociedade inclusive nas UAPS, e em qualquer espaço comunitário. Além disso, o seu desenvolvimento tem que obedecer às etapas propostas pelo criador Adalberto Barreto, que inicia com o “acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problemática e o encerramento” (BARRETO, 2008, p. 59).

Pode-se observar que a realização da TC nas UAPSs seria fundamental para identificar e suscitar as forças e a capacidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade. É uma atividade que vem para somar e vai estar lado a lado com a ESF nas atividades que são oferecidas pela Unidade.

O trabalho da ESF na Unidade é de cuidado com a saúde da família no âmbito da orientação para obter qualidade de vida e na prevenção de doenças. Junto com a TC, a ESF pode contribuir para o fortalecimento dos vínculos, orientando no tratamento, desenvolvendo a capacidade protetora dessa família e incentivando a autonomia dos sujeitos.

Conforme os tempos vão passando, a comunidade vai crescendo e as pessoas vão se transformando socialmente e culturalmente. Percebe-se que junto com o crescimento surgem problemas emocionais e sociais com os quais a família não consegue lidar, problemas esses que muitas vezes influenciam na família modificando os seus valores. Esses problemas acabam causando conflitos do indivíduo consigo mesmo, com a família e com a comunidade. É nesse momento, em que o corpo e a mente estão fragilizados, que a TC juntamente com a ESF surge como apoio para acolher, cuidar e prevenir contra o adoecimento.

Segundo Barreto (2008,p.199), “a família é como um sistema que passa por crise, é dinâmico, que se relacionam entre si, precisam ser ajudados, que é capaz de criar, de renovar, transformar-se e ser feliz”. Nessa perspectiva, a família é um núcleo responsável pela qualidade de vida de seus membros e nela são tomadas todas as decisões. Prado (2013, p.29) completa dizendo que “família não é só um tecido fundamental de relações, mas, também um conjunto de papéis socialmente definidos”.

Durante a pesquisa, verificou-se que o criador da TC, é brasileiro e que a TC nasceu no Ceará e que se expandiu pelo Brasil e também por alguns países da Europa. Para realizar as vivências e as rodas de TC, é necessário ter a formação de terapeuta comunitário, ser maior de 21 anos, mostrar interesse em trabalhar em grupo e ter disponibilidade para se ausentar do convívio familiar e do trabalho para a realização dos módulos da formação que acontecem sempre aos fins de semanas.

Nas rodas de terapias, trabalha-se com o mote, ou seja, palavras chaves encontradas no decorrer dos desabafos dos participantes que podem ser: abandono, agressividade, ansiedade, angústia, ciúmes, carência, dependência, família, depressão, tristeza, revolta, rejeição no relacionamento, suicídio, separação, traição etc.

Durante a roda de terapia os terapeutas comunitários podem utilizar vários recursos para estimular a participação de todos como: dinâmicas de grupo, músicas, cantigas de roda, contos, poesias, poemas, provérbios, alongamentos, jogos, relaxamentos corporais, piadas, orações, entre outros. Tudo isso estimula o interesse dos participantes e fortalece os valores e saberes, dinamiza as rodas e aumenta a interatividade do grupo.

Para Barreto (2008), a TC contribui para a construção de redes sociais solidárias, para a competência das pessoas e valorização do saber, conscientização da corresponsabilidade e resgate da capacidade de cura da comunidade.

Existem registros da inserção da TC nas políticas públicas nos âmbitos nacional estadual e municipal. Dentre elas, destacamos a Política Nacional sobre Drogas, a Política Nacional de Atenção Básica, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Nas UAPS pude observar a grande demanda da população por diversos atendimentos, percebi que a TC contribui para auxiliar a ESF nas atividades que são realizadas nas UAPSs. Podemos destacar os grupos de idosos que abrangem os diabéticos e os hipertensos, o grupo das gestantes, os usuários da saúde mental e os outros que procuram a unidade em busca de psicólogo e clínico geral. Essas demandas poderiam ser passadas, primeiro pela TC e depois pelos outros profissionais, caso fosse necessário.

Ao observar o comportamento e os relatórios dos usuários, sempre que terminavam as rodas de TC, pude perceber o quanto estavam sendo benéficas para eles. Com a formação de terapeuta comunitária, obtive maior embasamento na construção dessa pesquisa através das convivências, das observações nas rodas de terapias e pelas atividades propostas para o usuário, na qual houve um acompanhamento da recuperação dos que frequentavam as rodas de TC.

De acordo com as observações apresentadas, esse trabalho pretende contribuir nas discussões, orientações e nas ações que visam consolidar uma rede de atuação na atenção primária, focada nas práticas terapêuticas com ênfase na TC, visando a real necessidade do usuário e promovendo qualidade de vida, cidadania e justiça social.

Nessa perspectiva, a proposta dessa pesquisa foi trazer elementos de conhecimento e esclarecimento para sensibilizar a população da importância da TC no acompanhamento dos usuários da saúde mental, dos idosos hipertensos e diabéticos e para os demais usuários das UAPSs. Certamente essa pesquisa contribui e continuará contribuindo para aumentar o interesse de trabalhar com esse tipo de terapia fortalecendo os vínculos afetivos, comunitários, familiares, religiosos, culturais e mobilizando as redes sociais no exercício da cidadania, ampliando a confiança de todos na sua capacidade de transformar e resolver os seus próprios conflitos.

Este trabalho teve como objetivo geral: analisar o papel da TC para o fortalecimento de vínculos das famílias das pessoas acompanhadas nas UAPSs. Já os objetivos específicos foram: investigar o trabalho que a TC realiza nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, verificar a relação da TC com a manutenção dos vínculos familiares das pessoas em tratamento e conhecer a dinâmica de desenvolvimento da TC que auxilia no tratamento dos usuários atendidos nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.

Para alcançar os objetivos, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, “considerando que há uma relação dinâmica, particular, contextual e temporal entre o

pesquisador e o objeto de estudo” (MICHEL, 2009, p. 37). Podemos dizer que a pesquisa qualitativa difere entre si na forma, no método e nos objetivos porque não lida com quantitativos e sim com emoções, valores, subjetividades e fatos sociais.

Este estudo científico teve como base a pesquisa bibliográfica, que nos traz conhecimentos, embasamentos teóricos e nos dá condições de dialogar com vários autores. Foi utilizada a pesquisa documental e a pesquisa de campo onde foram realizadas as rodas de TC. Nesta pesquisa foi adotada técnica de observação direta e participativa, onde observamos as temáticas, conhecemos o passo a passo da TC, obtivemos o maior número possível de informações dos sujeitos, em que pudemos estudá-los como indivíduos e seu contato com a família, a instituição e a comunidade.

Os instrumentais utilizados foram: o roteiro semiestruturado de entrevista (APÊNDICE A), o caderno de campo com as anotações importantes feitas ao longo do processo, as observações, o gravador de voz e a transcrição do material gravado, por meio da assinatura dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE B.

Vale ressaltar que foi realizada a entrevista individual com cinco participantes nos locais que foram mais confortáveis para elas. Visto que o grupo de TC era mais frequentado por mulheres e que os homens não tiveram tempo para participar das entrevistas. O critério de escolhas dessas mulheres aconteceu de acordo com a disponibilidade de cada uma, e das que quiseram responder o questionário. As entrevistadas responderam às perguntas objetivas e subjetivas relacionadas com o tratamento na Unidade, com a TC e com a participação da família no tratamento. A autorização da pesquisa se deu pelos terapeutas da TC e pelos próprios participantes do estudo.

A organização desse trabalho teve a análise de conteúdo Bardin e a análise dos dados tiveram como base a escuta dos participantes durante as rodas de TC que ajudaram na realização da entrevista. Depois que foram feitas as entrevistas, tanto em grupo como individual, o material gravado foi transcrito com todos os detalhes contidos na entrevista, depois foi analisado e feito os recortes principais e necessários para serem inseridos na pesquisa.

Essa pesquisa científica foi composta por três categorias temáticas que foram divididas em capítulos. No primeiro capítulo foi realizado um levantamento histórico sobre a saúde, com ênfase na APS, seus dados históricos, conceitos, direitos, políticas públicas e saúde mental. No

segundo capítulo foi abordado o histórico da TC, onde pontuamos os principais conceitos e diretrizes, os alicerces da TC, as etapas da roda de TC, os êxitos e as resolubilidades das rodas de TC realizadas no Brasil. No terceiro capítulo foi discutida a família, como apoio importante no tratamento, a relação dessas participantes com seus familiares e o papel da TC para o fortalecimento de vínculos familiares.

Vale ressaltar que, enquanto Assistente Social em formação, em nenhum momento estou fazendo apologia com minha pesquisa para que o(a) Assistente Social se insira nessa atividade; meu estudo tem outra perspectiva, minha real intenção é conhecer e descobrir os benefícios que a TC está realizando na vida dos sujeitos para poder encaminhar e prestar orientação sobre a mesma, tudo isso no campo sócioprofissional, visto que, segundo a Resolução do CFESS nº 569/2010, artigo 3º, é vedada a realização de terapia ao exercício profissional do(a) Assistente Social.

2 SAÚDE: HISTÓRICO, CONCEITO, DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo apresentaremos a história da Saúde pública no Brasil, o antes e o depois do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando com o Primeiro Reinado ao dias atuais, mostrando como aconteceu a sua evolução e a sua reforma; abordaremos também a saúde mental e o surgimento das práticas terapêuticas.

2.1 A construção histórica do Sistema Único de Saúde antes da sua legislação

No Brasil o enfoque atual da Saúde Pública centraliza-se na atenção primária em saúde, mas nem sempre foi assim. Para que possamos analisar a realidade existente hoje, é necessário conhecer todo o contexto histórico e os determinantes envolvidos nesse processo. Para dar início a essa pesquisa, faremos um breve histórico da política de saúde pública no Brasil, antes do SUS e depois do SUS.

Até o primeiro reinado, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra: plantas, ervas e também aos curandeiros que desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Verifica-se que durante esse período o interesse primordial estava limitado ao controle sanitário mínimo do império, às juntas municipais, ao controle de navios e saúde dos portos. Só existiam quatro médicos, ocorrendo um crescimento dos Boticários farmacêuticos que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos (PAIM, 2009).

Do início da República até 1930, o Brasil atuava de forma pontual em casos de epidemia. Nesse período, a epidemia da febre amarela, cólera, varíola, peste bubônica e as doenças infecciosas febre tifoide, tuberculose e lepra, ameaçava a exportação do café, pois os navios estrangeiros se recusavam a parar nos portos, o que também reduzia a imigração de mão de obra. Pensando na crise econômica, o presidente Rodrigues Alves toma as primeiras providências, lança o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela em São Paulo (PAIM, 2009).

Segundo Paim (2009), não existia saneamento básico na cidade do Rio de Janeiro, por isso, várias doenças graves como a malária, a varíola, a febre amarela e a peste se espalhavam por toda a cidade. O presidente então nomeia como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o médico Oswaldo Cruz que, com um modelo de intervenção conhecido como

campanhista de uma visão militar, conseguiu obter importantes vitórias no controle das doenças. Ele incorporou como elementos das ações em saúde, o registro demográfico, a introdução do laboratório e a fabricação organizada de produtos profiláticos.

Em 1920, Carlos Chagas aparece como sucessor de Oswaldo Cruz e reestrutura o Departamento Nacional de Saúde ligado ao Ministério da Justiça, aparece inovando o modelo Campanhista de Oswaldo Cruz, introduzindo a propaganda e a educação sanitária na técnica de ação. Nesse período, foram criados órgãos especializados na luta contra a lepra, a tuberculose e as doenças venéreas (PAIM, 2009).

A partir de 1930, uma forma de organização previdenciária surge através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que foram organizados por categoria profissional, com maior participação do componente estatal. Foram fundados os Institutos dos Marítimos (IAPM), dos Industriários (IAPI), dos Bancários (IAPB), dos Comerciantes (IAPC) entre outros (PAIM, 2009).

Na década de 1940, foi processada nova reforma da saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. Reorganizou-se o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde Pública, definindo sua competência e composição, e criou: a Divisão de Organização Sanitária; a Divisão de Organização Hospitalar; o Instituto Oswaldo Cruz; o Serviço Nacional de Lepra; o Serviço Nacional de Tuberculose; o Serviço Nacional da Febre Amarela; o Serviço Nacional da Malária; o Serviço Nacional de Peste; o Serviço Nacional de Doenças Mentais; o Serviço Nacional de Educação Sanitária; o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; o Serviço de Saúde dos Portos; o Serviço Federal de Águas e Esgotos; o Serviço Federal de Bioestatística; e as sete Delegacias Federais de Saúde pelo Decreto Lei nº 3, 171, de 2/4/1941 (FUNASA, 2010).

De acordo com Bravo (2000), no segundo mandato do presidente Getúlio Vargas em 1950, a saúde passa a refletir um modelo de atenção semelhante aos padrões americanos, em que os grandes hospitais concentram o atendimento médico de toda uma região, tirando o foco dos postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores. Daí surgiu a medicina de grupo e os convênios. Bravo (2000) nos aponta que por volta dos anos 1950 já haviam empresas médicas com atendimento hospitalar privado com fins lucrativos. Nessa mesma década, foi criado o Ministério da Saúde com pouca verba e descaso, refletia em péssimas condições da saúde coletiva.

No início do regime militar no Brasil, as discussões sobre saúde pública eram relacionadas à em unificação dos IAPs, por serem limitados a determinadas categorias profissionais e para tornar o sistema mais abrangente (INDRIUNAS, 2008). Assim, em 1960 surge a Lei Orgânica da Previdência Social, que unifica os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores que são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), porém essa medida só foi efetivada em 1967 pelos militares com a unificação de IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que visava à constituição de um plano único de custeio e benefícios, submetendo os IAPs a uma orientação administrativa comum (POSSAS, 1989). A partir de então, cresceu o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira sem qualquer forma de controle das classes assalariadas.

Na década de 1970, cresce o número de trabalhadores urbanos e a assistência foi ampliada para os trabalhadores rurais, autônomos e domésticos, aumentando a clientela da Previdência Social a qual não conseguia abarcar toda a demanda. Com isso, deu-se início ao processo de privatização em todo o país e a Previdência Social entra em crise por não conseguir atender a todas as demandas. No intuito de contornar os problemas, várias medidas políticas e administrativas de âmbito social são adotadas, uma dessas medidas foi a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), vinculando as seguintes entidades: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS). Ademais, como órgão autônomo ao MPAS, foi criado a Central de Medicamentos. (POSSAS, 1989).

A década de 1980 foi marcada por uma grande crise econômica que afetou todo o país, pois ocorria a transição de um período regido pelos militares e o processo de redemocratização política. É nesse período que começa a iniciativa da política de racionalização dos gastos na saúde ocorrendo uma precarização nos serviços e o aumento da pobreza na população. É uma década também conhecida como a “década perdida” do ponto de vista econômico, do crescimento e do desenvolvimento. Ao logo dessa década houve também pressões por eleições que resultou o movimento de “Diretas Já” que teve o envolvimento de várias camadas da sociedade e que incentivou para o crescimento dos movimentos sociais (RIBEIRO, 2012).

Segundo Bravo (2000, p.95), “Nessa década contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais”. Esses novos sujeitos seriam os profissionais de saúde, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais. A autora (2000, p.96) completa dizendo que as propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estatal e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão– os Conselhos de Saúde.

Para Bravo (2000), um dos pontos mais marcantes da política de saúde foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 em Brasília, onde a questão da saúde se tornou o foco dos debates públicos, além da discussão sobre o Sistema Único e a Reforma Sanitária. Dessa forma:

A Saúde Pública, através do Movimento de Reforma Sanitária, apresenta um projeto de política de saúde que até então não se tinha visto na realidade brasileira. Resultou, portanto, uma nova forma de relação entre Estado e sociedade civil, provenientes dos debates entre diferentes atores sociais [...] (GONÇALVES, 2006, p. 29).

O movimento de Reforma Sanitária veio ao encontro de descontentamentos da Saúde Pública e aos cuidados primários de saúde que estavam assolando a população em nível mundial. O tema saúde era o foco de muitas discussões sobre as condições de vida da população em um debate que ocorreu em toda a sociedade (GONÇALVES, 2006).

O Relatório da Conferência destaca o conceito de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

Pela primeira vez na história do país, a saúde foi vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991). Após o término da Conferência, foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com o objetivo de analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, sugerindo opções para a nova estrutura organizacional do sistema; apontando mecanismo

de planejamento no setor saúde, e ajustando as necessidades da população a ser atendida (SOUZA, 2003).

Em 1988, a Constituição Federal cria o SUS, mas só passa a ser regulamentado a partir, da Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 – A Lei Orgânica da Saúde (LOS). Segundo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o SUS é definido como um conjunto de

[...] ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e Participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.117)

No capítulo VIII da ordem social, e na seção II do artigo 196, refere que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2.2 A saúde depois da implantação do Sistema Único de Saúde

Muitas pessoas conhecem o SUS como o Sistema Único de Saúde que é composto por muitas partes e tem finalidade comum. A finalidade do SUS é cuidar, prevenir e promover a saúde da população para melhorar a qualidade de vida. O SUS é um sistema novo com apenas 27 anos de existência, não está totalmente satisfatório, tendo ainda que melhorar muito. O SUS foi criado como resposta à insatisfação e descontentamento da população em todo o país devido à desorganização na saúde, do acesso a serviços e em relação ao direito de cidadania.

O SUS foi criado no intuito de abranger todas as pessoas, independente de raça, religião, cor e classe social. Esse será o grande desafio do sistema em proporcionar saúde de qualidade no corpo e na mente de forma em geral a todos que dela precisarem sem discriminação e preconceito, trabalhando e cuidando da saúde e da família como um todo. De acordo com a Lei 8.080/90, a saúde é um direito do ser humano, e o Estado é o responsável para prover e assegurar o acesso universal às ações e serviços do SUS para todos (BRASIL, 1990).

O papel do SUS é o de suprir todas as necessidades na área da saúde. Para suprir essas necessidades, o SUS tem um longo caminho a percorrer, porque saúde não é apenas fornecer

medicamentos para medicar os doentes ou realizar cirurgias, vai mais além, é necessário qualificar os profissionais da saúde, garantir vacinas e exames de qualidade, dar atenção aos problemas das crianças, das gestantes, das mulheres e dos idosos, combater as doenças infecciosas, contagiosas e parasitárias, e ter vigilâncias sanitária e epidemiológica, enfim, a função do SUS é criar e realizar as ações que forem necessárias para a saúde de todos, tendo em vista a promoção, a proteção e a recuperação em saúde.

A promoção abrange: educação em saúde, com bons hábitos alimentares, estilo de vida saudáveis etc. A proteção abrange: vacinações, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos, saneamento básico etc. A recuperação abrange: a reabilitação, acidentes e danos, diagnóstico, tratamento de doenças etc.

Segundo a Constituição Federal de 1988, para ter uma boa saúde é necessário proporcionar para todos, educação de qualidade, boa alimentação, moradia digna, trabalho adequado, transporte bom e barato, arte/cultura e lazer. Diante desses fatores, para ter qualidade de vida não depende só do setor saúde, mas compromete outros setores que unidos possam trabalhar para o desenvolvimento do país e do bem-estar da população.

O artigo 198 da Constituição relata que o SUS é uma rede regionalizada e hierarquizada, que compõe várias unidades interligadas, constituindo um sistema único com diretrizes que visam o atendimento integral de serviços básicos e mais complexos, que prioriza as atividades preventivas, os serviços assistenciais, a descentralização em cada esfera de governo e a participação popular como forma de controle social (MOURA, 2013).

Para entender o SUS, é preciso conhecer seus princípios e diretrizes de organização, que se encontram no artigo 198 da Constituição Federal. Suas diretrizes são:

Universalidade garante a saúde a todos sem distinções ou restrições sem nenhum custo, fornecendo toda a atenção necessária. Equidade assegura com justiça os recursos e serviços de acordo com cada caso, dando maior atenção aos que mais necessitam. Integralidade reconhece que o indivíduo é um ser integral, que precisa de uma saúde também integral que possa lhe proporcionar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

A integralidade pode ser compreendida em três sentidos:

A abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia do cuidado longitudinal; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além da organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010. p.16).

A participação social faz com que a sociedade participe das gestões públicas, em particular da saúde pública, garantindo essa participação através de Conselhos e Conferências de saúde e a descentralização redistribui as ações e serviços de saúde de responsabilidade e recursos das esferas, federal e estadual para a esfera municipal (BRASIL, 2010).

Os princípios de organização do SUS são: Acessibilidade – todo indivíduo deve ter acesso ao SUS; resolutividade – quando o SUS for capaz de solucionar os problemas de saúde apresentados pelos indivíduos; hierarquização – os serviços do SUS são organizados em atenção primária, secundária, terciária, de urgência e emergência, e de saúde mental todos interligados, para que possam garantir a saúde integral dos indivíduos. (BRASIL, 2010).

As responsabilidades referentes à saúde do indivíduo são do governo federal, estadual e municipal. “Que se empenham em controlar e fiscalizar procedimentos de interesses para a saúde; acompanham, controlam e avaliam as redes assistenciais do SUS; gerenciam, executam os serviços públicos de saúde” etc. (BRASIL, 2008, p. 16). Todos os serviços oferecidos pelo SUS recebem recursos financeiros do governo federal, estadual e municipal. Recursos da Seguridade Social, do tesouro nacional e do orçamento da União e são geridos pelo Ministério Público (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.080 em 19 de setembro, e foi chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que foi elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. A LOS regulamenta as ações do SUS em todo território nacional, estabelece as diretrizes, descentraliza e distribui as competências para cada esfera de governo. Em dezembro de 1990 é criada a Lei nº 8.142, que permite a participação da comunidade na gestão do SUS. Neste período, também se instituem os Conselhos de Saúde, os estaduais e municipais com a participação da social (BRASIL 1990).

Nessa mesma década, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas de Assistência à Saúde (NOASs). A NOB 01/91 (BRASIL, 1991) está direcionada ao mecanismo de financiamento do SUS para o “repasso, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e/ou estados”. (SCATENA et.al, 2002, p.57). Além dessa, teve a NOB 01/92, a NOB 01/93 e a NOB 01/96, cada uma com suas finalidades. A NOB 01/96 apresentou a proposta de um novo modelo de atenção, apresentando um avanço no modelo de gestão do SUS, consolidando a municipalização. Essa NOB 01/96 define a transferência de recursos destinados aos programas: PSF, PACS, para Saúde Bucal

(SB), Compensação de Especificidade Regional (CER), Saúde Indígena (SI) e Saúde no Sistema Penitenciário (SSP) (BRASIL, 1996).

A legislação básica do SUS abrange: a Constituição Federal de 1988; a Lei 8.080/setembro de 1990; a Lei 8.142/dezembro de 1990; as NOBs 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 e a NOAS-SUS 01/2000 (BRASIL, 2010).

O crescimento urbano do país gerava imensos aglomerados e exigia que a saúde chegasse à periferia das cidades; era necessário criar algo que suprisse essa demanda, então em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu para formar um elo com o Programa Saúde da Família (PSF), o qual seria criado três anos depois e que hoje é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF).

O PACS foi criado no Ceará desde 1987, porém a sua atuação só deu início nos anos 1990 e, em 1994, se estendeu para todo o Brasil, sendo regulamentado em 1997. Esse Programa foi de grande importância para o aprimoramento do SUS. O PSF aparece logo depois, em 1994, e nasce para, junto com o PACS, acrescentar na estratégia de acompanhamento das famílias atendidas nas Unidades de Atenção Primária.(ANDRADE, 2000).

O PSF foi um projeto criado pelo doutor Odorico Monteiro de Andrade que, em 1993, era Secretário de Saúde em Quixadá, no Ceará. Ele elaborou o projeto juntamente com sua equipe de trabalho, como mecanismo que pudesse construir uma relação integral com o SUS, e tomou como base a experiência inglesa, canadense e cubana do médico da família. Porém, esse Programa Médico da Família não ocorreu como esperavam, assim, como foi em outros países, devido às contradições política, econômica, administrativa e social do Brasil. Junto com sua equipe, optou em incorporar esse programa no Ceará e foi uma experiência pioneira no Estado. Primeiro implantou o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que representou o profissional não-médico e da área da Enfermagem em visitas domiciliares. Depois que o projeto estava elaborado, apresentou ao doutor Halim Antonio Girade (assessor especial do ministro Henrique Santillo) que ia participar de um encontro sobre o projeto médico da família. O projeto foi discutido na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 27 de dezembro de 1993 e foi aceito como Projeto Saúde da Família, que no ano seguinte em 1994 foi lançado (ANDRADE, 2000)

Nesse período, o PSF consolidou-se como estratégia principal e prioritária na reorganização da Atenção Básica Brasileira e até hoje vive em constante processo de

aprimoramento de acordo com as necessidades e perfil da população das áreas onde está inserido. Depois da criação do PSF, em 2006, o governo aprova, através da Portaria nº 648, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS (BRASIL, 2012).

Essa Política caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2012).

O PSF foi criado com o objetivo de melhorar a saúde da população, com um modelo assistencial básico de acompanhamento, de visitas domiciliares, de promoção da saúde, de diagnóstico precoce, de tratamento e recuperação de acordo com os princípios do SUS que são ofertados aos indivíduos, à família e à comunidade pela Atenção Primária. A equipe do PSF é composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, um técnico de enfermagem e de quatro a seis ACSs.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a Atenção Primária deve ser o contato preferencial dos usuários e também:

A principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012, p. 19-20).

A Atenção Primária, também conhecida como Medicina Comunitária, Atenção Básica e Cuidados Primários em Saúde, surgiu como uma necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde à grande parte da população que antes não tinha esse acesso. A Atenção Básica inicia seu atendimento com o ato de acolher, escutar e resolver a maioria dos problemas de saúde da população, diminuindo os danos e sofrimentos e se responsabilizando pela efetividade do cuidado (BRASIL, 2012).

Segundo o PNAB (2012), dentro da Atenção Básica em Saúde tem também os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que foram criados mediante a Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008 e republicada em 04 de março de 2008, atualmente foi regulamentos pela

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é uma equipe multiprofissional que atua de forma integrada com a equipe do PSF, as equipes de atenção básicas para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações e consolidar a Atenção Básica no Brasil, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

O NASF tem algumas ferramentas que são utilizadas em sua organização, que são: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST)¹ (MARTINES; CHAVES, 2007). Dentre essas ferramentas, destacaremos a que faz parte do nosso objeto de estudo que é o Projeto Terapêutico Singular, que é

Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Representa um momento em que toda a equipe compartilhar opiniões e saberes na tentativa de ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações (FIGUEIREDO, 2012, p. 10).

Esse Projeto Terapêutico busca a singularidade a diferença como elemento central para articulação, tem como base as necessidades de saúde de cada sujeito, tendo em vista que os diagnósticos procuram igualar os sujeitos e minimizar as diferenças, ou seja, esse projeto trabalha o sujeito como um todo e uni coletivamente o trabalhador, o usuário e a família com suas patologias ex: hipertensos, diabéticos, dentre outros.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o NASF foi criado como apoio às equipes de Saúde da Família. Uma de suas ações seria definir um plano terapêutico em conjunto com as equipes de saúde da família, capazes de dar respostas aos problemas apresentados pela população, agindo no sentido de diminuir a medicalização.

¹ Apoio Matricial – Constitui-se tentativa de consolidar o cuidado em saúde mental na APS e potencializar o protagonismo de profissionais da ESF e de usuários. Assistência direta ao usuário.

Clínica Ampliada – Se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção ao usuário. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional.

Projeto de Saúde no Território – Pretende ser uma estratégia das equipes SF e do NASF para desenvolver ações efetuar na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir a qualidade de vida e na autonomia do sujeito e da comunidade. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2010.

A equipe do NASF é constituída por profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como: Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico, Médico Ginecologista, Médico Acupunturista, Médico Psiquiatra, Médico Homeopata, profissional de Educação Física e Terapeuta Ocupacional, entre outros. Essa equipe multiprofissional tem realizado um trabalho importante de orientação, atendimento, tratamento e cuidado aos usuários que frequentam a UAPS, proporcionando saúde e bem-estar (BRASIL, 2010).

No tópico a seguir iremos abordar assuntos referente a saúde mental e como a TC está contribuindo para a recuperação dos usuários que fazem tratamento pelo CAPS.

2.3 A saúde mental no Brasil

O país tem crescido e vem passando por muitas mudanças e transformações. Mudanças financeiras, estruturais, climáticas, sociais e pessoais que muitas vezes têm afetado a saúde da população. Pensando nessas mudanças, o Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, aderindo a vários programas, projetos e ações para que essas mudanças não tragam aspectos negativos ao país. Porém, observa-se que diante de tantas mudanças, os impactos aparecem na vida das pessoas adoecendo-as no corpo e na mente. Para compreender melhor a saúde da mente, é necessário conhecer a história da saúde mental no Brasil.

Durante a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e ainda vem passando por mudanças no Brasil. Dentre essas mudanças, “a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a retirada das pessoas com histórico de longo período de internação” (COSTA, 2000, p.58), contribuíram para o surgimento de novas práticas de assistência em saúde mental.

Essa mudança vem acontecendo desde a Reforma Psiquiátrica no Brasil que foi um Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (COSTA, 2000).

Dados da Organização Mundial da Saúde(OMS, 2010) relatam que os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo e que são responsáveis por

12% da carga global de doenças. No Brasil, a avaliação é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, 5 milhões delas em níveis moderado ou grave. Os dados do IBGE de 2010 apontam que, no Brasil, 3% da população geral têm transtornos mentais graves e persistentes, 6% destes decorrentes de uso de álcool e outras drogas. As estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados ao abuso do álcool e outras drogas. Além disso, a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar dentre as dez principais causas da carga patológica mundial (AMARANTE, 2007).

Em 1990 é criada a Coordenação Geral em Saúde Mental (CGSM), no lugar da Divisão Nacional de Saúde Mental. “A CGSM passa a coordenar a política de saúde mental do País e implantar ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos” (MATEUS, 2013, p. 20).

Existem no Brasil instâncias de participação social nas políticas de saúde mental, estabelecidas pelo SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (Lei nº8.142, de 1990). Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, criação de programas e grupos de trabalhos (BRASIL, 2010).

Em Fortaleza, hoje, a política de saúde mental é pautada na Legislação Federal através da Lei 10.216/01, seguindo os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que é uma iniciativa inovadora do SUS, que tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, numa perspectiva de humanização de novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores, e usuários (BRASIL, 2006). Exemplo disso é o aumento da rede em saúde mental, com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), nas seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza.

É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPSs, no NAPS e hospitais dias e as fiscalizações dos hospitais psiquiátricos. E é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Federal 10.216, redirecionada à

assistência em saúde mental, entra em vigor. Em seguida, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é que a Política em Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e viabilidade (BRASIL, 2010).

Nessa mesma perspectiva falaremos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), foi instituída pela Portaria Ministerial nº 3088/2011 e é uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e com demandas decorrentes de transtornos mentais e ainda do consumo de álcool, crack e outras drogas.

Apresenta como objetivos gerais o Art. 3º:

- I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MIISTÉRIO DA SAÚDE. 2011).

Isso significa que a pessoa que sofre de transtorno mental de qualquer natureza, deve receber assistência à sua saúde por quaisquer das portas de entrada: nas UBSs, nas equipes de ESF, nos CAPS e, quando se tratar de quadro agudo, também nas unidades de urgência/emergência.

Os CAPSs são locais de referência e tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, depressão e outros, seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, acompanhamento clínico, e inserir os usuários ao trabalho, ao lazer, aos direitos civis e ao fortalecimento dos laços com a família e com a comunidade (OLIVEIRA, 2004).

Há quem considere a depressão como a doença do século e que está se tornando um problema de saúde pública. Segundo a OMS (2012), 121 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo. A doença é silenciosa, não deixa marcas e não pode ser detectada através de exames de imagens, podendo ser confundida com uma tristeza normal, tem levado muitas pessoas à incapacidade e até a cometer suicídio.

Segundo o IBGE (2013), a partir de uma pesquisa realizada com uma amostra de pessoas, verificou-se que a prevalência da doença é maior em pessoas do sexo feminino, com idade de 60 a 64 anos, com nível superior completo e de cor branca. A depressão é também conhecida como transtorno de humor, e seus sintomas incluem: tristeza, angústia, desesperança, crise de choro, baixa autoestima, isolamento social, culpa, visões pessimistas do futuro, perda de apetite e outros. Nessa perspectiva a TC surge como uma ferramenta utilizada nos CAPSs para contribuir com esse tratamento ajudando os sujeitos a superar a depressão.

O livro “Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação”, da OMS (2005), apresenta algumas nomenclaturas e definições de saúde mental como:

Doença mental e transtorno mental, deficiência mental, incapacidade mental, enfermidade mental e insanidade mental, cuja definição é empregada para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamentos associados na maioria dos casos a sofrimentos e a interferência nas funções pessoais (BRASIL, 2005).

Com a Reforma Psiquiátrica, muitas dessas nomenclaturas deixaram de ser usadas, as novas abordagens constituem uma alternativa para compreender a doença de forma diferente, com ênfase na pessoa, na sua forma de vida, na realidade em que está inserida, e não na doença em si, diferentemente da prática constante nos últimos séculos (AMARANTE, 1996)

A Reforma Psiquiátrica vem acontecendo para modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Com a Reforma, o atendimento às pessoas com transtorno mental passa a ser feito nos CAPSs, ambulatórios, hospitais gerais, centros de convivência e residências terapêuticas (COSTA, 2000).

O tópico a seguir fala sobre as práticas terapêuticas utilizadas no CAPS, que auxilia no tratamento dos usuários, proporcionando uma recuperação gradual da saúde mental, a independência do sujeito e melhorando a qualidade de vida.

2.4 Práticas terapêuticas na saúde mental

Conforme dito anteriormente essa Reforma Psiquiátrica tem como uma das características a desinstitucionalização, com a desconstrução dos manicômios e do isolamento e trouxe como substituição as práticas terapêuticas que têm incentivado muitos profissionais ao estudo, pesquisa e discussão sobre o tema. Tais práticas terapêuticas têm ajudado muitos

pacientes em sua recuperação, melhorando a qualidade de vida, tornando-os independentes, a ponto de muitos retornarem as suas práticas laborais.

O surgimento e desenvolvimento das práticas terapêuticas remonta ao final da década de 1960, quando foram denominadas também como alternativas, complementares, integrativas ou holísticas. Essas práticas ganharam espaço em grupos civis e em instituições e serviços públicos de saúde (MANGUIA, 2007).

A OMS (2010) denomina as práticas e recursos terapêuticos como medicina tradicional e complementar/alternativa e relata que tais práticas estimulam mecanismos naturais de prevenção de agravos, ajudando na recuperação da saúde.

Conforme Andrade (2009, p.57):

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC, nasceu como fruto de recomendações das várias Conferências Nacionais de Saúde e discussões do SUS, tendo obtido aprovação final pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2005. Nesta ocasião foram incluídas na PNPIC várias práticas existentes e legitimadas em diversos sistemas municipais de saúde do país: Homeopatia, Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. A partir de então foi criada uma coordenação específica para as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que desde 2007 vem incluindo outras práticas complementares dentre as quais a TC.

Na saúde mental, essas práticas terapêuticas surgem depois da Reforma Psiquiátrica com a criação dos CAPSs, na medida em que se fez necessária uma nova abordagem para tratar o sofrimento, ou seja, o paciente como um todo, trabalhando suas dimensões física, psíquica e social, priorizando as trocas de experiências através do diálogo e a melhoria do modo de vida individual, familiar e comunitário.

O CAPS direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Nesta realidade, a reprodução social do sujeito em sofrimento psíquico perpassa a prática clínica e constitui um processo complexo. Assim, a prática clínica exercida na rede de atendimento requer instrumentos e estratégias para a efetivação de ações que possam ser resolvidas. Nesse sentido, o desenvolvimento das abordagens terapêuticas no trabalho em saúde mental ocorre com vistas a melhorar o enfrentamento do transtorno psíquico (AMARANTE, 2007).

Existem vários tipos de práticas terapêuticas, porém mencionarei as usadas nos CAPSs, sabendo que cada CAPS tem suas práticas terapêuticas de acordo com as suas demandas. A primeira prática terapêutica é conhecida como Arte-terapia que se define como método de tratamento para o desenvolvimento pessoal, integrando no contexto psicoterapêutico mediadores artísticos e seu objetivo é trabalhar no usuário do CAPS a sua percepção, concentração e habilidades para a arte, como por exemplo: pintura, desenho, modelagem, escultura, colagem músicas, poesias, canto etc.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARTE-TERAPIA, 2013).

No âmbito das práticas terapêuticas, outra terapia que é muito utilizada nos CAPSs é a Biodança que trabalha com o equilíbrio do corpo e da mente, cujo objetivo é estimular a comunicação das pessoas com o próprio corpo e com as outras, mas também permite uma fuga da rotina cotidiana, de forma divertida e equilibrada (FRATER, 2014).

Temos também a Massoterapia que é um grupo de técnicas e procedimentos terapêuticos naturais, não invasivos, tradicionais e contemporâneos, que tem como objetivo manter a saúde e prevenir desequilíbrios e contribui no bem estar e da melhor qualidade de vida (ABMC, 2010)².

Há também o Grupo de Autoestima, que é muito procurado pelos usuários do CAPS, onde são trabalhados os aspectos bio-psico-sócio-espirituais dos participantes, e ajuda no resgate da identidade, da cultura, da autoestima, da autoconfiança e da autoaceitação.

Dentre essas terapias já citadas, temos a Terapia Comunitária que “é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular”, e tem como objetivo “redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa” (BARRETO, 2008, p.38-39).

A Terapia Comunitária será o objeto de estudo do próximo capítulo dessa pesquisa. Esta atua na saúde de forma integral, visando a “compreensão da cultura, história de vida,

²Associação Brasileira de Medicina Complementar,

contextos sociais, políticos, familiares e comunitários” que são fundamentais para a realização das rodas de terapia (ANDRADE et al, 2009, p.51)

Segundo Andrade (2009, p.51), conforme já mencionado, a TC teve sua implantação no SUS, depois da criação da ESF, que “acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma política de participação solidária”.

A TC também contribui com a ESF nos determinantes sociais da saúde, que de acordo com a OMS (2010) são: a desigualdade social, o estresse, a pequena infância, a exclusão social, o trabalho, o desemprego, o apoio social, a dependência, a alimentação e o transporte. Nesses determinantes, a TC contribui com a ESF na acolhida, na escuta, nas demandas trazidas para a Atenção Primária, no combate ao isolamento, em estimular a capacidade para enfrentar os problemas e em ajudar na reinserção do indivíduo na sociedade (BRASIL, 2010).

3 ESTUDO DA TERAPIA COMUNITÁRIA E SEUS PILARES

Neste capítulo apresentaremos o conceito, as concepções, abordagens e práticas da terapia comunitária. O conceito, como surgiu, como acontece, quem criou, em quais locais de Fortaleza acontecem as rodas de TC, em quantas cidades do Brasil realizam as rodas de TC, explicar os alicerces em que a TC se embasa: pensamentos sistêmicos, teoria da comunicação, pedagogia de Paulo Freire, antropologia cultural e resiliência. Também será abordado detalhadamente o passo a passo de como se realiza uma roda de TC, explicando todas as suas etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação, conotação positiva e avaliação.

3.1 A Terapia Comunitária, conceito, alicerces, características e objetivos

A palavra terapia tem origem grega (*therapeia*) e seu significado é “acolher, ser caloroso, servir e atender”; e comunitária vem de comunidade que é “composta de duas palavras: comum + unidade”, ou seja, o que as pessoas têm em comum, o sofrimento, a exclusão, dentre outros sentimentos e “buscam alívio desse sofrimento e soluções para superar os obstáculos da vida” (BARRETO, 2008, p.37).

Houaiss (2010, p. 751) define terapia como “qualquer intervenção para tratar problemas físicos e/ou psíquicos e comunitário que sobressai ao sentimento de comunidade”.

A definição de Terapia Comunitária pelo criador dessa prática terapêutica 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 autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Tem como base de sustentação o estímulo para a construção de vínculos solidários e promoção da vida (BARRETO, 2008, p.33).

Para Camarotti (2009), a TC nasce como um espaço de desabafo do sofrimento, possibilitando a prevenção das consequências do estresse habitual, visando garantir o resgate da autoestima necessária para a prática de mudanças em suas vidas.

Barreto (2008, p. 33-38) complementa dizendo que a TC é um espaço comunitário onde a pessoa tem a oportunidade de falar sobre a sua história de vida, dor e conflitos, “cada

um se torna terapeuta de si mesmo, partilhando experiências de vida e sabedoria”. E não se define como “um processo psicoterapêutico, mas, sim, como um ato terapêutico de grupo” que pode ser realizado em qualquer lugar, com qualquer número de pessoas e de qualquer nível socioeconômico.

No diálogo dos autores, pode-se observar que todos têm uma definição diferenciada e ao mesmo tempo contempla um mesmo objetivo: o tratamento da alma com métodos diferentes na intervenção, a escuta, na valorização das histórias e no desabafo do sofrimento.

De acordo com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM 2015), a TC nasceu das reclamações e queixas sociais apresentadas pelos moradores que habitavam na favela de Pirambu, em Fortaleza, Ceará. Essas queixas se concentravam em problemas de relacionamentos familiares e psicológicos, que eram levados ao Projeto Quatro Varas A de Apoio aos Direitos Humanos que existia no bairro do Pirambu. Esse projeto deu início com Airton Barreto, advogado que optou em ver de perto o problema das pessoas que viviam nessa comunidade, devido à grande demanda, ele pede o apoio de seu irmão Adalberto Barreto que era médico psiquiatra. A partir daí, o médico psiquiatra começou a ver as necessidades dessa comunidade com um novo olhar, e passou a pesquisar juntamente com seus alunos o histórico de sofrimentos vivenciado por essas pessoas, e percebeu que a dor e o sofrimento dessas pessoas estavam na alma, por essa razão estava afetando o corpo. Então passou a pensar em alguma técnica que pudesse auxiliar no tratamento dessas pessoas para que elas não ficassem tão dependentes dos medicamentos, daí começou a surgir a terapia em grupo na comunidade, a qual acontece há alguns anos:

A TC existe há vinte e oito anos na comunidade Quatro Varas, no Pirambu. A iniciativa de desenvolver a TC foi do Departamento de Saúde comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação do professor Adalberto de Paula Barreto, médico, doutor em psiquiatria, antropólogo e licenciado em filosofia e teologia, que sentiu a necessidade de realizar um trabalho junto com seus alunos, de prevenção e cuidados psicológicos no Projeto Quatro Varas na favela do bairro Pirambu, no intuito de ajudar os pacientes, vítimas de conflitos de abandono e miséria humana (BARRETO, 2008, p.23).

Quando Adalberto Barreto criou a TC comunitária, ele alicerçou essa prática em cinco eixos teóricos: “o Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência” (BARRETO, 2008, p.27).

Segundo Barreto (2008), o Pensamento Sistêmico diz que somos uma rede cheia de ramificações que ligam e relacionam as pessoas como um todo, onde envolve o corpo, a mente e as emoções e também a sociedade. Para que possa ter condições de enfrentar a vida com prazer e buscar soluções para os problemas e as dificuldades pessoais, familiares, comunitárias e sociais, é necessário ter consciência de que estamos ligados e que fazemos parte deste todo. O Pensamento Sistêmico refere-se ao sistema em que a família está inserida, ou seja, nesse eixo a TC trabalha o indivíduo como um subsistema da família, e transformando-a em um sistema, pois para trabalhar esse indivíduo, é preciso conhecer todo o contexto em que ele está inserido dentro desse sistema.

Para Barreto (2008), o indivíduo é um subsistema da família, assim como a família é um subsistema da comunidade, e a comunidade um subsistema do bairro, o bairro um subsistema da cidade, a cidade um subsistema do país, e o país um subsistema do mundo; para o autor, tudo está interligado como uma ramificação e mesmo que cada um tenha suas partes e seus elementos, tem que funcionar como um todo, porém independentes.

O Pensamento Sistêmico em sua abordagem faz perceber o indivíduo dentro de suas relações, no seu convívio com a família, com a comunidade valorizando sua cultura e suas crenças de maneira interativa.

Barreto (2008, p.126) acrescenta dizendo que “[...] O que define um sistema é a relação das partes com o todo e do todo com as partes, por isto, dizemos que um sistema é mais do que a soma das partes”.

A Teoria da Comunicação é um elemento essencial para unir as pessoas, a família e a sociedade. Nessa teoria, todos os tipos de comunicação são válidos para expressar os sentimentos e compreender cada ser humano pela sua consciência de existir e se reconhecer como sujeito e cidadão.

Barreto (2008, p.221) escreve que para ter uma boa comunicação é preciso observar as regras básicas:

Regra 1. Todo comportamento é comunicação.

Regra 2. Toda comunicação tem dois comportamentos: a mensagem e a relação entre os interlocutores.

Regra 3. Toda comunicação depende da pontuação.

Regra 4. Toda comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal, e a comunicação não verbal.

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

Nesse sentido na roda de TC o terapeuta tem que estar atento para todos os gestos, os sinais, os sintomas, a postura, a fisionomia, enfim, em toda ação que o corpo do participante realiza, porque cada ação tem a sua interpretação. Porque para o criador da TC toda ação realizada pelos participantes é uma forma de se comunicar.

Dessa maneira, comunicar significa participar, trocar informações, tornar comuns aos outros, ideias, e estados de espíritos, a comunicação pode ainda ser entendida como uma atividade educativa, já que há uma transmissão de ensinamentos, que moldam a disposição mental entre os que se comunicam. Como os homens tem necessidade de estar em constante relação com o mundo, com as informações e notícias, usa-se, então, a comunicação como mediadora na interação e na construção social (HOLANDA, 2006, p. 28).

Mais um alicerce da TC em estudo é a Antropologia Cultural. Para Hoebel e Frost (1995 apud CARICIO, 2010, p.34-35), a antropologia é uma ciência que pesquisa

as origens, o desenvolvimento e as semelhanças das sociedades humanas, bem como as diferenças entre elas. A palavra antropologia tem origem de duas palavras gregas: *anthropos* que quer dizer homem elogia que significa estudo. Nesse sentido, procura conhecer a humanidade, compreender os problemas humanos e o modo de enfrentá-los. E a cultura é o sistema associado de padrões estudados caracterizando os componentes de uma sociedade, ou seja, é o resultado de herança biológica.

Segundo Barreto (2008), para entendera Antropologia Cultural é necessário conhecermos os tipos de cultura existentes em nosso país e fora dele, para podermos respeitar, valorizar e romper com a dominação e a exclusão social. Pois a cultura é um conjunto de saberes, de valores diversificados que nos enriquecem e nos ensinam a compartilhar conhecimentos e ajuda nas resoluções dos problemas sociais para que se possa construir uma sociedade mais justa.

Nessa perspectiva, a TC tem como referência os valores culturais, as crenças, as manifestações populares, os conhecimentos, a maneira de pensar de um indivíduo, transformando-o em sujeito ativo e participante da sua história dentro da comunidade.

Neste alicerce da TC, iremos falar sobre a Pedagogia de Paulo Freire, que propõe romper com o modelo tradicional de educação que ele considerava desumano, que expressava

dizendo que a educação tratava os alunos como um local de “armazenamento de conteúdo”, sem olhar para a sua experiência de vida e nem o seu contexto.

Paulo Freire diz que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados de “quem sabe tudo” para “quem não sabe nada”, mas ensinar é o exercício do diálogo, da troca, ou seja, ter um tempo para falar e outro para escutar, ter um tempo para aprender e outro para ensinar (FREIRE, 1920).

Para Scocuglia (2006, p.05),

As reflexões de Paulo Freire não são sobre a pedagogia em geral, mas sobre “alguns aspectos” de uma pedagogia “do oprimido”. Destaca-se a compreensão sobre o “oprimido”, como categoria política, assim como sobre uma prática educativa que prioriza suas necessidades e interesses “de classe” numa situação de opressão social e política que tenta construir seu contrário, isto é, a libertação.

Na TC, Barreto (2008) relata que a pedagogia de Paulo Freire é um dos alicerces em que o terapeuta e o participante da terapia, possam compartilhar experiências e aprender juntos; é uma troca de saberes, é aprender a falar e também a ouvir, é perceber a ação coletiva com ênfase na reflexão das histórias contadas durante a roda de terapia é o que observamos na figura 1.

Figura 1: Roda de Terapia Comunitária no Projeto 4 Varas no Pirambu



Fonte: Arquivo Pessoal da Autora, 2015.

Para Barreto (2008), a TC, enquanto instrumento pedagógico está fundamentada na teoria de Paulo Freire (2000) que, em relação ao educador, é fundamental que haja:

Respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporeificação das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e assunção da identidade cultural, consciência do inacabamento; reconhecimento de ser condicionado; respeito da autonomia do ser do educando; bom senso; humildade; tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores; apreensão da realidade; alegria e esperança; convicção de que a mudança é possível; curiosidade; segurança, competência profissional e generosidade; comprometimento; compreensão de que a educação é uma forma de intervenção no mundo; liberdade e autoridade; tomada consciente de decisões; reconhecimento de que a educação é dialógica; disponibilidade para o diálogo; saber escutar e querer bem aos educandos (BARRETO, 2008, p. 280).

Para que a TC tenha êxito é necessário haver a escuta, a parceria dos participantes com os terapeutas, o diálogo, a cumplicidade e a troca de saberes.

Outro alicerce da TC é a Resiliência, que é a capacidade que cada indivíduo encontra dentro de si para superar os problemas e as dificuldades existentes. E Barreto completa dizendo que a meta fundamental da Resiliência na TC é:

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. E as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos ao grupo, são utilizados como matéria prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano (BARRETO, 2008, p. 32)

Segundo Walsh (2005), a resiliência é um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta a crise. Houaiss (2010, p.673) define resiliência como “a capacidade de se recobrar ou de se adaptar a má sorte, as mudanças”.

Com base nas definições dos autores, resiliência é um estado de superação, é quando volta ao seu estado normal mesmo depois de uma situação de crise, é mesmo após a adversidade conseguir se adaptar e evoluir, ou seja, é a esperança, a motivação, o pensamento positivo e a força interior. Uma pessoa resiliente valoriza os apoios e estímulos que recebe, reforça a autoestima, compartilha experiências, melhora a autonomia e fortalece os vínculos.

De acordo com Barreto (2008), as crises são desorganizações, transtornos que acontecem na vida do indivíduo, das famílias, das instituições, dos grupos sociais e da

sociedade, causando falta de criatividade, incapacidade de resolver problemas, levando o indivíduo a atitudes extremas sem saber o que fazer, ou seja, sem direção.

Na TC a crise é apresentada como oportunidade de aprendizagem, de crescimento pessoal, sensibilizando o indivíduo a buscar novas maneiras de agir, de relacionar-se e ainda ajuda a refletir sobre as falhas cometidas levando esse indivíduo a se tornar uma pessoa resiliente.

A TC tem mostrado ao longo dos anos sua eficiência na promoção da autoestima, na prevenção de doenças mentais, na recuperação dos momentos de crise, e também tem ajudado as pessoas a resgatar os vínculos afetivos e sociais.

A TC apresenta três características básicas, a primeira é um trabalho de saúde mental, preventivo e curativo que conta com a participação dos elementos culturais e sociais ativos da comunidade: os agentes de saúde, artistas populares, curandeiros, educadores, líderes de associação, entre outros; segundo, com ênfase no trabalho de grupos com: mulheres, jovens, crianças, idosos para que juntos se tornem mais fortes e encontrem soluções para os seus problemas do cotidiano e que possam ser instrumentos de agregação social; e terceiro, a criação gradual da consciência social para que os indivíduos descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras. (BARRETO, 2008).

Os objetivos da TC são os seguintes:

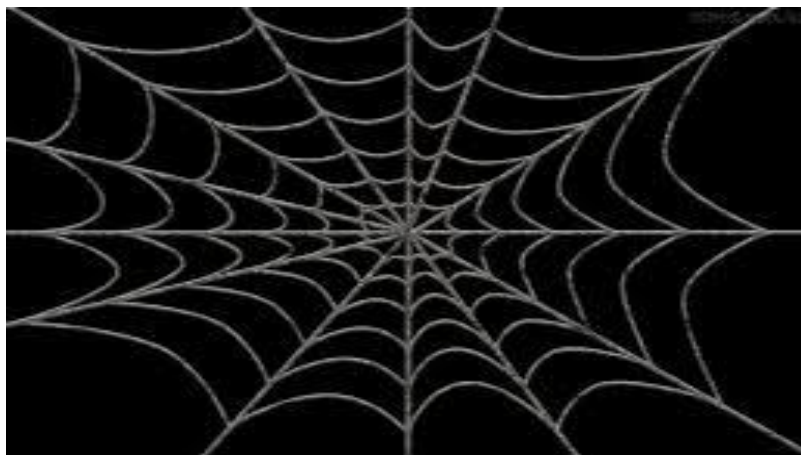
1. Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente.
2. Reforçar a autoestima individual e coletiva
3. Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
4. Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
5. Suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificar com seus valores culturais.
6. Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através de restauração e fortalecimento dos laços sociais.
7. Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentores do saber fazer e guardiãs da identidade cultural.
8. Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber científico.
9. Estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativa e ser agente de sua própria transformação (BARRETO, 2008, p.39).

Nessa mesma perspectiva é importante conhecer os objetivos da TC para uma maior compreensão e saber utilizar a mesma como uma ferramenta do cuidar.

3.2 A Terapia Comunitária ferramenta do cuidar

Para que a roda de TC aconteça é necessário ter um terapeuta e um coterapeuta, os participantes precisam estar em círculos como uma teia de aranha, onde um possa ver o outro. A teia de aranha é o símbolo usado na TC, pois, segundo o autor, as terapias realizadas na comunidade são semelhantes ao trabalho da aranha que tece teias invisíveis porém fortes, e essas teias feitas na comunidade é o apoio que a terapia tem com as redes locais, observe a figura 2.

Figura 2: Teia de Aranha



Fonte: utrdownloads.com.br, 2015.

Essas linhas e esses pontos da teia de aranha são ramificações que simbolizam a união com as redes de apoio da comunidade, porque a TC não atua sozinha, ela mobiliza a comunidade para trabalhar em parceria.

A roda de TC segue uma técnica que compreende seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva, e avaliação (BARRETO, 2008).

O acolhimento é feito pelo coterapeuta, dura aproximadamente sete minutos e é composto de seis procedimentos: dar as boas-vindas, falar sobre o objetivo da terapia, lembrar aos participantes que a roda também tem regras que precisam ser obedecidas (fazer silêncio, falar da própria experiência, evitar conselhos, respeitar a fala do outro, sugerir uma música, contar um provérbio ou piada de acordo com a discussão e respeitar a história de vida de cada

peessoa), estimular as pessoas para a celebração da vida e das suas conquistas, propor uma dinâmica interativa e apresentar o terapeuta que conduzirá o restante da terapia.

Já a escolha do tema tem duração de aproximadamente dez minutos, e é composta de cinco procedimentos: a fala do terapeuta cumprimentando os participantes e estimulando as pessoas a falarem da sua dor e dos seus problemas; é nesse momento que o terapeuta diz “quando o corpo cala, os órgãos falam; quando o corpo fala, os órgãos saram.” Esse ditado popular é muito utilizado na TC porque explica para o participante que se faz necessário falar dos problemas, e se não falamos o corpo adoece assim como mostra a figura 3.

Figura 3: Quando a boca cala os órgãos fala



Fonte: muyumba.org, 2015.

Na escolha do tema também é o momento em que os participantes colocam os seus problemas e aflições, tem a identificação do grupo com os temas apresentados. Quando várias pessoas falam é escolhido um dos problemas para ser discutido na roda, por exemplo, eles falam sobre desemprego, depressão, separação, vícios etc. Daí é escolhido um dos temas colocado pelos participantes e acontece a votação para escolher apenas um para ser discutido, depois o terapeuta agradece pelos participantes terem aberto seu coração e exposto os seus problemas.

O momento da contextualização possui duração de quinze minutos e é composto de dois procedimentos: um é quando o participante escolhido dá mais informações sobre o seu problema e os demais podem fazer perguntas para ajudar no contexto, e o outro é encontrar a

palavra chave para construir o mote e agradecer ao participante escolhido por ter confiado no grupo.

A problematização, por sua vez, tem duração em torno de 45 minutos e nesta etapa é lançado o mote. O mote é uma pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo que é chamado a falar das suas experiências, por exemplo: “quem viveu algo parecido e o que fez para superar?”. O mote é colocado para incentivar os participantes a expressarem as suas experiências e é anotado pelo terapeuta para a finalização da TC. Depois que todos falam das suas vivências, o terapeuta observa se a problematização atingiu o seu objetivo. Quando atinge o objetivo os participantes são convidados a se colocarem de pé, formarem um círculo e colocarem as mãos nos ombros uns dos outros para fazer o encerramento.

O encerramento são os rituais de agregação e conotação positiva, duram mais ou menos dez minutos, onde se convida o grupo para uma roda, sentindo-se próximo uns dos outros e cada um vai falar o que a terapia significou para eles naquele momento. Nesta etapa o terapeuta fala do que foi positivo na história que foi contada no grupo e todos participam dizendo o que aprenderam com a história ou algo que tenha lhes tocado. Nesse momento as pessoas que expuseram seu problema se colocam no centro da roda e os demais acolhem com músicas, palavras de conforto, abraços, poemas ou qualquer dinâmica que permita suscitar a dimensão coletiva, ou seja, a união, o companheirismo, a compreensão, a amizade, entre todos.

Por fim, a avaliação acontece logo após o final de cada encontro, e constitui o momento de a equipe de terapeuta avaliar o impacto do encontro sobre cada um, e ver se cumpriram com as etapas da terapia para, a cada roda, aprimorar a prática (BARRETO, 2008).

Durante a realização da roda de TC, tanto os terapeutas como participantes podem dizer provérbios, parábolas, poemas, pensamentos, credices e superstições, cantar músicas, trava-línguas, fazer cirandas e realizar dinâmicas de grupo, tudo de acordo com o tema que foi escolhido para ser trabalhado.

A integração e o aprofundamento teórico da Terapia Comunitária, nos serviços de saúde, têm demonstrado que a promoção da fala, a socialização das situações de perda e sofrimento tem sido um veículo na formação da resiliência, viabilizando a construção de redes solidárias e favorecendo a condução do sofrimento em uma instância palpável e identificável, gerando uma referência de diversidade grupal (CAMAROTTI, 2005).

O Criador da TC, Adalberto Barreto, juntamente com seus colaboradores, vem lutando para que essa prática terapêutica faça parte da Política Nacional de Saúde já que ela está inserida no CAPS. Os resultados benéficos, mostrados ao longo desses anos, têm chamado a atenção de autoridades governamentais que reconhecem a contribuição da TC na promoção de vida das pessoas. Uma pesquisa realizada pela equipe do Dr. Adalberto Barreto em 2005/2006, com base em 12.000 rodas de TC, identificou vários benefícios propiciados pela participação nos grupos. Destacou-se, dentre os dados levantados que das situações problemas trazidas pelos participantes apenas 11,5% sentem a necessidade de encaminhamento para serviços especializados, e 88,5% encontraram resolutividade na própria TC e nos locais como grupos de ajuda mútua, vizinhos, entre outros, evidenciando a força de autocuidado existente na própria comunidade (BARRETO, 2008).

3.3 O cenário e as participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada no bairro do Parque Santa Rosa no município de Fortaleza no Ceará em uma roda de TC que acontecia em um espaço cedido pela Pastoral do Menor, com as participantes que realizavam tratamento em uma UAPS do bairro Conjunto Esperança. A escolha desse local para realizar a pesquisa foi determinada, porque era o local em que eu tinha atuado como terapeuta e conhecia os problemas e as dificuldades que levavam os usuários da UAPS a frequentar a TC. A entrevista foi realizada na residência de cada participantes.

As rodas de TC acontecem às Quartas feiras, no horário das nove horas da manhã e às quintas feiras no horário das quatorze e trinta. A TC oferece atividades de: danças, relaxamento, músicas, provérbios, parábolas, histórias, dinâmicas, trava-línguas, cantigas de rodas, contos, poesias, piadas e oração.

Os participantes das rodas de TC são usuárias que frequentam e são acompanhados pela UAPS. Foram chamadas para a entrevista cinco usuárias que participaram no mínimo de cinco rodas de TC e que aceitaram o convite para participar da entrevista. O critério de escolhas dessas mulheres aconteceu porque a roda de TC era mais frequentada por mulheres e os homens eram poucos e mesmo assim não tinha possibilidade de realizar a entrevista devido o horário de trabalho.

Os sujeitos da pesquisa são cinco mulheres pertencentes à faixa etária de 25 a 70 anos: duas casadas, uma divorciada, uma viúva e uma solteira. Uma trabalha, três estão desempregadas e uma é pensionista. Uma tem problema de pressão arterial elevada e colesterol elevado, uma tem pressão arterial elevada e depressão, uma tem depressão, uma tem AVC, diabetes e depressão e uma tem problema de alergias na pele. Essas características nos auxiliaram no entendimento das falas de cada entrevistada.

Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, seus nomes foram substituídos por nome de flores para compor o jardim das mulheres que frequentam a Terapia Comunitária, tudo com a concordância de todas. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade de cada uma tendo o cuidado de respeitar o seu tempo e o lugar que fosse de sua preferência. A figura 4 simboliza a primeira mulher a ser entrevistada.

Figura 4: Flor bromélia



Fonte: recantotropicalflor.com, 2015

“Na Terapia encontrei aconchego, conforto e me ajudou a enfrentar os meus medos”

- 1) Bromélia – tem 46 anos, é casada, tem um filho, mora de aluguel, sua religião é católica, estudou até o ensino médio, trabalha de segunda a sexta como Agente Comunitária de Saúde, tem problema de pressão arterial elevada e de colesterol, toma as medicações: losartana e sinvastatina é acompanhada na UAPS de seis em seis meses e é natural de Fortaleza. Parece uma mulher tímida, simples, determinada para resolver as atividades e gosta de participar das programações da Unidade. Sua história é marcada pelo conflito

com o marido e por se sentir incapaz e desmotivada para seguir uma carreira profissional. A entrevista foi realizada em sua casa e em todos os nossos encontros ela esteve sempre disposta a colaborar com a pesquisa;

A figura 5 representa a segunda mulher a ser entrevistada, ela demonstrava ser simples e meiga como uma rosa.

Figura 5: Flor magnólia



Fonte: afloricultura.com, 2015

“Quando eu estava na Terapia sentia uma energia de vida, de saúde, de paz e de força”

- 2) Magnólia – tem 57 anos, é divorciada, tem sete filhos, mora em casa própria, sua religião é evangélica, estudou até o ensino fundamental incompleto, não trabalha, vive do bolsa família e da ajuda dos filhos, tem problema de pressão arterial elevada e depressão moderada, toma as seguintes medicações: amlodipina, fluoxetina e alprazolam, seu atendimento na Unidade de Saúde é de seis em seis meses, é natural de Crateús. Durante a entrevista se comportou como uma mulher melancólica, desanimada, deprimida, porém, com muita força de vontade para ser curada. Sua história foi marcada pelo divórcio, pela luta e responsabilidade para criar seus filhos e pela força interior que ela tem para enfrentar as lutas e os desafios do dia a dia. A entrevista foi realizada na sua residência, era casa em formato de vilas, ela esteve sempre disposta em narrar as suas histórias de vida e contar a sua participação na terapia;

A figura 6 representa a terceira mulher a ser entrevistada, mesmo ela sendo uma idosa e com algumas limitações ela demonstrava ter vigor como a flor violeta.

Figura 6: Flor violeta



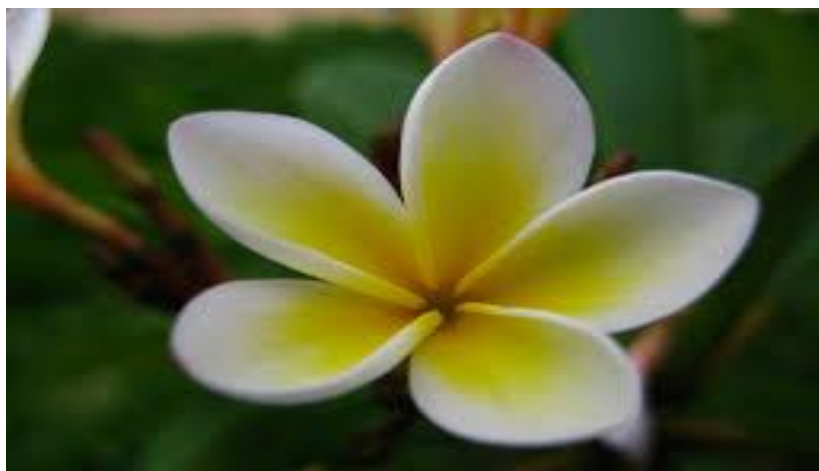
Fonte: pixabay.com2015

“A Terapia veio como uma benção de Deus e de nossa senhora pra minha vida me trouxe paz e sossego.”

- 3) Violeta – tem 69 anos, é viúva, tem um filho com transtorno mental, mora em casa própria, sua religião é católica, nunca estudou e sabe apenas assinar o nome, é pensionista, tem problema de pressão arterial elevada, diabetes e depressão, teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que lhe deixou com poucos movimentos, suas medicações são: captopril, metformina e diazepam, seu acompanhamento com o médico é de três em três meses, é natural de Baturité. Através de observação direta, constatei que a entrevistada estava melancólica, preocupada, sempre muito chorosa e emotiva, porém lutadora, persistente nos contou sua trajetória de vida com uma voz bem suave, tem muita vontade de viver. Sua história é marcada pela superação de ter perdido o esposo, por cuidar de um filho doente e de superar o AVC. A entrevista foi realizada em sua residência, foi muito hospitaleira e nos ajudou com todas as informações necessárias para concluir a entrevista.

A figura 7 representa a quarta mulher a ser entrevistada, era uma jovem alegre e com a beleza da flor jasmim.

Figura 7: Flor jasmim



Fonte: flickr.com, 2015

“A Terapia Comunitária é muito boa porque as pessoas podem falar, ouvir e serem ouvidas.”

- 4) Jasmim – tem 25 anos, é solteira, não tem filhos, mora com a mãe em uma casa bem pequena, porém própria. Sua religião é evangélica, sua formação é em Recursos Humanos e cursa espanhol. Está desempregada, tem problema de alergia na pele e toma antialérgico. É uma jovem extrovertida, alegre, sorridente, brincalhona e sonhadora, foi muito cooperativa durante a entrevista e muito empolgada com os efeitos que a terapia causa nas pessoas. A sua história foi marcada pela sua narrativa em dizer que foi uma criança, uma adolescente que viveu sem a presença paterna e que isso de algum modo marcou a sua vida, o fim de um relacionamento e o desemprego. A entrevista foi realizada na sua casa e ela contribuiu com as informações necessárias para a entrevista;

A figura 8 representa a quinta mulher a ser entrevistada, ela demonstrava ser emotiva, delicada e sensível, porém determinada.

Figura 8: Flor lírio



Fonte: comofas.com, 2015.

“A Terapia me ajudou a lidar com minhas perdas, a superar meus medos e a vencer minhas inseguranças.”

- 5) Lírio – tem 40 anos, é casada, têm três filhos, um dos filhos tem formação congênita, mora em casa própria, sua religião é católica, está cursando o terceiro ano do ensino médio, é natural de Itapajé, não trabalha, tem problema de depressão moderada e evita tomar medicação, pois tem medo de ficar dependente, busca ajuda nas rodas de terapia, é acompanhada por psicólogo e psiquiatra. Cuida da casa e dos três filhos, é muito emotiva, chorou o tempo todo enquanto estava relatando sua história. A entrevista foi realizada em sua casa, ela contribuiu com todas as informações, a sua história foi marcada pela incompreensão do esposo, pela sobrecarga familiar e pela perda do pai há cinco meses e do irmão há dois meses com câncer.

4 TECENDO OS FIOS DA HISTÓRIA

Este capítulo traz a análise empírica dos relatos das cinco mulheres entrevistadas que participaram das rodas de TC, para melhor compreender através das falas, as suas inquietações, seus sofrimentos, sua superação e os efeitos da TC na vida das entrevistadas e da família. Será narrado por tópico para atender aos objetivos propostos pelo estudo. Abordará a família como elemento de apoio no tratamento em saúde desses usuários; além da relação delas com seus familiares e a TC x o para o fortalecimento de vínculos familiares.

4.1 A família como importante apoio no tratamento em saúde

A família é importante para incentivar e apoiar o indivíduo no processo de tratamento porque muitas vezes a pessoa não quer estar doente ou não admite ter alguma patologia, e dificulta esse processo. No entanto, é necessário saber lidar com as situações de estresse, evitando comentários críticos e proteção muito exageradas.

Segundo Lazure (1994), é importante que a família possa fazer algo pelo seu familiar no período de recuperação, quando dá para fazer, e se não der, que possa pelo menos, ser capaz de compreender, acompanhar, dar apoio, carinho e dedicação.

Observamos esses cuidados nas falas das entrevistadas:

Depois que participei da terapia também senti um pouco, o meu marido e o meu filho mudarem comigo, ficaram mais atenciosos, preocupados sempre chamando a minha atenção e isso foi bom pra me. (Bromélia).

Até neles eu vi uma diferença depois que eles souberam que eu tava indo pra terapia, porque eles começaram a me abraçar, a dizer pra me que eu era linda, e mandava eu me arrumar. (Magnólia).

[...] tia essa terapia ta te fazendo bem ne? Porque a senhora ta mais bonita isso que ela disse, me deixou bem. (Violeta).

Nos depoimentos de algumas entrevistadas, nem sempre a família pode estar presente, e nem deu apoio necessário, alguns familiares nem ficou sabendo que elas estavam participando da TC, um membro da família delas demonstrou até indiferença quando mencionou que a esposa não tinha “nada,” que ela estava “criando coisas na cabeça”. É o que relatam as entrevistadas:

[...] eu não tive apoio da minha família porque nunca me entenderam, para o meu marido eu falo as coisas que se passa comigo ele fica calado não diz nada e as vezes fala que estou criando coisas na cabeça. (Lírio).

[...] os outros nem ficaram sabendo, não contei pra mais ninguém e pedir pra ela também não contar. (Jasmim).

No período de observação mediante as rodas de TC, na partilha das falas, pudemos perceber que os familiares das entrevistadas tiveram dificuldade de lidar com a doença e com o momento que essa pessoa estava passando, ou seja, família que não tinha compreensão dessa realidade e que não sabia enfrentar tal situação. Mediante a isso podemos dizer que muitas delas têm família, moram com a família, mas não interagem com elas. Muitas famílias não estão preparadas para o “cuidar”, e com isso se torna difícil apoiar no tratamento. Percebemos isso na fala das entrevistadas:

Quando minha sobrinha soube que tive um AVC, disse que não sabia como cuidar e que eu precisava arranjar uma pessoa urgente para cuidar de mim para eu não ter que ficar no hospital [...] (Violeta)

[...] meu marido quando ficou sabendo pela psicóloga que eu estava com começo de depressão perguntou como foi que eu peguei isso e o que ele tinha que fazer. (Lírio)

Quando começamos a pesquisar sobre a família como auxiliar no tratamento do usuário na UAPS, encontramos muitas queixas referente à Unidade de Saúde. Essas queixas se referem à falta de medicamentos, à demora na fila de espera para realização dos exames, à falta de psicólogo, à demora na marcação das consultas e à programação que não existe, por exemplo de reuniões para orientar os familiares em como lidar com o tratamento e com os cuidados desses pacientes.

Diante dessa situação muitos são pegos de surpresas e acabam não sabendo lidar com elas, afetando ainda mais o psicológico do usuário. Por essas e outras razões, os usuários que necessitam de um atendimento diferenciado são orientados a participar da roda de TC para complementar o tratamento. Nessa perspectiva podemos destacar que três das mulheres entrevistadas consideram a Unidade “boa” e duas consideram “ruim”, conforme podemos observar na fala delas:

Eu acho o atendimento no posto bom, mais acho que deveria ser melhor, vejo muito descaso da prefeitura com a população e isso me deixa triste porque afeta até o meu trabalho [...] (Bromélia)

[...] mesmo conseguindo alguns atendimentos, acho o posto ruim só vou porque é o jeito [...] (Magnólia)

[...] as vezes que precisei do posto de saúde deu certo, eu não tenho o que dizer do posto de saúde, pra me ele é bom [...] (Violeta)
 Eu acho a Unidade boa porque as vezes que precisei deu certo o meu atendimento e as pessoas de lá foram legais comigo [...] (Jasmim)

Foi observado também que alguns participantes não são acompanhados ao tratamento de saúde na UAPS e nem na TC pelos familiares, às vezes vão sozinhas ou acompanhadas de amigas. Mesmo com algumas dificuldades encontradas na Unidade de Saúde e na família, elas conseguem manter o tratamento e frequentar a TC. É o que elas relatam:

Tento cumprir com o tratamento tomando as medicações, as vezes eu faço dieta não é sempre que consigo, mas até agora ta dando certo [...] (Bromélia)
 Eu consigo com muito apereio cumprir com o meu tratamento, eu tento me esforçar de todo jeito porque eu quero ficar curada. [...] (Magnólia)
 Eu estou conseguindo fazer o meu tratamento porque o que eu mais quero é fica boa. Todo esforço é valido para ter saúde. (Lírio)

É importante ressaltar que com as dificuldades elas estão conseguindo realizar o tratamento, nem sempre tendo o acompanhamento necessário, porém tendo força de vontade.

Dessas cinco mulheres entrevistadas, apenas duas tiveram acompanhamento dos seus familiares na UAPS e na roda de TC. Isso nos faz perceber que nem sempre os familiares podem estar presentes acompanhando no tratamento, mas essa ausência não é por negligência ou descaso e sim por compromisso profissional. Mas isso não significa que eles estejam com os vínculos fragilizados.

Segundo Prado (2013) toda e qualquer família exercem muitas funções, porém algumas recebem apoio e interferência de instituições sociais, grupos sociais, amigos e vizinhos enquanto outras funções são exclusivas e assumidas pela família.

O que observamos é que a modernidade, a globalização e a crise mundial aumentam o desemprego, a dura jornada de trabalho, a ausência dos pais na criação dos filhos, ausências nos cuidados e nos tratamentos familiares, tornando as pessoas mais individualistas e “escravas do ter”. Todos os dias aparecem nos meios de comunicação, casos de famílias relacionadas com a falta de amor, desrespeito, abandonos de filhos, abandono dos pais idosos, separação dos pais, briga entre irmãos e violência familiar.

4.2 Laços e formação familiar

Hoje os laços entre os membros da família se enfraqueceram, porque a responsabilidade coletiva comum diminui cada vez mais (PRADO, 2013). Isso também acontece porque nesse sistema capitalista, o ter passou a ser mais importante do que o ser e cada dia forma pessoas mais individualistas, absorvidas pelas suas próprias atividades.

Nessa mesma perspectiva, Prado (2013, p. 33) escreve que a família contemporânea caminha para o desconhecido e sem rumo e pode orientar-se em três direções:

1. A ruptura definitiva dos laços que uniam as velhas gerações as mais novas: a indiferença que manifestam os adolescentes pela identidade familiar e pelo que ela possa representar e defender e que se rompe na descontinuidade dos valores entre pais e filhos;
2. A maior instabilidade dos jovens casais, que se reflete no aumento vertical da curva de divórcios;
3. A destruição sistemática, por meio da liberação da mulher, do conceito lar/ninho em torno do qual foi construída a vida da família.

Compreende-se que na contemporaneidade a instituição família está cada vez mais perdendo a identidade, os valores e os componentes familiares invertendo os papéis. As famílias já não são formadas como antigamente, hoje há uma variedade de famílias.

Antigamente, na sociedade burguesa, era considerada família: o pai, a mãe e seus filhos, ou seja, a família nuclear, sendo o homem o provedor e a mulher a dona de casa e educadora dos filhos; e todas as famílias que não se encaixassem nesse perfil, eram tidas como famílias “desestruturadas” e “anormais” sendo responsabilizadas pelas dificuldades e pelos problemas morais e educacionais de seus membros.

A Constituição Federal de 1988 veio com um novo conceito de família, segundo o art. 226 parágrafo 4º, “a família passa a ser entendida como a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”, passa então a partir daí a reconhecer a existência da família monoparental.

Dentre as famílias entrevistadas, três são famílias monoparentais, que são aquelas formadas pela mãe e seus descendentes. Veja como elas se identificam como família:

Eu sou uma senhora divorciada, sempre lutei muito para criar os meus sete filhos, mesmo quando ainda estava com meu marido, eu sempre fui o homem e mulher da casa. (Magnólia)

[...] Eu sou viúva, tenho um filho que é doente mental, moramos juntos depois que meu marido morreu eu fiquei sendo mãe e pai dele [...] (Violeta)

Tenho 25 anos, sou solteira ainda moro com minha mãe. Meus pais são separados [...] (Jasmim).

Observamos que nos dias atuais é muito comum as famílias monoparentais, devido as mulheres serem muito independentes e os homens muitas vezes desistirem do seu papel de pai.

Duas famílias seguem o modelo de família nuclear que é composto por um homem e uma mulher unidos pelos laços matrimoniais e seus filhos: (ECA, 2012).

[...] moramos juntos eu, meu marido e o meu filho eles mudarem comigo (Bromélia).

[...] sou uma mulher de 40 anos, casada com um marido incompreensivo, tenho três filhos e vivemos todos juntos [...] (Lírio).

Diante desse estudo, foi possível observar que dentro desse tipo de configuração familiar, constatamos o que foi relatado no IBGE de 2010:

A formação clássica casal com filhos representa 49,9% dos domicílios, enquanto outros tipos de famílias já somam 50,1%; são 10, 197 milhões de famílias em que só há mãe ou pai; em 37% dos lares, as mães já são as principais responsáveis pelo sustento de todos e existem pelo menos 60 mil famílias homoafetivas brasileiras, das quais 53,8% são formadas por mulheres (IBGE, 2010).

Esse levantamento do IBGE reflete as mudanças ocorridas ao longo das décadas, em que a visão de família tradicional aos poucos está se modificando. E uma das constatações dessa pesquisa é que a família nuclear, tradicional já não é dominante e que a família não é mais determinada apenas por laços consanguíneos. Existem também as que são formadas por laços afetivos.

No tópico a seguir iremos abordar como era a relação das participantes com seus familiares antes delas participarem da Terapia Comunitária e em que mudou.

4.2.1 A relação dos sujeitos da pesquisa com seus familiares antes da TC

Na fala de Bromélia, antes de frequentar a terapia, ela vivia em “conflitos” com o esposo e com o filho devido a “ciúmes” e ao “estresse” do dia a dia. Ela fala que o esposo não

a compreendia, não compartilhava com ela nas decisões referentes à casa e não apoiava na educação do filho deixando-a com toda a responsabilidade e essa atitude deixava-a “zangada” e por “qualquer coisa” começava a discussão. Veja a declaração de Bromélia:

Eu vivia em conflitos com meu marido por causa de ciúmes, vivia estressada e com meu filho por causa de malcriação e desobediência, eu era muito zangada e por qualquer coisa estava brigando (Bromélia).

Magnólia fala que antes da terapia seu relacionamento com os filhos, principalmente com a filha e a nora, era de “brigas”, porque elas não acreditavam e nem aceitavam que ela estivesse com depressão, diziam que ela estava “inventando para chamar a atenção”. Elas não a respeitavam e nem ajudavam e isso a deixava cada vez mais doente e mais dependente de medicação para dormir, porque pensava muito na “ingratidão” dessa filha. Observe a fala de Magnólia:

[...] eu estava passando por um momento muito triste na minha vida tava me sentindo muito sozinha e só vivia chorando pelos cantos, não me relacionava bem com os meus filhos, daí brigava muito e me enchia de remédio para dormi era ruim [...] (Magnólia).

No depoimento de Violeta, seu filho a “maltratava”, mas ela não dava muita importância por saber que ele é uma pessoa com deficiência mental, porém a sobrinha que lhe ajuda era um pouco “ignorante porque dizia que não sabia lidar com o problema e não tinha paciência”. Segundo Violeta ela declara que:

Antes da terapia eu vivia cheia de dor, meu filho me maltratava, minha sobrinha que também me ajudava era muito ignorante, eu ficava triste e eles não me compreendiam, eu dizia que não estava bem eles dizia que era mentira que eu queria só chamar a atenção [...] (Violeta)

Jasmim declarou que a sua convivência com sua mãe e seu irmão não era ruim, eles só não aceitavam e às vezes reclamavam e brigavam com ela porque não aceitavam que ela vivesse sofrendo por causa de um ex. namorado e isso trouxe “conflitos” na família porque Jasmim queria que a família tivesse apoiando-a nesse momento de “perda”. Observamos o que fala a Jasmim.

[...] eu estava muito triste, depressiva por causa do fim de um namoro, eu não estava conseguindo aceitar o fim e isso me deixou muito mal, sem vontade de comer e sem dormir. [...] (Jasmim)

Segundo o relato de Lírio, havia muitos “conflitos” com o esposo por ele não dialogar com ela e nem com os filhos, saía com os amigos e a deixava com as crianças “sem hora para voltar”, e quando voltava “não queria conversa e não ajudava em casa”. Nessa situação, durante

muito tempo, foi “desgastando o sentimento” e “vivíamos em discussões”. Vejamos o que falou Lírío:

[...] eu era triste, amargurada, insegura, muito medrosa, com tudo estava chorando, não tinha paciência com meus filhos, gritava demais com eles e com o meu marido, sentia uma carga muito pesada sobre mim [...]. (Lírío)

Nas falas de Magnólia, Violeta e Jasmim, observam-se um conflito intergeracional, onde às vezes os filhos não são compreendidos pelos pais, nem os pais pelos filhos. Isso acontece porque as gerações estão sempre em construção, desconstrução e reconstrução e as relações entre elas ficam “fragilizadas” e estão sempre sendo “refeita”.

Segundo Goldani (1999) vários fatores, direto ou indiretamente são causadores de conflitos entre as gerações, marcado por disputas, incompreensões, rejeições e desobediências.

Na fala de Bromélia e Lírío observamos conflitos de gêneros, em que o homem “faz tudo”, “pode tudo” e a mulher fica sempre a mercê de suas vontades. Mas sabemos que esse tipo de comportamento perpassa gerações.

Quando falamos de relações de Gênero, estamos de poder, autoridade. À medida que as relações existentes entre masculino e feminino são relações desiguais, mantêm a mulher submissa ao homem e ao domínio patriarcal (COSTA, 2008).

Lopes (2010, p.98) afirma que para a sociedade burguesa, a mulher veio designada a cumprir o seu papel de companheira, de alento para os dias difíceis do homem”; já nasceu dependente dele, veio da sua costela não como sujeito individual que pudesse ter ideias próprias, decidir, ser autônoma, mas com a doçura e a candura de quem está pronta para servir ao seu senhor”.

4.2.2 Relação dos sujeitos da pesquisa com seus familiares depois da TC

De acordo com as falas das entrevistadas, elas relataram que o comportamento dos seus familiares para com elas, e o delas para com eles, mudou depois que passaram a frequentar a TC. Vejam o que elas declararam:

A minha família não ficou sabendo que eu estava indo pra terapia, mas observaram alguma mudança em me porque as coisas que eu fazia antes que eles não gostavam, eu evitava fazer, eles perguntavam o que estava acontecendo comigo que eu estava

diferente principalmente no sentido das cobranças e eles, principalmente o meu filho, dizia que eu tava mudada e que tava achando isso bom. Depois que participei da terapia também senti um pouco, o meu marido e o meu filho mudarem comigo, ficaram mais atenciosos, preocupados sempre chamando a minha atenção e isso foi bom pra mim [...] (Bromélia)

Depois o meu filho passou a ver mudança em me dizendo que eu continuasse que eu ia ficar boa, eles me dava força dizendo, _ mãe a senhora não ta doente, _ a senhora já ta bem mais calma. Até neles eu vi uma diferença depois que eles souberam que eu tava indo pra terapia, porque eles começaram a me abraçar, a dizer pra mim que eu era linda, que eu era nova, dizia que eu precisa me arrumar, sair com as amigas [...] (Magnólia)

Depois que eu passei a ir para a terapia eu sentir que mudei um pouco porque meus vizinhos diziam que eu tava com uma cara boa, e minha sobrinha disse; _ tia essa terapia ta te fazendo bem né? Porque a senhora ta mais bonita isso que ela disse, me deixou bem. O que eu percebi neles em relação a me depois que passei a ir pra terapia foi que eles passaram a me tratar melhor, principalmente meu filho que era muito ignorante comigo. (Violeta)

[...] depois da segunda roda que eu participei a minha mãe começou a notar alguma diferença em mim, porque ela me perguntava o que eu estava fazendo que não ficava mais choramingando pelos cantos. Nesse período minha mãe se preocupava demais comigo porque eu não tinha vontade de comer, e nem de sair, só ficava em casa pendurada no celular. Daí quando comecei a sair com minhas amigas e a comer ela notou que eu estava fazendo alguma coisa, até me perguntou se eu tava com outra pessoa [...], [...] mas graças a Deus com a ajuda da igreja e da terapia superei e hoje me sinto bem e curada. (Jasmim)

Depois que eu passei a participar da terapia tanto as crianças como o meu marido notaram a diferença, ele dizia que eu tava com mais paciência com os meninos e com ele. As crianças não perceberam muito porque são muito pequenos ainda e mesmo se perceberam não sabem explicar, mas eles são amáveis, mas o meu esposo já não é tão áspero comigo como era antes mesmo continuando calado [...] (Lírios)

Para Guimarães(2006), tem grande valor identificar as mudanças na vida dos participantes das rodas de TC, porque possibilita afirmar que a TC, enquanto tecnologia de cuidado, vem contribuindo para auxiliar na melhoria de qualidade de vida dos participantes a partir das reflexões geradas durante as rodas.

Segundo Carmelo (2006), as pessoas conseguem superar os seus problemas quando refletem sobre suas experiências e percebem dentro de si as suas competências, daí passam a aceitar as possíveis mudanças com maior facilidade.

De acordo com Leal (2007), para que se possa acreditar em mudanças é preciso entender que em cada questão há uma situação que leva a uma reflexão, buscando uma transformação através da escuta, porque para escutar é necessário se esvaziar do ser, dos valores, dos sentidos para poder liberar uma relação amável consigo mesmo e com o outro.

Diante das falas das entrevistadas, observa-se que elas expressam mudanças em suas vidas a partir do momento que elas aprenderam a ouvir, e a valorizar a escuta e a querer mudar através do relato das experiências compartilhadas na roda. Elas declaram que:

[...] as pessoas contando os problemas da sua vida na certeza que vão ter aquela ajuda e a gente acaba encontrando a saída para o nosso problema através da experiência do outro [...] (Bromélia)

[...] era aquele momento de ta todo muito junto falando da família, desabafando da nossa vida, todos ficava escutando e procurando solução que trouxesse mudança [...] (Magnólia)

[...] todo mundo contando os seus problemas e ninguém tinha vergonha, a gente se sente aliviada, aceita, compreendida, me sentia outra pessoa, eu achei muito bom. (Violeta)

O que mais gostei na terapia foi a partilha das histórias acho que mudei muito depois que eu aprendi a da credito as histórias dos outros. (Jasmim)

[...] a hora que eu falava que todos me faziam perguntas pra entender o que se passava comigo, as histórias que cada um contava pra daí eu encontrar saída para o meu problema, era o momento que eu me sentia acolhida [...] (Lírio)

Nessa mesma linha de pensamento, Barreto (2008) declara que à medida que as pessoas começam a falar dos seus sofrimentos e dizem o que têm feito para superar, descobrem que onde houve um sofrimento se construiu um conhecimento que permitiu sua superação.

Para as entrevistadas essa mudança valeu muito no sentido de que a vida que elas estavam vivendo antes da TC estava fazendo com que elas se afastassem da família, trazendo discórdia; enquanto com a participação na roda elas declararam que passaram a valorizar a família, as pessoas e a si mesmas, porque passaram a enxergar que diante do problema do outro os seus eram bem menores. Essa afirmação pode ser observada nas falas:

O que mudou na minha vida depois da terapia é porque ela me ajudou a me encontrar, o problema que eu achava que era muito difícil pra me, ali na reunião com todo mundo contando as suas dificuldades, percebi que os outros problemas eram maiores do que o meu e com a ajuda da terapeuta e dos outros participantes com as palavras bonitas e emocionantes acabava que a gente saia dali aliviada e muitas vezes com a solução dos problemas. (Bromélia)

Depois que passei a ir pra terapia me sentir melhor, tudo era novidade pra me, nunca tinha participado de algo assim antes, todo mundo contando os seus problemas e ninguém tinha vergonha, a gente se sente aliviada, aceita, compreendida [...] (Violeta)

Quando eu fui para a terapia eu estava muito triste e com baixa autoestima, com a terapia esse quadro mudou me ajudou a superar todas as minhas frustrações. Me fez enxergar um novo horizonte, porque eu só enxergava o meu ex. namorado a dor da

perda foi grande e só consegui superar com a ajuda da roda de terapia foi muito bom [...] (Jasmim)

Eu mudei a parti da terapia porque comecei a falar coisas que não conseguia falar, consegui controlar o choro que era frequente, eu era muito sobrecarregada de problemas passei a não ser mais, deixei de gritar com meus filhos, eu nunca parava pra brincar com eles e dar um carinho agora depois da terapia eu já consigo fazer isso. Parei de brigar com meu marido na frente das crianças, já saio com eles levo para o parquinho e tanto se diverte eles como eu e isso foi muito bom pra me. (Lírio)

Diante desses relatos e do que já foi estudado, pudemos observar que a TC tem muito a contribuir com a Atenção Primária em Saúde, em parceria com a ESF no apoio aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes e com a saúde mental para auxiliar no tratamento e proporcionar a esses usuários uma melhor qualidade de vida.

4.3 A TC para o fortalecimento dos vínculos familiares

O papel da TC é criar métodos que façam com que as pessoas percebam e assumam o seu valor e passem a acreditar em si mesmos. Cada roda de TC que acontece tem como objetivo proporcionar o alívio do sofrimento, fortalecer os vínculos criados na roda e na família, e possibilitar a criação de redes solidárias. Como vemos na figura 9.

Figura 9: Roda de TC - musicoterapia



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

A figura 9 mostra um momento de descontração com músicas na roda de TC. Para Barreto (2008), a TC é um instrumento transformador porque ajuda os seus participantes a

superar seus traumas, seus medos, suas carências e seus sofrimentos e ainda pode transformar tudo em competência. Podemos observar isso nas falas das entrevistadas:

O que mais gostei na roda de terapia foram as pessoas contando as suas histórias de vidas na certeza que vão ter aquela ajuda, gostei da união, do vínculo e também gostei do aconchego, daquela coisa diferente é muito legal. (Bromélia)

[...] foi muito bom, senti a mão amiga do grupo, o que me chamava mais atenção era o aconchego, os abraços, era aquele momento de ta todo muito junto falando da família, desabafando da nossa vida, todos ficava escutando é muito bom. (Magnólia)

Quando eu estava na roda de terapia eu me sentia eu, porque eu conseguia falar, eu conseguia me encontrar, antes eu me achava perdida e depois que fui pra lá eu consegui me encontrar com a ajuda de todos, conseguia enxergar pontos positivos em me [...] (Lírio)

Segundo Barreto (2008, p.65), a TC é um espaço de escuta e desabafos, de troca de experiências da vida cotidiana, que vem contribuindo para “criar amizades, melhorar os laços afetivos e a nossa autoestima”, no sentido de criar condições para mudar um “grupo impessoal”, em um “grupo dinâmico”, amigo, solidário, onde o participante não sofra punição nem discriminação do grupo, mas que receba apoio, força, carinho e atenção, que todos os participantes se sintam acolhidos, conforme a figura 10.

Figura 10: Roda de TC acolhimento



Fonte: Arquivo da autora, 2015.

Observamos esses cuidados nos depoimentos das entrevistadas:

O que mais gostei na terapia foi a partilha das histórias, as dinâmicas, as músicas, a atenção que as pessoas e os terapeutas davam na hora que começava a contar os problemas [...] (Jasmim)

Mas quando cheguei lá foi tanto abraços, tantas palavras bonitas que passei o tempo todo chorando, porque nunca tinha me sentido assim tão amada. (Violeta).

Nessa perspectiva, a roda de terapia proporciona a essas mulheres encontrar soluções para suas histórias, a partir das experiências compartilhadas suscitando a força que têm dentro de cada uma, na qual Barreto (2008, p.100) chama de “resiliência”. As pessoas resilientes valorizam todos os tipos de vínculos de apoio e de estímulos que as levam a ter “autoconfiança” e “autoestima” e a TC é um espaço que promove a resiliência porque os indivíduos fortalecem os “vínculos interpessoais” e estimulam a “autonomia”.

Na experiência de vida, quando nós superamos os nossos sofrimentos e carências, isso vira uma competência para podermos superar novos problemas. Nos relatos das entrevistadas três delas declararam que quando foram participar da roda de TC estavam passando por momentos difíceis e que ao frequentar a TC esse quadro foi superado através das partilhas e da acolhida do grupo. Percebemos isso nas falas das entrevistadas:

[...] eu tava passando um momento muito triste na minha vida tava me sentindo muito sozinha e só vivia chorando pelos cantos, a terapia veio pra me socorrer. (Magnólia)

Quando eu fiquei sabendo da terapia eu tava passando por um momento difícil na minha vida com muitas dívidas, e com meu marido porque nós estávamos brigando muito por causa de ciúmes [...], O que mudou na minha vida depois da terapia é porque ela me ajudou a me encontrar [...]. (Bromélia)

Quando eu fui para a terapia eu estava muito mal emocionalmente, fui procurar ajuda pra me mesma, os primeiros dias eu não conseguia falar eu só chorava, e o grupo me entendia, eles me acolhiam com abraços, com músicas e com orações e isso foi me fazendo bem, fui me sentindo aliviada [...]. (Lírio)

Isso vai ao encontro do que diz Barreto (2008) quando fala que a TC vai para além do momento em que ela está sendo realizada, mas que ela reflete para os aspectos em outras nuances da vida do sujeito, conduzindo-o a refletir sobre a mudança que se faz necessária para o seu bem estar físico, psíquico e espiritual.

Nessa pesquisa percebi que a TC tem fortalecido os vínculos com a comunidade, com as redes solidárias e com os participantes da roda, mas não tem sido tão eficaz no que diz respeito aos vínculos familiares. Esses vínculos acontecem, mas não com todos os que

participam. Nesse estudo três das mulheres narraram que os vínculos com seus familiares melhoraram depois que começaram a frequentar a roda de TC, porém duas disseram que a TC interferiu mais em sua mudança pessoal do que no vínculo familiar. Podemos constatar essas afirmações nas falas das mulheres:

Depois que participei da terapia também senti um pouco, o meu marido e o meu filho mudarem comigo, ficaram mais atenciosos, preocupados sempre chamando a minha atenção e isso foi bom pra me [...]. (Bromélia)

O que eu percebi neles em relação a me depois que passei a ir pra terapia foi que eles passaram a me tratar melhor [...]. (Violeta)

Em relação a ele eu não vi nenhuma mudança, ele continua calado, e não coopera comigo. (Lírio)

Em observação direta nas rodas de TC e nos depoimentos das mulheres, identificou-se que havia pouca participação dos familiares dessas mulheres a TC, e que os vínculos precisam ser mais fortalecidos. Faz-se necessário um acompanhamento, um trabalho mais eficaz com a TC e a UAPS para tentar fortalecer um pouco mais esses vínculos.

A maioria das mulheres que participaram da roda de TC eram donas de casas, mães e que estavam passando por conflitos familiares, sentindo-se sobrecarregadas. A maioria delas falaram que foram para a terapia com depressão e pressão arterial elevada, mas que com a participação nas rodas estavam superando a depressão e até a medicação diminuiu nas dosagens. Vejam o que elas relatam:

Depois que comecei participar da terapia me ajudou até no meu tratamento porque fiquei mais calma, mais controlada porque lá tem aquela energia humana, agente relaxa, tem aquele conforto, eu era muito nervosa e agitada, com a terapia fez até diminuir a dosagem dos remédios. Bromélia

[...] eu tomo: amlodipina uma vez ao dia, fluoxetina de três em três dias e alprazolam meia banda de manhã e meia a noite com a minha participação na roda a dosagem foi diminuída. Magnólia

Essa redução na dosagem dos medicamentos do tratamento dessas participantes confirma que a TC, é um apoio importante nesse tratamento trazendo benefício para a saúde do usuário. Como já foi mencionado, a TC como ferramenta do cuidar colabora no processo de mudanças em cada um, através dos conhecimentos que são transmitidos pelos ensinamentos da antropologia cultural, práticas pedagógicas, teoria da comunicação, pensamento sistêmico e resiliência, que ajuda os participantes da roda a superar os problemas do dia a dia.

Quando um indivíduo reconhece no outro um apoio no qual pode contar, principalmente quando é em grupo, torna-se menos oprimido, descobre que não está só e isso proporciona um grau de autonomia, de consciência social e responsabilidade, que favorece na autoestima tornando esse indivíduo mais produtivo em suas emoções.

Com esses relatos, podemos observar que a TC é uma atividade que tem pouco custo, que pode ser realizada em qualquer lugar, com todas as pessoas e que está contribuindo no tratamento dos usuários que frequentam a UAPS.

A TC é uma atividade benéfica para as pessoas independente que elas estejam em tratamento ou não, porém é pouco divulgada, faz-se necessário que esse tema seja discutido com mais frequência e que as UAPSs possam implantar a TC nas Unidades de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi inspirado no desejo e curiosidade, enquanto universitária de Serviço Social, em analisar o papel da TC para o fortalecimento de vínculos das famílias das pessoas acompanhadas na UAPS, a fim de investigar o trabalho realizado pela TC, perceber a relação da TC com a manutenção dos vínculos das pessoas em tratamento, conhecer as pessoas atendidas na UAPS, compreenderem as mudanças provocadas pela participação nas rodas de TC, conhecer a história da terapia e analisar seus efeitos.

Quando me dispus a estudar sobre esse tema meu interesse era conhecer e investigar se realmente essa atividade traria ou não benefício aos usuários, porque se fosse necessário em alguma fase da minha vida profissional usar essa ferramenta para encaminhar alguém para a TC, estaria ciente da atividade e já saberia se ela seria benéfica ou não para o tratamento do usuário.

A TC, como tecnologia do cuidar, representa uma ferramenta para entender o indivíduo como sujeito ativo de sua história, além de favorecer a criação de uma rede de apoio e meios de socializar as falas.

A escuta qualificada, os gestos, as falas, a superação dos problemas da vida foram elementos essenciais para compreendermos o contexto de vida de cada entrevistada e realizar essa pesquisa com base em tudo o que foi narrado por elas.

As participantes dessa pesquisa foram cinco mulheres que são acompanhadas pela UAPS Graciliano Muniz, porque têm problemas de saúde, mas que também sentiram a necessidade de frequentar a TC como apoio no tratamento.

Foi identificado na narrativa das entrevistadas que a maioria se trata de pressão arterial elevada e depressão, que foram adquiridas no decorrer dos anos por causa de sobrecarga familiar, falta de apoio da família, e abandono. Os resultados obtidos através das falas revelam que a TC é um espaço para falar sobre suas inquietações, os problemas e que através das escutas suscita no indivíduo habilidades e competência para transformar o sofrimento em fonte de saber produzido pela própria experiência de vida.

É muito importante ressaltar que o conhecimento das histórias de vida contadas pelas depoentes durante as entrevistas, nos fez ter um olhar para a realidade atual e isso contribuiu

para alcançar o objetivo proposto da pesquisa e nos fez perceber que na TC o cuidar do outro é porque sentimos a necessidade de cuidar de nós mesmos.

Nesse estudo, o material empírico foi construído por meio da observação e da entrevista, sendo gravadas as histórias vivenciadas pelas mulheres entrevistadas que estão sendo superadas através da busca pela qualidade de vida. O estudo deixou claro que as mulheres, mesmo vivenciando momentos difíceis, tiveram forças de buscar a melhora da qualidade de vida.

Sobre a TC elas relataram que frequentaram poucas rodas de terapia e que foi o suficiente para os familiares e os amigos sentirem a diferença no comportamento e para que elas mesmas se sentissem mudadas. Relatam que souberam da TC através de panfletos entregues em suas casas e pregados na parede da Unidade. Contam que o que as levou para a TC foi o sofrimento, a tristeza, o abandono, a sobrecarga familiar e que, depois da participação nas rodas de TC, as suas vidas mudaram, que se achavam perdidas e que, com a ajuda da TC, conseguiram se encontrar.

Observa-se que os resultados alcançados revelam que a TC auxilia no tratamento, na tomada de consciência, na convicção religiosa através da fé, na capacidade de assumir responsabilidades, e auxilia no apoio ao próximo, por meio dos relatos das histórias de vida.

Esses resultados que são apresentados ao longo dos anos têm chamado a atenção dos governantes, pois reconhecem que a TC tem contribuído para a qualidade de vida das pessoas que dela participam. E através desses benefícios tem proposta de expandir a TC para várias áreas: educação, saúde, segurança pública, justiça e ação social, devido ao baixo custo, à alta efetividade, ao empoderamento das comunidades e à busca de soluções participativas, a TC pode ser uma atividade efetiva no contexto das políticas públicas de saúde mental para as demandas presentes na atualidade.

Como já foi mencionada no capítulo anterior, a TC tem efeito terapêutico, que visa a prevenção, o alívio de seus sofrimentos, a busca de seu bem-estar, a construção de vínculos solidários, ajuda na rede de apoio social e na inclusão social.

Foi observado que a TC pode contribuir bastante para auxiliar no tratamento dos grupos de risco da UAPS, como: hipertensão arterial, diabetes, gestantes etc. Porém, é uma

atividade que não tem muita divulgação na APS, e que os profissionais médicos e enfermeiros não incentivam e nem dão encaminhamentos para os usuários participarem.

No decorrer das entrevistas e das participações nas rodas de TC, observando todo o desenvolvimento, pôde-se constatar notoriamente a construção dos vínculos com os participantes da roda, com os familiares e com as redes de apoio. Porém, os vínculos familiares ainda estão fragilizados, mas com apoio divulgação e incentivo dos profissionais em orientar e sensibilizar os familiares na importância de auxiliar no tratamento, pode ser que esse quadro mude.

As pessoas que frequentam a TC, em sua maioria, são idosas e adultas que têm algum problema de saúde ou que estão em algum tratamento, a maioria tem pressão arterial elevada, e estão no estado de depressão, mas relataram que depois que passaram a frequentar a TC o quadro de doença melhorou, e que de acordo com os exames realizados pelos participantes e o diagnóstico do médico, fez necessário diminuir até a dosagem dos medicamentos.

É preciso ressaltar que a TC não é só frequentada por pessoas doentes e adultas, a TC comunitária também é realizada com crianças, adolescentes e jovens, independente se têm alguma patologia ou não.

A partir desse estudo faz-se necessário a realização de outras pesquisas que possam se aprofundar na investigação do tema porque é uma atividade benéfica que deveria ser implantada na Atenção Primária em Saúde para auxiliar no tratamento dos usuários.

Esse estudo deixa claro que dá para investir nessa atividade terapêutica. Os resultados que foram alcançados nesse estudo revelam o quanto a TC está expandindo suas ações, não somente na área da saúde, mas em outras áreas também porque tem acreditado que a partilha do sofrimento no grupo é um meio de adquirir experiências de vida e, através dessa escuta, encontrar a própria cura.

Esse estudo mostra como a TC está auxiliando no tratamento dos usuários que frequentam a UAPS e que fazem parte da roda de TC, por isso essa pesquisa recomenda essa atividade como uma ação de saúde comunitária que possa ser incluída na rede de atenção básica do SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRATECOM. Associação Brasileira de Terapia Comunitária. WWW.abratecom.org.br, Acesso. 14/04/2015 às 11h, 31min.
- AMARANTE. P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- ANDRADE, Luis O. M. de. **Os desafios da atenção primária**. REVISTA O COFFITO, São Paulo: Insert, n. 6, p. 16-19, março. 2000.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, A.P.; OLIVEIRA, M.V. **O SUS e a terapia comunitária**. UFC Fortaleza, 2009.
- BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária- passo a passo**. 4ª ed. revista e ampliada. Fortaleza, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. 1986.
- _____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicações/pnab. Acesso dia 06/04/2015 às 22h, 35mn.
- _____, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da família**. N. 27 1ª edição. Brasília. 2010.
- _____, Ministério da Saúde. **O SUS e a terapia comunitária**. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Adalberto Barreto. Fortaleza: 2008.
- _____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. (2006). Disponível em <[HTTP://portal.saude.gov.br/saude](http://portal.saude.gov.br/saude). Acesso 09/10/15 às 23h, 10mn.
- _____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2005**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa** – CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- _____, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Seção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1988, art. 196, p. 132-133.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As políticas Sociais Brasileiras de Seguridade Social: Saúde.** In: CFESS/CEAD . Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: Unb/CFESS, 2000.

CAMAROTTI. M.H, Silva. **Terapia comunitária: relato da experiência de implantação em Brasília - Distrito Federal.** In: Anais do 1º. Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária; 2009; Ceará (FO), Brasil. Ceará: Mismec-DF, Mismec-Ce; 2009.

_____, M.H. **A doença como fonte de transformação: um estímulo a resiliência comunitária.** Disponível em <http://www.abratecom.org.br> 2005. Acesso em 05/08/2015.

CARÍCIO, M. R. **Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida.** João Pessoa, 2010.

CARMELLO, E. **A competência resiliência: Administrando situações adversas e de alta pressão.** Disponível em: <http://www.entheusiasmos.com.br/> 2006 acesso em março de 2015.

CONSENSUS. Publicação periódica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2008, p.8.

COSTA, R. A. **O modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar.** In P. Amarante (org), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.

COSTA, Ana Alice. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres.** 2008. Disponível em: http://www.adolescencia.org.br/empower/website/2008/imagens/textos_pdf/Empoderamento.pdf

FIGUEIREDO, Elizabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UMA-SUS. Unifesp. 2012. Disponível em: www.unisus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidade_conteudo/unidade05/unidade05.pdf. acesso dia 07/04/2015 às 01h, 10mn.

FUNASA. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/2010 Acesso 04/04/2015 às 23h, 19mn.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: **Saberes necessário à prática educativa.** Ed. Pais e Terra. São Paulo, 1920.

_____, Paulo. Pedagogia da autonomia: **saberes necessário à prática educativa.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GOLDANI, Ana Maria. **Relações Intergeracionais e Reconstrução do Estado de Bem Estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil.** [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/goldaniAnaMariaCapitulo7.pdf>, Acesso 16/12/2015 às 10h; 39mn.

- GONÇALVES, C. A. **Direitos à Saúde**: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais de saúde de Sorocaba-SP-2006. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/ Pontifício Universidade Católica de São Paulo, Dissertação de Mestrado, 2006.
- GUIMARÃES, F.J. **Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes**. 2006. 132f. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.
- HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social**. São Paulo: Cultrix, 1995.
- HOLANDA, V. R.A **contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações dos gestantes**. Dissertação de Mestrado. UFPB/ecs- João Pessoa, 2006.
- HOUAISS, A. VILLAR, M. S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**; elaborado no Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. 4^o ed. rev. e aumentada. Rio de Janeiro. Editora Objetiva, 2010.
- INDRIUNAS, Luis. **História da Saúde Pública no Brasil**. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm> 2008 acesso em 04/04/2015 às 23h, 45mn.
- LARUZE, H. Viver a relação de ajuda: **abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermagem**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- LEAL, A.L. **ETD – Educação Temática Digital**, v.8, n.2, jun. 2007 – 205 Área Temática: **Cidadania & Movimentos Sociais**.
- LOPES, Cláudio Bartolomeu. **Trabalho Feminino em Contexto Angolano: um possível caminho na construção de autonomia**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: PUC São Paulo, 2010.
- LUZ, Madel T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, V.1, n. 1, p.77-96, 1991.
- MANGUIA, E. F. **Redes Sociais e Construção de Práticas Terapêuticas: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental**. Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V.18 n.2, p.54-62, maio/ago., 2007.
- MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.
- MATEUS, Mário Denis. **Política de Saúde Mental. Baseado no curso Política Pública de Saúde Mental do Caps Luiz da Rocha Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
- MICHAEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa em ciências sociais**. 2^o. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

- MOURA, Elisangela Santos de. Direito a Saúde na Constituição. Revista Jus Nanigandi. Terezina, ano18,n.3730, 17 set. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309>>. Acesso em 12 de fev. 2016.
- OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v.1, n.2, p. 48-61, Out/Dez de 2004.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o Sus**. Coleção terra e saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2009.
- PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2013.
- POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social**. 2 ed. São Paulo:Hucitec, 1989. 324p.
- RIBEIRO, Paulo Silvino. “Os anos 80 no Brasil: aspectos políticos e econômicos”; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/os-anos-80-no-brasil-aspectos-politicos-economico.htm>>. Acesso em 13 de fev. 2016.
- SCATENA, J. H. G. TANAKA. O. Y. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde**. Saúde e Sociedade 10 (2): 47-74, 2002.
- SCOCUGLIA, A. C. **A história das ideias de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas**. Ed. Universitário/UFPB, 2006 (5 edição).
- SOUZA, Arlindo F. G. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/conferencia_nacional.htm. 2003 acesso em 10/05/2015 às 23h, 52mn.
- Site:bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- VADE MECUM, do Serviço Social. ECA. Organizado pó Cinthia F. L. e Erivânia B. 2º ed. Fortaleza. Premius. 2012.
- WALSH, Froma. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.
- www.arteeterapia.com.br/2013. Acesso em 16/07/2015 às 11h, 46mn.
- <http://www.amib.org.br/> 2010. Acesso em 21/05/2015 às 14h, 52mn.
- <http://www.biodanza.com.br/>. Acesso em 21/05/2015 às 16h, 20mn.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome do terapeuta comunitário:

Nome da instituição:

Endereço:

Nº:

Bairro:

Município:

CEP:

Telefone:

2. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:

Endereço:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa de idade:

() Menor de 20 anos () Até 25 anos () De 25 a 35 anos

() De 45 a 50 anos () De 55 a 60 anos () Acima de 65 anos

3. SOBRE SEU TRATAMENTO NA UAPS

1. Há quanto tempo você frequenta a UAPS?

() a menos de 1 ano, () de 1 a 3 anos, () acima de 3 anos

2. Qual é a sua enfermidade?

3. Você gosta do seu acompanhamento na UAPS?

4. Quais são os pontos positivos na UAPS para o seu tratamento?

5. Quais são os pontos negativos na UAPS para o seu tratamento?

6. Consegue cumprir com o tratamento corretamente?

7. Como você considera o atendimento na UAPS?

() Ótimo () Bom () Ruim

4. SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA TERAPIA COMUNITÁRIA (TC)

1. Há quanto tempo frequenta o grupo de TC?

2. Como soube da existência do grupo de TC?

3. O que te levou a participar do grupo de TC?

4. Algo mudou em sua vida a partir da TC? Se sim o que?

5. O que mais gosta na TC?

6. Você indicaria a TC para outra pessoa? Por quê?
7. Como se sente quando participa da TC?
8. A TC contribui para o seu tratamento? Se sim, como?
9. Alguém te acompanha na TC? Quem?
10. A sua família te apoiou quando você decidiu participar da TC?
11. A sua família notou alguma mudança em você depois que começou a frequentar a TC?
12. Você notou alguma mudança na sua família depois que começou a frequentar a TC?

APEDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: Terapia Comunitária e o fortalecimento de vínculos para as famílias acompanhadas na Unidade de Atenção Primária em Saúde desenvolvida por. Marília Gervázio dos Santos. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela prof^a Kelly Maria Gomes, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) 988851565. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é analisar o papel da Terapia Comunitária para o fortalecimento de vínculos das famílias acompanhadas na Unidade de Atenção Primária em Saúde. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do(a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:
