



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**FELIPE DE MEDEIROS FERNANDES
OLINDINA BARBOSA GADELHA
SYLVIO RICARD GONÇALVES DE SOUSA LIMA**

**TERAPIA COMUNITÁRIA: PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO APRESENTADOS POR USUÁRIOS**

**CAJAZEIRAS – PARAÍBA
2016**

**FELIPE DE MEDEIROS FERNANDES
OLINDINA BARBOSA GADELHA
SYLVIO RICARD GONÇALVES DE SOUSA LIMA**

**TERAPIA COMUNITÁRIA: PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO APRESENTADA POR USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Medicina, na Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Medicina, Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

Orientadora: Profa. Andréia Karla Anacleto de Sousa

**CAJAZEIRAS – PARAÍBA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

F363t Fernandes, Felipe de Medeiros.
Terapia comunitária: problemas e estratégias de enfrentamento apresentados por usuários / Felipe de Medeiros Fernandes, Olindina Barbosa Gadelha, Sylvio Ricard Gonçalves de Souza Lima. - Cajazeiras, 2016.

60f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Andréia Karla Anacleto de Sousa.
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Terapia comunitária. 2. Saúde mental. 3. Terapia de grupo. I. Gadelha, Olindina Barbosa. II. Lima, Sylvio Ricard Gonçalves de Souza. III. Sousa, Andréia Karla Anacleto de. IV. Universidade Federal de Campina Grande. V. Centro de Formação de Professores. VI. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 615.851.6

**FELIPE DE MEDEIROS FERNANDES
OLINDINA BARBOSA GADELHA
SYLVIO RICARD GONÇALVES DE SOUSA LIMA**

**TERAPIA COMUNITÁRIA: PROBLEMAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
APRESENTADOS POR USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Medicina, na Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Medicina, Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

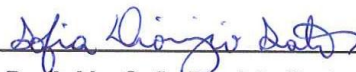
Orientadora: Profa. Andréia Karla Anacleto de Sousa

Aprovada em 02/08/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Andréia Karla Anacleto de Sousa
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Orientador



Prof^ª. Ms. Sofia Dionizio Santos
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Examinadora



Servidora Dra. Eliane de Sousa Leite
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Queremos expressar nosso profundo agradecimento, carinho e admiração a nossa amiga, orientadora, professora e médica Andreia Karla Anacleto Souza, por ter nos apresentado à Terapia Comunitária, que tanto acrescentou em nossa formação médica e mudou a nossa forma de ver o mundo.

À nossa banca examinadora, Servidora Dra. Eliane de Sousa Leite, Prof^ª. Ms. Sofia Dionísio Santos, o nosso muito obrigado, por toda disponibilidade e atenção dedicadas a nós. A nossa professora da disciplina Dra. Maria do Carmo.

À nossa amiga e Prof^ª. Enoe Cristina Amorim Rodrigues, nossa gratidão por todo apoio, incentivo e disponibilidade a nós dedicado. Ao nosso professor, amigo e médico Vinícius Ximenes, todo o nosso agradecimento por nos ter mostrado a medicina humana e voltada para o cuidado humanizado.

Aos nossos pais Gildásia Maria Gonçalves de Souza Lima, Francisco Jesus de Lima, Rosa Maria Barbosa Gadelha, Raimundo Nonato Gadelha (*in memoriam*), Maria do Socorro Medeiros Fernandes e João Fernandes Filho, pelo amor incondicional, por todo esforço, dedicação e cuidado para nos educar, nos ensinar a amar e nos formar pessoas de bem e sempre solidária a dor do outro, nosso amor e gratidão eterna.

Aos nossos irmãos Carlos José Gonçalves de Souza Lima, Márcia Gabriele Gonçalves de Souza Lima, Priscila Maria Barbosa Gadelha, Abraham Augusto Barbosa Gadelha, Rosângela Maria da Silva Barbosa, Fernando de Medeiros Fernandes, Fernanda de Medeiros Fernandes Fragoso, Fabrícia de Medeiros Fernandes, Feliciano de Medeiros Fernandes, por serem fonte de amor, de inspiração e de incentivo contínuo, nosso muito obrigado.

Ao cunhado Francisco César Costa Júnior, à minhas tias Maria José Gadelha, Maria Vilani, aos sobrinhos Maria Clara da Silva de Medeiros Fernandes, João Felipe de Medeiros Fernandes Fragoso, Murilo Santana de Medeiros Fernandes, nosso muito obrigado simplesmente por existirem e inspirarem em nós nosso melhor sentimento, o amor.

Ao amor e companheira de vida, Vanessa Medeiros Rodrigues, muito obrigado por todo carinho, cuidado, dedicação e encorajamento para seguir,

caminhemos sempre juntos. À minha tia Cézar Maria e seu esposo Célio Costa pelos anos de dedicação e incentivo à minha pessoa.

Muito obrigada a Terapia Comunitária que foi fundamental para o reencontro com o amor de minha vida, Felipe Medeiros Fernandes, e por tornar esse amor possível. A esse amor, obrigada por ser fonte confiável e morada segura.

Agradecemos aos nossos amigos Yury Tavares, Samer Heluany, José Xerez, Emerson Tiago, Hélio Terceiro, Marcus Renan, Yuri Matheus, Silvia Miranda, Mikaela Moreira, Luiza Pacheco, Livia Adriano, Felipe Leal, Caio Honorato, Diogo Santos, Robson Luiz, Emmanuel Diniz, e tantos outros amigos, por sempre caminharmos juntos, por serem fonte segura de confiança e nos mostrar que somos sempre capazes de “sacudir o mundo”.

“E nada é mais terapêutico do que o amor”.

Osho

MEDEIROS, Felipe Fernandes; GADELHA, Olindina Barbosa; LIMA, Sylvio Ricard Gonçalves de Souza. **Terapia Comunitária: problemas e estratégias de enfrentamento apresentada por usuários**. 2016. 60 f. TCC (Graduação em Medicina) - Unidade de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

RESUMO

A Terapia Comunitária surgiu como um espaço de escuta e de fala. Os participantes podem, nesse local, dividir as alegrias e os sofrimentos da vida. Criada em 1987 pelo professor da Universidade Federal do Ceará, teólogo, antropólogo e psiquiatra Adalberto Barreto, em um bairro periférico de Fortaleza/CE, a Terapia vem a partir daí ganhando território, até que em 2006 foi incorporada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Em Cajazeiras ela aconteceu de 2013 a 2014 através do projeto de extensão realizado na Unidade Básica de Saúde - PAPS vinculado à Universidade Federal de Campina Grande. Através dos dados coletados nos dois anos de projeto, foi realizada uma pesquisa documental de caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, em que foram analisadas as fichas de avaliação das rodas de terapia, com o objetivo de conhecer os problemas e estratégias de enfrentamentos apresentadas por usuários da Terapia Comunitária no posto citado. Em posse desse material que foi analisado com finalidade de entender, à luz do referencial teórico, a prevalência do gênero, bem como da faixa etária, os temas e as estratégias de enfrentamento, na tentativa de conhecer a realidade do grupo estudado. Foi percebido que atualmente ainda há a forte expressão do sexo feminino nesses locais, a maioria sendo mulheres adultas, que acumulam responsabilidades impostas socialmente a elas e, muitas vezes, não se dão conta que a sobrecarga do cotidiano pode ser dividida com o companheiro e com os familiares, pois essa cultura da diferença de gêneros já está arraigada em si e na sociedade. Em decorrência disso elas sofrem com os maiores índices de estresse e depressão, culminando em efeitos negativos na sua saúde, na vida pessoal e social, usando como estratégia de enfrentamento a religião e o auxílio dos familiares e amigos para lidarem com as adversidades e aflições da vida. Entretanto é em locais como as rodas de TC que elas se agrupam, que se empoderam e percebem formas de superar as adversidades e partilhar essas estratégias de enfrentamento com outras participantes que também comungam de problemas semelhantes. Apesar da tentativa conhecer a realidade do grupo recortado, após dois anos de TC, não foi possível avaliar o impacto coletivo trazido pela Terapia nessa comunidade, pela falta de questionários que abrangessem esse aspecto, entretanto, constatou-se que a TC precisa ser efetivada e expandida na rede de atenção básica em Cajazeiras. Estudos e pesquisas mais amplas devem ser realizadas para que se possa afirmar sobre um impacto mais fiel da Terapia Comunitária em um dado grupo. Que este trabalho científico sirva para direcionar ainda mais o olhar para a comunidade em que vivemos, na expectativa de abarcar cada vez mais integrantes, e que a eles seja proporcionado um espaço de escuta e fala, em que não haja julgamentos e interpretações equivocadas do seu sofrimento, formando uma rede de apoio entre as pessoas da comunidade.

Palavras-chave: Terapia Comunitária. Estratégias de enfrentamento. Empoderamento. Saúde Mental.

MEDEIROS, Felipe Fernandes; GADELHA, Olindina Barbosa; LIMA, Sylvio Ricard Gonçalves de Souza. **Community Therapy: problems and coping strategies by users**. 2016. 60 f. TCC (Graduação em Medicina) - Unidade de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

Community therapy emerged as a space of listening and speaking. Participants can, in this place, share the joys and the sorrows of life. Created in 1987 by professor of the Federal University of Ceará, theologian, anthropologist and psychiatrist Adalberto Barreto, in a neighborhood of Fortaleza, the therapy comes from there winning territory, until in 2006 was incorporated into the National Policy of Integrative and Complementary Practices of SUS by consolidating its place. In Brazil she happened to 2013 to 2014 through the extension project held in Basic Health Unit - PAPS tied to Federal University of Campina Grande. Through the data collected in the two-year project, was conducted a descriptive desk research, qualitative and quantitative, in which we analyzed the charts of wheels of therapy, with the objective to know the problems and coping strategies presented by users of the Community Therapy mentioned post. In possession of this material was analysed in order to understand in the light of the theoretical prevalence of gender, as well as the age group, the themes and coping strategies in an attempt to meet the reality of the group studied. It was noticed that currently there is still a strong female expression in these locations, the majority being women, which accumulate responsibilities, socially-imposed them and often don't realize that the overhead of everyday life can be divided with the partner and the family, because this culture of gender difference is already rooted itself and society. As a result they suffer from the highest rates of stress and depression, culminating in negative effects on your health, personal and social life, using it as a strategy for combating religion and the help of family and friends to deal with adversity and tribulations of life. However it is in places such as the wheels of TC that they group together, which empowers and realize ways to overcome adversity and share these coping strategies with other participants who also share similar problems. Although the attempt made in recognition of the settled group after two years of Therapy, it wasn't possible to evaluate the whole impact resulted by therapy in this community, because the lack of queries which may represent the whole situation's aspects, however, it was realized that CT need to be deep-seated and increased in Cajazeiras basic attention netcare. More qualified essays and researches should be done so that further could be stated about more reliant impacts in Community Therapy in a certain region. So that this essay would help guide far more attention to the belonging community, in the hope of add and shelter more members, and to them a place for listen and talk may be settled, in which there will be no wrong judgement or interpretations about their suffering, creating a bigger net with people of their community.

Keywords: Community therapy. Strategy for combating. Empowerment. Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Participantes das Rodas de TC no PAPS por sexo	37
Figura 2	População de Cajazeiras por sexo	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Participantes das Rodas de TC no PAPS por faixa etária	37
Tabela 2	Frequência dos temas das Rodas de TC da UBS PAPS	41
Tabela 3	Frequência das Estratégias sugeridas entre os usuários da TC	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento Sem Terra
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAPS	Posto de Atenção Primária à Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PROBEX	Programa de Bolsas de Extensão
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 Contexto histórico	21
2.2 A construção teórica da Terapia Comunitária	23
2.2.1 O Pensamento Sistêmico	23
2.2.2 A Teoria da Comunicação	24
2.2.3 Antropologia cultural.....	25
2.2.4 A Pedagogia de Paulo Freire	26
2.2.5 A Resiliência	28
2.3 Escolha e formação do terapeuta comunitário.....	29
2.4 O espaço e a dinâmica das rodas de Terapia Comunitária	30
2.4.1 O Acolhimento.....	30
2.4.2 Escolha do tema.....	31
2.4.3 Contextualização.....	31
2.4.4 Rituais de agregação, conotação positiva e avaliação.....	32
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 Tipo da pesquisa	33
3.2 Local da pesquisa	34
3.3 População/Amostra	35
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	35
3.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados.....	36
3.6 Coleta de dados.....	36
3.7 Questões éticas	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 Caracterização dos participantes.....	38
4.2 Temáticas abordados nas rodas de TC	42
4.3 Estratégias de superação dos problemas adotadas pelos participantes	46
4.3.1 Espiritualidade.....	47
4.3.2 Cuidar de se relacionar melhor com a família	48
4.3.3 Empoderamento e Redes Solidárias.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53

ANEXO A - Modelo de ficha padronizada pela ABRATECOM.....	59
ANEXO B - Comprovante de envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.....	60

1 INTRODUÇÃO

Numa sociedade onde o tempo do “homem moderno” é ocupado por um grande número de tarefas e onde todos são bombardeados por informações 24 horas por dia, é difícil dispor de uma ocasião para reflexões sobre si mesmo. É nesse cenário, que a sociedade se expõe, cada vez mais, às suas questões culturais, afetivas e familiares, sendo esse processo de exposição fragilizador desse “homem moderno”, determinado pelas condições micro e macroestruturais do sistema social vigente e grande responsável pelo aumento da suscetibilidade ao sofrimento psíquico, traduzido em distúrbios, como depressão, ansiedade e as variadas formas de conflitos relacionais.

O caráter hospitalocêntrico da saúde, que tem o hospital como espaço exclusivo das práticas de saúde e o médico como provedor central do cuidado, trata de cristalizar esse processo de sofrimento, esquecendo o aspecto subjetivo do contexto no qual os indivíduos, como seres sociais, estão inseridos.

Diante dessa perspectiva, e entendendo que a maioria desses transtornos são preveníveis, políticas e ferramentas alternativas de enfrentamento, que podem ser empregadas no âmbito da atenção básica de saúde, são necessárias para redução do impacto social que o sofrimento mental causa.

Surge com esse cenário a Terapia Comunitária (TC), desenvolvida a partir de 1987 na comunidade do Pirambu, uma das maiores favelas de Fortaleza – CE/Brasil, pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, psiquiatra, teólogo e antropólogo, visando atender às necessidades de saúde de tal comunidade (BARRETO, 2008).

Nesse ínterim, o Prof. Dr. Adalberto Barreto percebeu que o perfil e queixas dos pacientes se repetiam, e que a abordagem empregada pelo prisma da medicina tradicionalista de consultório, centrada em procedimentos técnicos, farmacológicos e voltados para a lógica biológica e cientificista da academia médica tradicional, não era eficaz e não atingia os objetivos por ele imaginados, sendo necessário criar uma ferramenta metodológica alternativa para trabalhar essa demanda (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária surgiu como uma forma de abordagem sistêmica democrática, plural e preventiva dos indivíduos, onde o contexto e as dimensões coletivas de seus processos históricos, sociais e culturais são considerados

influenciadores diretos no processo de adoecimento mental individual e da comunidade, e funciona como fomentadora de cidadania, de inserção social, de apoio à saúde mental coletiva – em um novo contexto de desinstitucionalização, no âmbito da saúde mental, e da reforma psiquiátrica, materializada pela luta anti-manicomial – e de legitimação de uma *práxis* que vai além dos recursos ofertados pelo modelo biomédico hegemônico consolidado pela formação acadêmica predominantemente científica e de valorização da patologia em detrimento do paciente.

A roda de TC consiste na formulação de um ambiente propício ao compartilhamento de vivências, experiências e saberes entre os participantes de forma horizontalizada, circular e sem hierarquizações, onde cada membro é cuidado e é também cuidador, processo esse que permite a geração de resiliência e de potenciais superadores das problemáticas cotidianas, pois “constitui um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relação social entre os participantes, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares” (ROCHA et al., 2009, p. 688).

A TC hoje, no Brasil, é uma metodologia reconhecida como uma Prática Integrativa e uma estratégia de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento, para os serviços da rede primária, recomendada pelo Ministério da Saúde. Ainda, como fruto dessa caminhada, as ações com a TC estenderam-se a vários países da Europa, África e América do Sul.

Com a expansão da TC foi criada em 2004, em Brasília, durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). Hoje, mais de 40 polos formadores são reconhecidos e credenciados pela ABRATECOM, sendo responsáveis pela capacitação de cerca de 30.000 Terapeutas Comunitários, localizados nas cinco regiões brasileiras, incluindo mais de 3.000 trabalhadores da saúde e lideranças comunitárias, capacitados através de parcerias governamentais.

Procurando corroborar, dessa forma, a TC como uma tecnologia eficaz de abordagem sistêmica comunitária, de baixo custo e de fácil acessibilidade para o cuidado integral da população, frente à grande demanda de saúde mental foi iniciado um projeto de extensão intitulado Terapia Comunitária junto à população adscrita do Posto de Atenção Primária à Saúde (PAPS), no bairro Casas Populares,

Cajazeiras, Paraíba. O projeto de extensão perdurou durante os anos de 2013 e 2014 e culminou na coleta dos dados analisados neste trabalho.

A relevância do trabalho ampara-se na busca pelo entendimento do processo de adoecimento individual e coletivo, levando em consideração as determinações sociais, procurando avaliar se a abordagem sistêmica empregada na TC apresenta relevância no despertar de consciência dos participantes para as várias formas da realidade que os cerca. Esse despertar de consciência auxilia na construção de uma identidade pessoal e coletiva frente aos seus direitos como cidadãos.

Pressupõe-se que os participantes das rodas de terapia, ao dividirem experiências, reconhecem nos problemas dos outros seus próprios problemas, gerando uma capacidade reflexiva, formadora de uma identidade individual e coletiva, que possibilita auxílio mútuo entre o indivíduo e a comunidade da qual faz parte, funcionando como espaço coletivo de superação e enfrentamento de aflições, facilitando os laços relacionais entre equipe de saúde e os usuários do serviço ao melhorar o acolhimento e o entendimento das demandas de saúde de cada setor social.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva, através da caracterização dos participantes da TC, fazer o levantamento dos dados contidos nas fichas de registros das rodas com o intuito de identificar os principais problemas causadores de sofrimento psíquico e, que por vezes, culminam em adoecimento físico, além de também conhecer as estratégias que os usuários utilizaram no enfrentamento dos problemas que provocam sofrimento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme os ditames da Organização Mundial de Saúde (OMS), dispostos em sua constituição, que entrou em vigor em 07 de abril de 1948, a saúde é “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou de enfermidade”¹ (WHO, 2009, p. 1).

No Brasil, a saúde é garantia constitucional, de acordo com a Constituição Federal de 1988

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Baseado nestas definições e na vontade de mudança de um sistema de saúde que privilegiava apenas os abastados, tendo em vista a dificuldade de acesso por meio dos marginalizados e desprovidos de posses, surgem do movimento pela reforma sanitária, no Brasil, os primeiros esboços de um sistema de saúde que preconizava atendimento igualitário e universal a toda população. Surge então o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Holanda e Lemos (apud SOBREIRA, 2009)

O Sistema Único de Saúde, saído das mobilizações populares, surgiu na década de 1980, para minimizar as iniquidades sociais, na medida em que contempla e garante, em seus princípios fundamentais, os direitos reservados a todos os integrantes de uma sociedade, de forma igualitária, integral e acessível. Nesse contexto o SUS propõe uma reformulação política, organizacional e ética para o ordenamento dos serviços e ações de saúde (HOLANDA, 2006; LEMOS, 2009 apud SOBREIRA, 2009, p.17).

Esses novos conceitos, nascidos da luta coletiva de vários profissionais da área da saúde e da própria população, no âmbito da Reforma Sanitária, abriram novas perspectivas para a superação dos desafios, do debate no contexto da saúde coletiva, e da implantação e implementação de novas ferramentas e tecnologias que permitissem a ampliação da participação dos vários setores da sociedade na

¹ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

construção de um sistema integrado de saúde, baseado nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade.

A partir destes princípios, surge em 1994, amparada pelo Ministério da Saúde, uma proposta de política pública que buscava a inovação e reestruturação do conjunto de práticas assistenciais na área da saúde coletiva, nomeada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde o atendimento ao usuário do SUS, através da Atenção Primária em Saúde (APS), seria visto não apenas no contexto biológico da enfermidade, e sim de forma ampla, onde os aspectos sociais e familiares são levados em consideração no processo de adoecimento. Sendo estes conceitos estendidos a todas as áreas da saúde (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2002).

Consoante dispõe o Ministério da Saúde (1997), a ESF surgiu como uma tentativa de reorientação do modelo assistencial vigente no campo das políticas públicas, buscando priorizar um modelo que leva em consideração a estrutura familiar e social para uma nova abordagem profissional através da promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação de comorbidades, formalizando um dispositivo de extensão política, técnica e administrativa transformador.

Desse modo, a APS, através da ESF possibilita a legitimação de uma *práxis* que vai além dos recursos ofertados pelo modelo biomédico hegemônico, consolidado pela formação acadêmica predominantemente científica e de valorização da patologia em detrimento do paciente, e que negligencia a importância dos contextos e das dimensões coletivas e sociais que constroem o processo de adoecimento, buscando valorizar a humanização das práticas de saúde através do estreitamento dos laços relacionais entre profissionais e usuários da comunidade.

Mesmo diante dessas conquistas enormes no campo da saúde pública, persiste ainda um conjunto de fragilidades e déficits no que concerne o cuidado integral à saúde, não sendo diferente no campo da saúde mental, tendo em vista que grande parte dos serviços e profissionais de saúde não está habilitada para instruir a população a enfrentar suas crises, os distúrbios relacionais e sociais, bem como o sofrimento de cunho emocional. Salienta-se então que as práticas empregadas tradicionalmente no cuidado dos indivíduos não são em sua totalidade capazes de sanar essas lacunas e garantir um cuidado integral e humanizado aos

usuários do sistema de saúde, principalmente os que demandam atenção no campo da saúde mental.

Visando romper com as formas de desenvolvimento tradicional das práticas de saúde, assegura Jatai e Silva (2010)

No campo da saúde mental a Reforma Psiquiátrica promoveu uma ruptura com o modelo hospitalocêntrico, assegurando uma política de reabilitação e inclusão social por meio de serviços de saúde mental, não hospitalares. Seguindo as mesmas diretrizes, na Estratégia Saúde da Família (ESF) também devem ser desenvolvidas ações de prevenção à doença mental e ao sofrimento psíquico. Para isso, os profissionais que atuam nessas equipes de saúde, devem estar capacitados para promover a saúde, prevenir o adoecimento mental, identificando situações e fatores de risco que provocam esse adoecimento (JATAÍ; SILVA, 2010, p. 692).

Diante dessa nova conjuntura, surge a Terapia Comunitária como uma tecnologia leve (tecnologia das relações) e capaz de contrapor o modelo biomédico hegemônico, que direciona o fluxo assistencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) exclusivamente para a consulta médica, sendo alternativa para os usuários que demandam cuidado em saúde mental, funcionando como uma ferramenta que auxilia no entendimento e no alívio do sofrimento psíquico.

Esses conceitos associados à melhoria na qualidade de vida, como parte da prevenção e promoção da saúde, vêm inspirando cada vez mais o cuidado não só da doença que acomete o organismo biológico do paciente, mas cuidado no que diz respeito a outras questões, principalmente as de natureza psíquica, que na maioria das vezes só é percebida pelo desencadeamento de sintomas físicos.

É pensando nessas novas tecnologias e ferramentas de assistência integral ao cuidado dos indivíduos, que surgem no ano de 1988 as primeiras discussões a respeito da regulamentação de práticas terapêuticas complementares do SUS na saúde mental, iniciando essa pauta importante para a modificação da abordagem baseada no modelo tradicional vigente (SOUZA et al., 2011).

Não obstante, foi apenas em fevereiro de 2006 que o documento final da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) teve a aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), consolidando, dessa forma, como enfatizado por Souza et al. (2011)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS publicada na forma das Portarias Ministeriais n. 971, em 03 de maio de 2006, e n. 1.600, de 17 de julho do mesmo ano. Nessa política, destacam-se as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia; e da Medicina Antroposófica; além das práticas complementares de saúde, nas quais se enquadra a Terapia Comunitária (TC); essas, porém, só foram inseridas na citada política em 2008 (SOUZA et al., 2011, p. 683).

Nessa nova ótica de abordagem, a TC vem se estabelecendo como uma ferramenta metodológica de intervenção coletiva, por meio de encontros interpessoais no intuito de promover saúde, através do fortalecimento de vínculos comunitários, valorização de vida dos participantes, resgate da identidade sociocultural, percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (ANDRADE et al., 2008).

Dessa forma, para Barreto (2010, p. 38), a TC é compreendida como um “espaço comunitário onde se partilha experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas”, promovendo empoderamento individual e coletivo para os participantes.

2.1 Contexto histórico

A TC consiste em um método de abordagem sistêmica dos indivíduos, onde o contexto e as dimensões coletivas de seus processos históricos, sociais e culturais são considerados influenciadores diretos no processo de adoecimento mental individual e da comunidade.

Funciona como fomentadora de cidadania, de inserção social, de apoio à saúde mental coletiva – em um novo contexto de desinstitucionalização, no âmbito da saúde mental, e da reforma psiquiátrica, materializada pela luta antimanicomial – e de legitimação de uma *práxis* que vai além dos recursos ofertados pelo modelo biomédico hegemônico consolidado pela formação acadêmica predominantemente científica e de valorização da patologia em detrimento do paciente.

O professor Adalberto Barreto iniciou a prática da Terapia Comunitária em 1987 em uma das maiores favelas de Fortaleza, a comunidade do Pirambu, quando instigado a atender a população, encaminhada por seu irmão Airton Barreto, então advogado e coordenador do Centro dos Direitos Humanos do Pirambu, este

começou a notar um perfil que se repetia nesses pacientes. Eram, em sua maioria, migrantes do interior e seus descendentes, que haviam abandonado suas raízes, seus costumes e seu modo de viver para se submeter a uma dinâmica de estruturação social totalmente diferente da que estavam acostumados.

Além dessa peculiaridade, Adalberto percebeu também que as queixas eram recorrentes e que a maneira usada para a abordagem desses problemas era ineficiente. Inicialmente, recebia os encaminhados no Hospital Universitário, pacientes vítimas de conflitos, de abandono e da miséria humana, condições estas que os levavam a ter episódios de depressão e crises psicóticas, em que era evidente a questão da perda da identidade (BARRETO, 2008).

Frente à crescente demanda e à ineficácia da abordagem utilizada foi que o psiquiatra resolveu iniciar os atendimentos na própria comunidade da qual os pacientes eram oriundos. “Neste novo *setting* na comunidade, não poderia se dar o mesmo tipo de atendimento àquela população como aquele prestado no hospital e no consultório” (CAMARGO, 2005 apud SOBREIRA, 2009, p. 26).

Surge, desse choque de realidade social, a capacidade criativa do psiquiatra, amparada pela sua sensibilidade humanitária e embasada teoricamente na sua formação como antropólogo e teólogo, para fundamentar uma metodologia diferenciada de abordagem dos pacientes, a ferramenta Terapia Comunitária.

É nessa perspectiva de abordagem sistêmica e integral, que a Terapia Comunitária se faz necessária para promoção de independência individual e comunitária através da transformação do cuidado, fortalecendo e tornando os participantes, pessoas empoderadas frente aos problemas mais diversos enfrentados por eles e pela comunidade na qual estão inseridos.

Ao despertar a mentalidade crítica sobre as questões de cuidado consigo e com a comunidade, é que a TC se configura como uma importante ferramenta complementar à Atenção Básica, pois é nesse momento que os saberes técnicos da formação científica caminham lado a lado com os valores culturais e sociais da comunidade, unindo-se através da interação entre a equipe de saúde, terapeutas comunitários e a população.

É nesse momento que a dicotomia saúde/doença criada por um modelo biomédico hegemônico – que separa o patológico do contexto social e esquece que este dita, na maioria das vezes, as origens de determinadas enfermidades,

principalmente as que se relacionam com os dramas vividos em sociedade, e leva os acometidos a procurarem soluções milagrosas – se dilui e permite que profissionais de saúde e pacientes gestem o cuidado integral.

Após obtenção de êxito no Brasil, a TC começou a ser implantada fora do país. Hoje ela encontra-se experienciada em território europeu, em países como França e Suíça, além de algumas experiências na América Latina, em países como Uruguai, Argentina e México, sendo desenvolvida predominantemente por profissionais da enfermagem (BARRETO, 2005; ROCHA et al., 2009 apud JATAI, SILVA, 2010).

2.2 A construção teórica da Terapia Comunitária

A Terapia Comunitária está embasada teoricamente em cinco pilares fundamentais: 1- Teoria do Pensamento Sistêmico; 2- Teoria da Comunicação; 3- Antropologia Cultural e 4- A Pedagogia de Paulo Freire 5- Resiliência.

2.2.1 O Pensamento Sistêmico

Em conformidade com o pensamento de Dolci, Bergamaschi e Vargas (2008)

O avanço das mudanças técnicas e sociais tem imposto novos desafios ao pensamento humano. O antigo paradigma cartesiano tem se demonstrado insuficiente para interpretar os novos desafios impostos à sociedade em rede. Novas maneiras de compreender e comunicar a realidade têm sido consideradas como forma de superar os novos desafios pelos quais passa a humanidade (DOLCI; BERGAMASCHI; VARGAS, 2008, p. 1).

O Pensamento Sistêmico, que hoje embasa e dá significação a diversas áreas do conhecimento, começou a ganhar dimensão e justificação teórica no início do século XX. Mesmo que suas bases teóricas tenham se desenvolvido durante as décadas de 30 e 40, o próprio processo de migração do paradigma cartesiano mecanicista para o integrativo e ecológico foi iniciado há séculos e de maneira fragmentada, sempre baseado numa dinâmica que alterna retrocessos e avanços no campo científico (GOMES et al., 2014).

O pensamento sistêmico é uma vertente que trabalha a percepção de mundo como o resultado das interações entre todas as suas partes, não se resumindo a uma mera soma das mesmas.

Nesse sentido, Capra (2001) versa que

O pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo. Enquanto a maioria das definições, incluindo algumas recentemente propostas por seguidores da corrente holística, descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, o conceito sistêmico de saúde subentende atividade e mudança contínuas, refletindo a resposta criativa do organismo aos desafios ambientais. Como a condição de uma pessoa depende sempre, em alto grau, de seu meio ambiente natural e social, não pode haver um nível absoluto de saúde que seja independente desse meio ambiente. As mudanças contínuas do organismo de uma pessoa em relação às variações ambientais incluirão naturalmente fases temporárias de saúde precária, sendo muitas vezes impossível traçar uma linha divisória nítida entre saúde e doença (CAPRA, 2001, p. 301).

A percepção sistêmica opera no sentido de que cada pessoa mantém relações diferentes, seja com a família, com seus valores e crenças, contribuindo para a transformação individual. As crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebermos como partes integradas de uma trama complexa e permeada por caminhos distintos, onde tudo está ligado e onde cada parte influencia e interfere na outra parte. Caminhos estes que ligam e relacionam as pessoas num todo, envolvendo o biológico (o corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade (BARRETO, 2008).

É nessa perspectiva que a TC funciona e trabalha para despertar o sentimento de pertença a uma rede de relações invisíveis nos participantes, denominada por Barreto como uma teia em analogia à teia de aranha de onde ela tira suporte necessário para viver, assim, cada ação gera uma reação, cada membro é afetado direta ou indiretamente pelo modo de viver, agir, pensar e se relacionar com os demais indivíduos da comunidade. Por consequência, ocorre o processo de conscientização social, o qual desperta o sentimento de corresponsabilidade para o enfrentamento dos problemas pessoais, familiares e sociais.

2.2.2 A Teoria da Comunicação

A comunicação é uma forma de relação entre um interlocutor e um receptor que visa a transmissão de algumas espécies de informação, possuindo, dessa forma, várias categorias distintas, constituindo elemento de ligação entre dois ou

mais indivíduos. Trocamos informações, expressamos opiniões, pensamentos e emoções.

Portanto, a comunicação humana tem valor muito importante. Podemos nos comunicar através da linguagem verbal, mas também através da linguagem não verbal, a qual inclui gestos, olhares, o corpo, a postura (LUIZI, 2006).

Conforme leciona Barreto (2008), é considerável notar que

Na maioria das vezes, a comunicação feita por gestos e atitudes ocorre de forma inconsciente e não intencional. Acontece sem que percebamos. Com atitudes silenciosas, nós comunicamos mensagens sutis como, por exemplo, “não estou de acordo”, “eu te detesto”, “não aguento mais”, “se continuar assim, vou explodir”, e tantas outras (BARRETO, 2008, p. 222).

Essa maneira de considerar as várias formas de comunicação é uma das características fundamentais da TC, um olhar que denota descontentamento, um abraço que diz “como eu gosto de você”, a denegação que equivale à negação da existência do outro. Formas diversas de comunicação que falam como cada membro participante se comporta em relação aos outros e à sociedade, e que culminam na maioria das vezes em sofrimento e comprometimento da saúde mental.

Na TC há um ditado popular recorrente que diz: “Quando a boca cala, os órgãos falam, e quando a boca fala os órgãos saram”. É uma analogia para representação de algum sintoma que “fala” devido a algum acontecimento da sua vida, e este pode ser compreendido como o modo de agir violento de um cidadão, a depressão que se apodera da mãe, do alcoolismo que assola os lares menos favorecidos, e que representam ausência da funcionalidade normal dos laços familiares e sociais.

2.2.3 Antropologia cultural

A cultura é a principal característica que define e diferencia uma sociedade ou comunidade de outra. A maneira de falar, de vestir, a culinária, os costumes e crenças podem ser entendidos como aparato ou legado cultural, e juntos, em sinergia, trabalham na moldagem da identidade individual e coletiva.

Segundo Laraia (2001, p. 25), Edward Tylor (1832-1917) sintetiza no termo inglês *culture*, o termo germânico Kultur, que simbolizava todos os aspectos

espirituais de uma comunidade, e o termo francês *civilization*, que se referia às realizações materiais de um povo, denotando um sentido etnográfico amplo como um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade, abrangendo em uma só palavra todas as possibilidades de realização humana além de marcar fortemente o caráter de aprendizado da cultura em oposição à ideia de aquisição inata, transmitida por mecanismos biológicos.

Em continuidade, Laraia (2001) afirma ainda que

Embora, nenhum indivíduo conheça totalmente o seu sistema cultural, exige-se necessariamente um conhecimento mínimo para operar dentro do mesmo. Além disto, este conhecimento pode ser partilhado por todos os componentes da sociedade de forma a permitir a convivência dos mesmos (LARAIA, 2001, p. 86).

Sendo assim, Barreto (2008) ressalta que se a cultura for vista como um valor, um recurso que deve ser reconhecido, valorizado, mobilizado e articulado de forma complementar às outras áreas do conhecimento, notaremos que ela nos permitirá agregar e expandir nossos potenciais de crescimento e de resolutividade das problemáticas sociais e construir uma sociedade mais igualitária e mais justa.

Logo, infere-se que ao ser privado da convivência com elementos com os quais determinado indivíduo se identifica, este passa a não se reconhecer como parte do meio que habita, gerando um sentimento de exclusão, marginalização e de não identificação com o próximo. Pois, segundo Barreto (2008), só reconhecemos no outro aquilo que conhecemos em nós. Assim, esse fator excludente acaba por gerar consequências expressivas, na maioria das vezes causadoras de sofrimento psíquico e de autonegação.

2.2.4 A Pedagogia de Paulo Freire

Barreto (2008, p. 29) ressalta que “Paulo Freire nos lembra que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador (a) experiente e que sabe tudo para um educando (a) inexperiente que não sabe nada”.

É seguindo a pedagogia Freireana, que nega a eficácia da “educação bancária”, aonde as informações são meramente “depositadas” no educando, que é possível reafirmar a educação problematizadora, na qual a TC se alicerça. Pois é

através da educação problematizadora que a lógica de “coisificação” do educando como mero recipiente que acumula informação é quebrada.

Sobre este tema disserta Freire (2011 apud PEREIRA; SALOMÃO, 2015)

A Educação Problematizadora reconhece que o homem é uma história inacabada, e são sujeitos de sua história. Enquanto a bancária preza pela permanência, a Problematizadora valoriza a mudança. A Problematizadora - destruindo a verticalização professor-aluno - adota o diálogo, seu foco não é apenas transmitir um conteúdo pré-estabelecido pelo currículo, mas também desenvolver no aluno consciência crítica à cerca da realidade que o cerca de modo a torná-lo um ser influente no ambiente onde vive, e não apenas aceitar passivamente os fardos que lhes são impostos (FREIRE, 2011 apud PEREIRA; SALOMÃO, 2015, p. 220).

Além da Educação Problematizadora, tem espaço também o conceito de Educação Popular pensada e disseminada por Paulo Freire, que apesar de alcinha popular, não significa algo desprovida de conhecimento ou embasamento teórico, e sim uma espécie de metodologia que permite o diálogo entre a carga de vivência adquirida por uma comunidade e a maneira como esta interpreta e absorve o conhecimento técnico partilhado por um educador, ambas influenciam e são combustível uma da outra.

Na TC é seguida a lógica da educação problematizadora e popular onde o participante também tem a contribuir com sua parcela de conhecimento e acaba se tornando sujeito ativo no entendimento e na mudança das suas perspectivas de vida, ao associar o conhecimento que possui com o conhecimento transmitido pelo terapeuta ou profissional de saúde, quebrando a lógica vertical que caracteriza o cuidador como o portador imediato das soluções e das curas.

Alinhado a este pensamento da educação problematizadora, para Barreto (2008, p. 280) na TC "afirmamos que é cuidando dos outros que cuidamos de nós mesmos. É curando o outro que curamos a nós mesmos. É escutando o outro que escutamos a nós mesmos".

O processo educativo é primordial na reestruturação dos serviços de saúde e na quebra da lógica baseada na opressão do saber popular pelo saber tecnicista da formação universitária através da Educação Popular, como preceitua Vasconcelos (1997)

Assim, no setor Saúde, a Educação Popular passou a se constituir, em vários serviços, não como uma atividade a mais entre tantas outras, mas como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados (VASCONCELOS, 1997, p. 123).

Corroborando a importância do processo educativo horizontal e problematizador, Vasconcelos (2007 apud SOBREIRA, 2009) discorre

O agir pedagógico da Educação Popular envolve os sujeitos no processo de participação, minimizando a ruptura com os mecanismos de cumplicidade e aliança aos micropoderes que sustentam as estruturas de dominação política e econômica da sociedade, para engajar-se na superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a sociedade ocidental (VASCONCELOS, 2007 apud SOBREIRA, 2009, p. 33).

Pois qualquer ato ou prática que envolva transmissão e partilha de conhecimento, que não possibilite nem ao educador e nem ao educando se portarem e se reconhecerem como seres influenciados pelo social, que refletem, se emocionam e se respeitam mutuamente é um ato de pura dominação (BARRETO, 2008).

Logo, o terapeuta comunitário desempenha a função de educador no que diz respeito às questões de saúde, buscando despertar através de seu conhecimento técnico a criticidade dos participantes das rodas de terapia em relação à descoberta de novas formas de agir e intervir em suas realidades, tornando-se sujeitos de suas próprias vivências.

2.2.5 A Resiliência

“A carência que gera competência”.

Consoante Jatai e Silva (2010, p. 693), “resiliência é a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades superarem as dificuldades contextuais, funciona como fonte importante do conhecimento que confere segurança, competência e saber”.

A participação em um grupo fornece possibilidades de várias perspectivas distintas acerca de um mesmo assunto, permitindo o surgimento do sentimento de

integração a uma determinada coletividade, isso porque o ser humano, em essência, é um ser gregário.

Guimarães e Ferreira (2006 apud CORDEIRO et al., 2011) ressaltam essa afirmativa através da seguinte justificativa

A formação de vínculos permite a construção de laços afetivos, que fortalecem a convivência na comunidade. Desse modo, por meio da construção de redes de apoio social, verifica-se que há maior entrosamento entre os participantes e que a troca de experiências gera um processo de crescimento e empoderamento, tanto individual como coletivo. Esses aspectos são essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade (GUIMARÃES; FERREIRA, 2006 apud CORDEIRO et al., 2011, p. 199).

Ancorada à Educação Problematizadora de Paulo Freire, que busca gerar o processo de reflexão sobre as próprias condições que cada indivíduo se encontra, a TC trabalha o processo de reconhecimento de si no próximo, o entendimento de que vários dos problemas individualmente vividos são comuns a grande parte da população de uma comunidade, e que ao retratá-los em espaço de partilha, a roda de terapia desperta o potencial de superação para transpô-los. Pois, para Barreto (2008), a carência gera competência através do aprendizado e da valorização das experiências pessoais, familiares e coletivas.

2.3 Escolha e formação do terapeuta comunitário

O primeiro aspecto importante que difere a TC das outras vertentes de cuidados de saúde é a superfluidade de formação acadêmica para desempenhar as funções de terapeuta, sendo assim, aberta a quem desejar a formação. Porém, vale ressaltar que o candidato deve apresentar um perfil voltado ao trabalho com pessoas e capacidade de aceitação do diferente.

Geralmente, é sugerido que pessoas que apresentem o perfil sejam escolhidas ou nomeadas pela comunidade. Líderes comunitários, representantes de ONG's, profissionais de saúde ou serviço social, representantes religiosos, profissionais da educação, são os mais cotados para desempenhar as funções de terapeuta, tudo isso no intuito de evitar desistências durante o processo de formação ou não desempenharem suas funções da maneira certa e eficaz.

Depois da seleção, feita com base nos critérios apontados, os escolhidos fazem um curso de capacitação profissional com 360h/aula, assim distribuídas: 80h/a são dedicadas aos aspectos teóricos; 80h/aula às vivências terapêuticas. Além das horas práticas e teóricas, são utilizadas técnicas de relaxamento e autoconhecimento. Outras 120h/aula são dedicadas à aplicação dos conhecimentos através da condução de quarenta e oito terapias como terapeuta ou co-terapeuta com 80h/a de intervenção (BARRETO, 2008).

Todo o curso de formação é ministrado e supervisionado por uma equipe de profissionais cadastrados e reconhecidos pela ABRATECOM, onde ao final da execução dos requisitos de carga horária teórica e prática o participante recebe o certificado de terapeuta.

2.4 O espaço e a dinâmica das rodas de Terapia Comunitária

As rodas de Terapia Comunitária podem ocorrer em qualquer espaço comunitário: igreja, sindicato, escola, pátio e salão de espera de posto ou centro de saúde, hospital, em outros espaços institucionais e, até mesmo, à sombra de uma árvore.

O espaço físico para realização das rodas deve ser pensado coletivamente com a própria comunidade para que haja, desde o início, um sentimento de coparticipação nos indivíduos durante os processos de tomada de decisões, mostrando aos membros da comunidade que a TC é um espaço de todos e para todos.

Ao decidir local, data e horários, a roda de TC desenvolve-se em seis etapas básicas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva e avaliação.

2.4.1 O Acolhimento

O acolhimento é um momento dirigido por um co-terapeuta que tem por função ambientar o grupo, deixando o espaço confortável para o desenrolar da dinâmica da roda. O grupo é acomodado de forma circular, permitindo que todos possam se ver diretamente e sem que haja, na forma de se agruparem, alguma espécie de hierarquia, deixando-os perceber que todos têm o mesmo espaço e a mesma representatividade.

É nesse momento que os participantes são estimulados a lembrarem de músicas conhecidas numa tentativa de quebrar as tensões iniciais, e são orientados a respeito das regras da TC.

2.4.2 Escolha do tema

Nesse momento, estimulados pelo terapeuta, após “quebrar o gelo” inicial, os participantes têm espaço para falar de suas principais aflições e preocupações do cotidiano. Geralmente, vários temas surgem, principalmente se os participantes estiverem ambientados com a roda de TC. É pedida a atenção de todos aos temas propostos, pois apenas um destes é abordado por vez durante uma roda após votação e escolha do mais votado. Para Barreto (2008), o voto da maioria é a garantia de que o tema escolhido já começou a mobilizar as pessoas para a partilha.

É responsabilidade do terapeuta deixar claro que, apesar de não escolhidos, os outros temas têm sua importância e que terão a oportunidade de serem abordados em rodas futuras. Após a escolha do tema, o próximo passo é a contextualização.

2.4.3 Contextualização

“É ver além do dedo que aponta a estrela”.

Nada mais é do que solicitar ao “dono” do tema vencedor da votação, que discorra mais sobre o seu problema, no intuito de que todos os presentes entendam quais as principais motivações que geraram sofrimento psíquico para esta pessoa.

Sobre essa etapa da roda de TC, Barreto (2008) discorre sobre a importância da orientação do terapeuta

É nesse momento que o terapeuta tem que ter a sensibilidade para direcionar e confrontar as diversas leituras de um mesmo problema, que surgem da interpretação particular de cada participante. O importante é que as perguntas façam as pessoas refletirem, pensarem, colocarem dúvidas nas suas certezas e nas suas convicções (verdadeiras prisões). É a dúvida que abre os indivíduos ao diálogo (BARRETO, 2008, p. 72).

O intuito da TC não é trazer soluções milagrosas para a comunidade ou para problemas individuais, segundo Barreto (2008) não é classificar como certo ou errado, mas lançar perguntas que tragam uma luz de entendimento, pois a terapia

não cria caminhos novos, mas ensina uma maneira nova de ver as diversas situações e de caminhar juntos.

2.4.4 Rituais de agregação, conotação positiva e avaliação

Estas duas últimas etapas da roda de TC acontecem num *continuum*, sendo o momento no qual o terapeuta agradece à pessoa que propôs o tema e ressalta a importância do tema escolhido. É o momento em que cada participante é estimulado a falar o que aconteceu de positivo ou qual aprendizado obteve com a problematização do tema debatido.

Geralmente essas etapas ocorrem com todos os participantes de pé e abraçados formando um círculo, promovendo, além da aproximação emocional, a aproximação física. O despertar de um sentimento através do toque da pele de que os seus vizinhos ou seus familiares existem de verdade, são pessoas como você e que sofrem igualmente. Isso permite que repensem seus sofrimentos de forma mais ampla e profunda, e se coloquem à disposição na confecção de uma rede de ajuda invisível e resistente.

A finalização da roda sempre acontece da mesma maneira que se inicia: através de músicas sugeridas pelos participantes, recitação de poemas, ditados ou provérbios populares e de falas sobre o que aprenderam e estão levando do momento partilhado durante a roda de TC. É o espaço para fortalecimento de seus valores através da identidade cultural da comunidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo da pesquisa

O estudo em questão tem como técnica de pesquisa a análise documental de caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Ludke e André (1986), embora ainda pouco explorada não só na área da educação como em outras áreas de ação social, a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Para Gil (2002), a pesquisa documental tem características em comum à pesquisa bibliográfica. Podemos nos distanciar da pesquisa bibliográfica ao utilizar como material da pesquisa um material que ainda não passou por um tratamento analítico e que pode ser reconstituído em harmonia com os objetivos da pesquisa.

Em continuação, o desenvolvimento da pesquisa documental e da pesquisa bibliográfica são semelhantes, pois são constituídas pelas mesmas etapas. Entretanto, as fontes de estudo são diferentes entre as duas pesquisas, enquanto a pesquisa documental vale-se de fontes variadas e dispersas, a outra utiliza, sobretudo, material impresso localizado em bibliotecas, discorre, ainda Gil (2002)

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. Outra vantagem da pesquisa documental está em seu custo. Como a análise dos documentos, em muitos casos, além da capacidade do pesquisador, exige apenas disponibilidade de tempo, o custo da pesquisa torna-se significativamente baixo, quando comparado com o de outras pesquisas. Outra vantagem é não exigir contato com os sujeitos da pesquisa. É sabido que em muitos casos o contato com os sujeitos é difícil ou até mesmo impossível. Em outros, a informação proporcionada pelos sujeitos é prejudicada pelas circunstâncias que envolvem o contato (GIL, 2002, p. 47).

Ainda sobre Gil (2002), embora haja vantagens dessa técnica de pesquisa, há críticas relevantes quanto a não-representatividade e quanto aos documentos. Contudo, para sanar esses apontamentos considera-se um grande número de documentos que são selecionados aleatoriamente, ao documento analisado são garantidas várias interpretações antes de afunilar as informações de acordo com o que se busca avaliar na pesquisa.

Na análise documental há a necessidade de definir uma unidade de análise, que facilite identificar informações que se correlacionam com os objetivos do trabalho. Dessa forma, a unidade de registro é um tipo unidade de análise de escolha, pois com ela “o pesquisador pode selecionar segmentos específicos do conteúdo para fazer análise, determinando por exemplo a frequência que aparece no texto uma palavra, um tópico, um tema, uma expressão, uma personagem ou um determinado item” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 42).

A escolha das unidades de registro foi facilitada pelo questionário padrão, definido pela ABRATECOM, que contém perguntas objetivas e subjetivas acerca de como acontece cada roda de TC. As avaliações dos encontros de terapia aconteciam sempre após o término de cada roda apenas na presença dos terapeutas e co-terapeutas. A análise desse material foi realizada de forma descritiva em que se objetivava interpretar e descrever os dados obtidos nos relatórios.

A natureza quantitativa do trabalho é afirmada através do método de análise dos dados, que busca quantificar matematicamente os aspectos mais prevalentes entre os participantes das rodas de terapia. Pode-se inferir também a natureza qualitativa ao trabalho pois busca-se, também, a análise descritiva das informações coletadas.

Segundo Minayo (2009), a abordagem qualitativa visa ir profundamente no universo dos significados. O estudo em análise assemelha-se também a este tipo de pesquisa, pois busca não só descrever numericamente, mas conhecer, significar e entender, à luz do referencial teórico, o que traduz os dados obtidos na pesquisa, estabelecendo uma reflexão acerca dos problemas familiares e sociais, das estratégias de enfrentamento apresentadas pelos participantes que frequentaram as rodas de Terapia na Unidade de Saúde - PAPS, conhecendo também a prevalência entre homens e mulheres, e sua faixa etária.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa ocorreu no estado da Paraíba, no município de Cajazeiras, que fica há aproximadamente 470 km da capital, João Pessoa e, atualmente, possui cerca de 60.000 habitantes. Está localizada no alto sertão paraibano, de clima semiárido, com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,679 em 2010, segundo o IBGE, com renda *per capita* de R\$ 503,88, apresentando como principais

atividades econômicas a plantação de frutas, a criação de animais e a indústria, sendo a alimentícia, a construção civil e a têxtil as mais desenvolvidas.

Possui aproximadamente 5.500 pessoas vivendo na miséria, alocadas nos bairros periféricos, principalmente. É nesse contexto que está inserida a UBS - PAPS. Seus usuários são provenientes, em sua grande maioria, do bairro Casas Populares, mesmo bairro em que está localizado o campus de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), e que enfrenta vários problemas sociais, de saneamento, de violência, do uso e da comercialização de drogas, de saúde e educacional, em que as escolas enfrentam o problema de estrutura física deficiente, da falta de profissionais do corpo docente, da falta de materiais e livros.

3.3 População/Amostra

As rodas de terapia foram realizadas entre os anos de 2013 e 2014, com participantes das mais diversas faixas etárias, entre homens e mulheres. Os encontros aconteceram em vários locais: na maternidade de Cajazeiras, Dr. Deodato Cartaxo, a convite da direção, com profissionais da mesma e do Hospital Regional de Cajazeiras; em evento da Semana da Enfermagem; em um acampamento do Movimento Sem Terra (MST) localizado em Sousa-PB, a convite do então coordenador do curso de Medicina da UFCG; com os seminaristas da diocese de Cajazeiras-PB, a convite da orientadora do projeto de extensão e professora da Universidade, a médica Andréia Karla Anacleto; na UFCG - *campus* Cajazeiras -, com os alunos do curso de Medicina e na UBS - PAPS.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foi realizado um recorte da amostra, excluindo um total de 10 rodas que aconteceram em locais que não a UBS - PAPS, restando, dessa forma, um total de 17 rodas com suas respectivas fichas, as quais foram respondidas pelos próprios terapeutas após o término de cada roda de Terapia realizada na UBS em questão.

A escolha das fichas oriundas da UBS - PAPS, deveu-se ao vínculo institucional com UFCG, devido a maior acessibilidade por parte dos alunos, pois esta UBS funciona como campo de aulas práticas. Outro fator que foi levado em consideração foi a frequência com que aconteciam os encontros da TC, sempre no mesmo horário e dia da semana, estendendo-se no período de março de 2013 a

dezembro de 2014, período correspondente à vigência do projeto de extensão (PROBEX).

3.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da revisão das fichas (ANEXOS) de cada roda de TC realizada na UBS - PAPS. Estes formulários são padronizados pela ABRATECOM e tem validade nacional, contém questões objetivas e subjetivas como: a localização dos encontros das rodas de TC, a quantidade de participantes do sexo feminino e masculino e faixa etária.

Outro aspecto que as fichas possibilitam analisar são os assuntos mais abordados durante as rodas, categorizando-os em eixos temáticos como: 1. Estresse, 2. Conflitos familiares, 3. Drogas, 4. Alcoolismo, 5. Conflitos, 6. Abandono, 7. Violência, 8. Depressão, 9. Trabalho, 10. Rejeição, 11. Prostituição, 12. Algum tipo de deficiência mental, 13. Discriminação e 14. Outros temas.

O formulário padrão categoriza também as várias formas de estratégias de enfrentamento dos usuários da TC frente aos mais variados problemas enfrentados, são elas: 1. Fortalecimento/Empoderamento pessoal, 2. Buscar redes solidárias (amigos, vizinhos, grupos de autoajuda), 3. Buscar ajuda religiosa ou espiritual, 4. Cuidar e se relacionar melhor com a família, 5. Buscar ajuda profissional e ações de cidadania (serviços públicos), 6. Autocuidado e busca de recursos na cultura, 7. Participar da Terapia Comunitária, 8. Outros tipos de enfrentamento.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da análise das 17 fichas de avaliação de cada roda. Após a consulta, as fichas foram agrupadas e sequenciadas em ordem cronológica, sendo contabilizados o número de participantes e separados segundo o sexo, em seguida, as principais temáticas e estratégias de enfrentamento dos participantes organizadas sob a forma de categorias, como preconizado pelo instrumento de avaliação da TC.

Por fim, após a separação dos dados em categorias, foram processados por meio do programa Microsoft Office Excel e distribuídos em gráficos e tabelas, sob a forma numérica absoluta e de porcentagens, no intuito de quantificar e ilustrar de

maneira organizada os dados, no que diz respeito ao sexo, idade, temas prevalentes e estratégias mais utilizadas pelos participantes.

Convém lembrar, que todas as temáticas e estratégias de superação lançadas pelos participantes foram levadas em consideração, e não apenas os temas e estratégias principais de cada roda. Através dos resultados obtidos, optou-se por discutir apenas os que receberam maior destaque.

3.7 Questões éticas

Este trabalho atende a todos os princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, prezando pela especial proteção devida aos participantes, dispostos pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, através da Resolução n. 196/96 atualizada pela Resolução n.466/2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise documental dos registros das rodas de TC, foram extraídos os dados que permitiram caracterização dos participantes, bem como identificar quais temas foram os mais sugeridos, os escolhidos e ainda pontuar quais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos usuários.

4.1 Caracterização dos participantes

Segundo os dados dos formulários analisados, foram realizadas 17 rodas de TC no período de 15/07/2013 a 9/12/2014, na UBS PAPS, contando com um total de 185 participantes, dos quais 46 do sexo masculino, todos adultos e 139 representantes do grupo feminino, das quais 51 eram idosas como mostra a tabela 1.

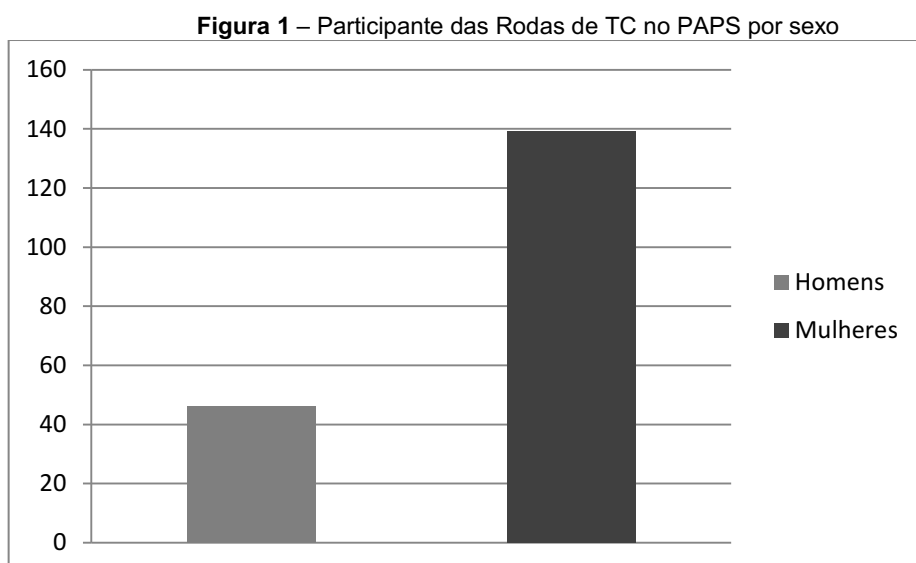
Tabela 1 – Participantes das Rodas de TC no PAPS por faixa etária

Faixa etária	Homens	Mulheres
Adultos – 18 a 59 anos	46	88
Idosos – 60 anos ou mais	0	51
TOTAL	46	139

Fonte: Elaborado pelos Autores

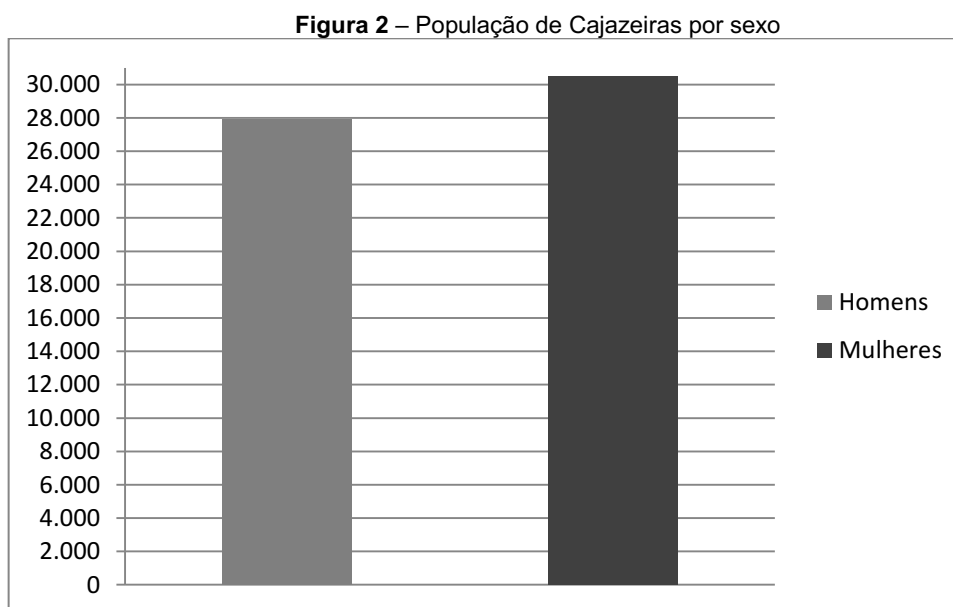
Não foram contabilizadas crianças por não ter sido realizada nenhuma atividade voltada para as mesmas e por não participarem diretamente das rodas. Quando presentes, apenas acompanhavam seus pais ou familiares.

A distribuição dos participantes é explicitada pelo gênero na Figura 1.



Fonte: Elaborado pelos Autores

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o total da população residente na cidade de Cajazeiras, em 2012, é da ordem de 59.130 habitantes. Ao distribuímos a população segundo o sexo, obtivemos o que se observa na Figura 2.



Fonte: IBGE, 2012.

Não havendo estudos que denotem o caráter demográfico do bairro Casas Populares, onde a UBS – PAPS está situada, e nem a possibilidade de fazê-lo de maneira criteriosa, podemos, através de uma estimativa, estendermos essa proporção entre os sexos da população de Cajazeiras para a população do bairro supracitado, no intuito de estimar que a distribuição estatística de sexo segue um padrão semelhante de proporção.

Ao analisarmos comparativamente os gráficos das figuras 1 e 2, apesar das populações feminina e masculina se equivalerem proporcionalmente na população geral, como visto no gráfico da figura 2, percebemos uma discrepância no que diz respeito à procura por serviços de saúde, quando o gênero é posto como parâmetro analítico, através da maior presença de mulheres entre os participantes das rodas de TC, exemplificado pelo gráfico da figura 1.

Isso nos leva ao debate de gênero como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, presentes através da construção sócio-histórica, importante ponto de inflexão no que diz respeito às preocupações com a saúde e o autocuidado. Pois, a construção da definição de gênero ainda é fortemente

determinada pelos padrões de masculinidade e feminilidade, sendo o gênero delimitador de campos de atuação para cada sexo (BRASIL, 2004). Essas imagens de masculino e feminino construídas por uma sociedade ainda arraigada ao patriarcalismo acabam definindo um tipo de divisão do trabalho, conhecida como divisão sexual do trabalho, tendo em vista que o sexo é o fator determinante dessa dinâmica (SAFFIOTI, 2011).

Nesse modelo, construído socialmente, é delegado à mulher, como figura “do lar”, os papéis de mãe e esposa, ou seja, cuidadora dos homens, crianças e idosos, além das tarefas laborais do lar. Isso acaba impondo à figura feminina uma sobrecarga de responsabilidades, repercutindo na sua saúde, principalmente a saúde mental, como aponta o Relatório Sobre Saúde Mental (2001) - Organização Pan-Americana /Organização Mundial de Saúde/ONU

Os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade colocam-na em maior risco de transtornos mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam arcando com o fardo de responsabilidade associado com as condições de esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros, ao mesmo tempo que se estão transformando numa parte cada vez mais essencial da mão-de-obra, constituindo, em um quarto a um terço das famílias, a principal fonte de renda. Além das pressões impostas às mulheres em virtude da expansão de seus papéis, não raro em conflito, elas fazem face à significativa discriminação sexual e à concomitante pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual (OPAS;OMS;ONU, 2001, p. 14).

Já a ausência da figura masculina nos espaços de promoção e prevenção de saúde, não deve ser pensado exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua própria saúde, e nem apenas como uma falha organizacional do modelo de atenção primária (FIGUEIREDO, 2005).

Nesse âmbito, deve ser levada em consideração, também, a construção social da figura masculina

Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se

exponha mais às situações de risco (KEIJZER, 2003; SCHRAIBER et al., 2000; SABO, 2002; BOZON, 2004 apud BRASIL, 2004, p. 5)

Ademais, advém o receio de que ao procurar serviços de saúde o homem descubra algum problema de saúde que ponha em xeque suas convicções sobre a invulnerabilidade masculina e a sua função social como provedor do sustento familiar, como expõe Santos (2009, p. 1180), “estar doente para os homens resulta em fracasso social; assim, torna-se uma condição não tolerada pela família e sociedade”.

Associado a estas questões, a educação baseada no modelo patriarcal induz a negação de comportamentos tidos como femininos, na intenção de construir o “ser homem”. Isso não é entendido como uma maneira de aspiração ao modelo de homem viril, mas como medo de serem taxados como pouco masculinos ou afeminados (GOMES et al., 2007).

A comparação dos participantes, quanto ao gênero e idade, explicitados no gráfico da figura 1 e na tabela 1, demonstra a prevalência de mulheres jovens como maioria nas rodas de TC, mostrando que o público feminino, no âmbito da saúde mental, também procura mais auxílio que a população masculina, consoante a isso, Santos (2009, p. 1180) sublinha que “as mulheres adentraram com maior facilidade no campo da afetividade; assim, se dispõem a falar mais de sua vida afetiva”.

Segundo Villela, Oliveira e Silva (2008, p. 47) “o que se chama de espaço privado das mulheres pode ser entendido, de fato, como um espaço de privação”, tendo em vista que as mulheres não expressam seus sentimentos e vontades, elas estão sempre sujeitas à necessidade do outro e os seus problemas não são vistos como problemas verdadeiramente, há uma desvalorização completa do espaço feminino.

Apesar das contestações e do processo de desconstrução que os modelos de masculinidades vêm sofrendo, este ainda prevalece como principal fator de negação de busca por serviços de promoção e prevenção de saúde pela população masculina, seja no eixo da saúde mental com a TC como ferramenta de prevenção, seja em outras áreas da saúde. Isso nos mostra que a sociedade ainda define o papel de “cuidar” como um atributo feminino, sendo, desde cedo, esse tipo de educação imposta como responsabilidade da mulher.

4.2 Temáticas abordados nas rodas de TC

Foram extraídos dos formulários 36 temas, propostos pelos participantes das rodas de TC realizadas na UBS PAPS, concentrados em 8 temáticas. Um dos temas propostos mais vezes foi o “Estresse”, sendo agrupado neste, os sentimentos de angústia, medo, ansiedade, insônia, mágoa, raiva. Juntamente com este, surgiu o tema “Outros”, dentro desta categoria foram agrupados saúde, solidão, educação e ingratidão. A categoria “Depressão”, que ampara temas relacionados a perdas e violência apareceu, ainda, com igual importância de citação dos anteriores, seguidos de “Conflitos Familiares”, que compreende relações entre filhos e pais, irmãos, esposo e esposa, separação, traição, ciúmes. A temática “Trabalho”, com menos expressão, também foi citada, englobando situações como desemprego, falta de reconhecimento, assédio moral, insatisfação, insegurança, e, por fim, “Discriminação” e “Etilismo” aparecem de forma menos significativa.

Estes dados estão distribuídos por categorias e em porcentagem conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência dos Temas das Rodas de TC no PAPS – São José

Temas das Rodas de TC		Quantidade	Frequência Relativa
Estresse		8	22,22%
	Saúde Pessoal	4	
Outros	Solidão	2	22,22%
	Educação	1	
	Ingratidão	1	
Depressão / Perdas / Violência		8	22,22%
Conflitos Familiares		5	13,89%
Trabalho		3	8,33%
Discriminação		2	5,56%
Etilismo		1	2,78%
Conflitos		1	2,78%
TOTAL		36	100,00%

Fonte: Elaborado pelos Autores

4.2.1 Estresse

Em uma sociedade globalizada marcada pelas desigualdades, a exposição a fatores estressantes, imposta pelo ritmo de vida alucinante, dá-se com a mesma velocidade da troca de informações. Esse processo de mudança de estilo de vida

imprime muitas vulnerabilidades, elevando o estresse ao *status* de doença, possuindo seu próprio Código Internacional das Doenças – versão 10, CID-10 (F43), e apresentando-se sob muitas formas de sintomas.

Segundo Selye (1936 apud SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010), estresse é o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático, e que exige dele adaptações além do seu limite. Atualmente, o efeito do estresse não se restringe aos efeitos mentais e somáticos, ele implica, também, redução da qualidade de vida individual e da sociedade.

Ao analisarmos os dados dispostos na Tabela 2, a situação não foi distinta, o tema estresse surge como principal infligidor de sofrimento psíquico aos participantes das rodas de TC, os quais, em sua maioria, são mulheres jovens (Tabela 1).

Uma parcela importante da população atingida por essa enfermidade é composta de mulheres jovens. Isso dá-se, geralmente, devido às suas inúmeras funções e atribuições, é a mulher “polivalente”, onde o primeiro aspecto relevante é a sobreposição de responsabilidades; ela é mãe, é esposa, é provedora principal da casa, em alguns casos, é cuidadora principal ou única dos filhos e responsável pelos afazeres domésticos. Há, assim, uma correlação entre ser mulher e ter excesso de trabalho, uma situação econômica desfavorável e baixa resiliência como fatores determinantes para maior susceptibilidade ao estresse (SADIR; BIGNOTTO; LIPP 2010).

Logo, mais propensas ao acometimento por sintomas da Reação Aguda ao Estresse, como listado no Caderno de Atenção Básica de Saúde em Saúde Mental Número 34 (2013), como irritabilidade, insônia, tristeza, labilidade emocional entre outras emoções e sintomas, resultando em uma má adaptação e mau funcionamento social.

4.2.2 Depressão, Perdas e Violência

A exposição contínua aos fatores estressantes acaba levando a um prejuízo na qualidade de vida da população de maneira geral, com graus de repercussão distintos conforme idade, gênero e situação social, e ao desencadeamento de outras enfermidades, prevalecendo os distúrbios no campo da saúde mental, como os transtornos depressivos.

Nesse aspecto, a depressão surge como temática de importância considerável, sendo associados a ela sentimentos e sensações como: solidão, infelicidade, dificuldade de concentrar-se nas atividades, alterações no sono e no apetite, há ainda diminuição na autoestima e na confiança pessoal. Logo, isso não é uma situação que prejudica o indivíduo de forma isolada, dificulta também a dinâmica familiar e, conseqüentemente, a função do indivíduo acometido e da família como agentes sociais.

Dessa forma, a depressão, ou situações relacionadas a ela, acaba desestruturando uma rede de auxílio importante, a rede familiar. Isso leva à gênese de outros problemas como os conflitos familiares e situações de violência, visto como temas relevantes entre os dados levantados. Por vezes, situações assim acabam funcionando como ponto retroalimentação dos sentimentos depressivos, desencadeando um ciclo vicioso.

Destarte, para Serapioni (2005) e Barreto (2008), a família, como um subsistema comunitário, funciona como o primeiro nível de atenção à saúde, encerrando na vida doméstica, o atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos seus componentes.

4.2.3 Trabalho

Segundo Colvero et al. (2004), as famílias possuem as mais diversas qualidades de demandas, entre elas está a dificuldade de lidar com as situações de crise e com os conflitos familiares emergentes. Pode-se listar entre essas desordens do equilíbrio pessoal e familiar, a dificuldade de ter um emprego com carteira assinada, principalmente para as mulheres.

Segundo dados da Pesquisa Mensal de Emprego – Evolução do emprego com carteira assinada de 2003 – 2012, do IBGE, o percentual de emprego com carteira de trabalho assinada no setor privado para homens sempre se mostrou à frente do da mulher, mantendo esse mesmo padrão de 2003 a 2012, em 2003 havia 43,4% dos homens empregados em detrimento de 34,7% das mulheres empregadas. Em 2012 esse perfil foi mantido, havia 53,1% de homens empregados com carteira assinada em relação a 44,5% de mulheres empregadas, disparidade esta que evidencia a desigualdade de gêneros, também expressada no setor trabalhista.

Ainda nos dias atuais é difícil inserir as mulheres no setor trabalhista em cargos equiparados aos que os homens assumem, e com a mesma remuneração, sendo ainda arraigada a ideia da mulher reprodutora. Segundo Silva (2010), às mulheres, sempre foi reservado um lugar de menor destaque, seus direitos e seus deveres estavam sempre vinculados à criação dos filhos e aos cuidados do lar, portanto, para a vida privada e não pública.

4.2.3 Etilismo

O etilismo também é um motivo de conflito familiar que foi exposto como tema. Na configuração familiar a mulher geralmente é quem sofre as consequências do abuso de álcool do companheiro, inclusos nesse tipo de abuso, os excessos de todas as naturezas, desde violência física a abuso sexual.

Conforme Laranjeira et al. (2007) concluiu no I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo na População Brasileira, realizado por incentivo do Governo Federal, uma porcentagem maior de homens consome bebida alcoólica em relação às mulheres, eles também ganham quando se compara a frequência semanal com que bebem e, consoante a frequência, está a quantidade de bebida alcoólica, que em comparação às mulheres, é maior.

4.2.4 Outras temáticas

Os temas abordados nessa categoria seguiram a lógica de preenchimento das fichas padronizadas pela ABRATECOM, configurando assuntos variados e por vezes não relacionados entre si, minorando a importância numérica absoluta vista na tabela 2. Daí optar-se pela discussão acerca dessas temáticas em um único tópico.

A saúde pessoal por ser um tema amplo e genérico acaba englobando e se correlacionando com aspectos discutidos nos tópicos anteriores, não havendo a necessidade de esmiúça-la de maneira criteriosa.

Já a temática da "Educação" propõe algumas reflexões em relação à precariedade de acesso a um ensino de qualidade, a qual comunidades carentes são submetidas, como é o caso da população adstrita à UBS PAPS, frequentadora das rodas de TC. Essas precariedades das condições acabam estruturando barreiras sociais virtualmente intransponíveis, como, por exemplo, acesso a

empregos formais, com melhores remunerações, o que de certa forma acaba comprometendo a qualidade de vida dessa população, tal qual evidenciado, anteriormente, na discussão do tema "Trabalho".

Os temas Solidão e Ingratidão nos remetem à quebra dos vínculos entre os indivíduos, já que são sentimentos cultivados principalmente na esfera familiar, sendo estes reflexos do individualismo que afeta as relações humanas na atualidade, como preceituado por Bauman (2008, p. 189), "o novo individualismo, o desvanecimento dos vínculos humanos e o definhamento da solidariedade estão gravados em um dos lados da moeda que traz do outro a efígie da globalização".

Somado a isso, Bauman (2008, p. 62) traz a solidão como "a experiência sinistra, misteriosa, do vazio do mundo", que pode ser entendida, também, como o esvaziamento das relações sociais em detrimento do individual.

Se você investe numa relação, o lucro esperado é, em primeiro lugar e acima de tudo, a segurança — em muitos sentidos: a proximidade da mão amiga quando você mais precisa dela, o socorro na aflição, a companhia na solidão, o apoio para sair de uma dificuldade, o consolo na derrota e o aplauso na vitória; e também a gratificação que nos toma imediatamente quando nos livramos de uma necessidade. (BAUMAN, 2004, p. 15)

Logo, ao relacionar-se com o próximo, seja ele familiar ou não, espera-se alguma espécie de retorno, e ao não se ter estes anseios supridos, sobrevêm sentimentos como o desamparo, a ingratidão e a solidão.

4.3 Estratégias de superação dos problemas adotadas pelos participantes

Frente aos 36 temas propostos nos 17 encontros ocorridos no PAPS, foram enumeradas 40 estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos participantes, através do processo de resgate do potencial resiliente, e distribuídas conforme a semelhança de temas à medida que foram citadas, ilustradas na tabela 3.

Estas estratégias que foram enumeradas nos registros analisados das Rodas de Terapia serão discutidas separadamente, elencando suas particularidades e gerando discussão sobre as mesmas. Estes relatos consistem em um momento primordial, onde cada participante que enxerga na história do outro aquilo que reconhece em si, compartilha sua experiência vivida e de que forma encontrou um caminho para superá-la.

Tabela 3 - Frequência das Estratégias sugeridas nas Rodas de TC entre os usuários do PAPS.

Estratégias de Enfretamento	PAPS	Frequência Relativa
Espiritualidade	12	30%
Cuidar de se Relacionar Melhor com a Família	8	20%
Empoderamento Pessoal	6	15%
Redes Solidárias	6	15%
Ajuda Profissional	3	7,5%
Autocuidado	2	5%
Outros (Assistir TV, Chorar)	2	5%
Participar da TC	1	2,5%
TOTAL	40	100%

Fonte: Elaborada pelos Autores

4.3.1 Espiritualidade

A categoria espiritualidade, que engloba os aspectos como a fé, a religião e a oração, foi a estratégia mais utilizada pelos participantes das rodas de TC como mecanismo de superação das mais distintas categorias do sofrimento psíquico.

Tal categoria vem sendo, cada vez mais, relacionada ao estado de saúde dos indivíduos, assim como os determinantes físicos (biológicos), mentais e sociais, e são hoje temáticas importantes aos olhos da medicina (ROCHA et al., 2013).

Apesar do conceito de religião ser mais restrito do que o conceito de espiritualidade, pois para Murakami e Campos (2012, p. 362), “religiosidade é uma expressão da espiritualidade, e espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si”, no cenário da TC, corriqueiramente, uma é associada à outra.

Mesmo não sendo possível determinar, com precisão, a maneira como a espiritualidade influencia a saúde, especialmente na higidez mental, o exercício de atividades espirituais pode atuar, psicodinamicamente, através de emoções positivas. (VOLCAN et al., 2003).

Dessa maneira, é evidente que indivíduos que se utilizam de mecanismo espirituais ou religiosos, desenvolvem uma capacidade de lidar de maneira mais leve com os fatores estressantes do cotidiano, recuperando-se mais rapidamente ou prevenindo transtornos, principalmente os de cunho psíquico.

4.3.2 Cuidar de se relacionar melhor com a família

A melhoria das relações familiares surge como a segunda estratégia mais prevalente, seguindo um dos pilares teóricos da TC, a Teoria da Comunicação, a qual enfatiza a comunicação, em seus vários aspectos, como o elo entre os indivíduos, família e sociedade.

É, portanto, necessário para o entendimento do outro, compreender o comportamento dos indivíduos, as relações entre interlocutor e receptor e o tipo de linguagem empregada em um dado contexto (BARRETO, 2008; FREIRE, 2005).

A importância da comunicação como forma de discutir, junto com seus pares, as várias formas de interpretação da realidade, é parte fundamental do processo de conscientização dos participantes, para que juntos construam autonomia individual e coletiva, baseadas na crítica e na liberdade. Isso desperta no sujeito a capacidade de reação frente aos determinantes do sofrimento psíquico. Assim, segundo Freire (2005)

Existir humanamente, é *pronunciar* o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo *pronunciar*. (...) O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu (FREIRE, 2005, p.44-45).

Esse *pronunciar*, para Freire, vai além do que é falado entre interlocutor e receptor, não se restringindo à comunicação baseada na linguagem verbal, mas expandindo-se harmonicamente para todos os campos do relacionar-se com o outro.

Logo, o processo de pronunciar-se colabora na edificação do próprio sujeito perante as diversas interações consigo e com o mundo, fazendo com que ele compreenda de maneira crítica que a comunicação é essencial no processo de entendimento de si como ser humano vulnerável. Ao assimilar tal percepção, entende a importância das relações, principalmente familiares, como suporte para encarar, de forma menos danosa, as situações que geram sofrimento.

4.3.3 Empoderamento e Redes Solidárias

O Empoderamento e as Redes Solidárias, como estratégias enumeradas, não acontecem de forma isolada. Um é fomentador do outro e vice-versa.

A aquisição de consciência é geradora de processos de desenvolvimento autossustentável, auxiliados por agentes externos, que funcionam como catalizadores. Nomeamos essa dinâmica como processo de empoderamento, o qual não pode ser fornecido como um produto de uma prática assistencialista, nem tampouco realizado para um grupo. É, na realidade, uma ação social educativa, através do despertar do entendimento político que rege a sociedade, gerando emancipação individual e coletiva (KLEBA, 2004; GOHN 2009).

Assim, o processo de empoderamento dá-se através de práticas educativas que fogem do escopo tradicional, como a pedagogia de Paulo Freire, visando a transformação dos que são submetidos à situações de desigualdade, opressão e de dominação social.

Esse ganho de consciência crítica promove a melhoria das relações sociais, pois como ser político, o homem passa a entender seu papel na dinâmica da sociedade. Isso gera mais confiança para agir e se relacionar com seu semelhante, provoca um sentimento de pertença ao grupo social do qual ele faz parte. Aonde antes era uma peça disfuncional, passa a ser componente fundamental para o correto funcionamento da engrenagem social.

“A premissa do cuidado comunitário é que a comunidade se torne um sujeito autônomo de produção de cuidado, dentro dela mesma (*care by community*), cujo papel é não somente identificar problemas, mas também gerar soluções” (SERAPIONI, 2005, p. 250).

Dessa forma, é a engrenagem social, desenvolvida nesse processo, que acaba dando suporte à formação de redes de apoio mútuo dentro de uma comunidade, como a melhoria das relações no núcleo familiar, entre os indivíduos e as entidades de representação coletiva e serviços públicos ou da iniciativa privada.

As demais estratégias de superação listadas, como Ajuda Profissional, Autocuidado e outros, são categorias que acabam, de uma maneira ou de outra, nos remetendo ao que foi previamente discutido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos registros das rodas de TC pode-se reconhecer quais os problemas que mais geraram comprometimento na qualidade de vida dos participantes no período em que as rodas aconteceram. Além de obter um perfil destes. Foi visto, também, quais os temas mais prevalentes, e suas estratégias de enfrentamento.

A presença feminina foi potencialmente maior que a masculina, numa proporção de quase três mulheres para cada homem que participou das rodas, reforçando a necessidade de uma discussão de gênero a fim de desconstruir o padrão patriarcal, do “não adoecer” masculino e de que as mulheres são as responsáveis pelos cuidados de uma família. O homem precisa também se enxergar como agente central da sua saúde e do seu bem-estar psíquico, físico e social.

Muitos foram os temas citados nos registros das rodas de TC, destacando-se o Estresse, que fora o mais citado, englobando em seu conceito as angústias, medos, ansiedades, dentre outros sentimentos, nos remetendo a ideia do quanto os participantes sofreram com demandas além do seu limite, a ponto de prejudicar seu cotidiano. Percebemos ainda a conexão entre os outros temas, já que existe uma dificuldade que pode desencadear sofrimentos outros, como um humor depressivo gerado por exposição contínua a fatores estressantes.

Foi visto que na formação da rede de apoio, da teia social que é fortalecida a cada roda, os participantes trocam entre si experiências desagradáveis, momentos que geram o desequilíbrio no conceito de saúde, é neste momento que Adalberto Barreto firma, na prática, mais um dos pilares teóricos da TC, a Resiliência.

O indivíduo busca nas estratégias de enfrentamento que são apresentadas, a construção de uma reflexão sobre as próprias condições que cada indivíduo se encontra. Lembrando que a TC trabalha com o processo de reconhecimento de si no próximo, os problemas individuais são, em grande parte, comuns à comunidade.

Foram 40 as estratégias registradas nas rodas que aconteceram no PAPS, contabilizadas durante a análise dos registros disponíveis, prevalecendo a Espiritualidade como principal estratégia de superação. Onde o conceito de Espiritualidade abrange não só o fator religião, como também orações, e a fé que é despertada em cada participante de que as coisas podem e vão melhorar.

O desígnio inicial deste trabalho visava caracterizar os participantes que se fizeram presentes, ao longo desses quase dois anos, nas rodas de Terapia Comunitária na unidade básica do PAPS, e após o estudo dos registros e discussão dos dados, o perfil pode ser resumido como mulheres jovens/adultas em situação de pressão social e familiar, sob forte estresse, além de outras inquietações e aflições, acumulando funções e responsabilidades que lhe são impostas por uma inferência social ultrapassada, que só corrobora ainda mais com o arcaico padrão de divisão sexual do trabalho. São mulheres que buscam, principalmente, através da espiritualidade, e aí enseja-se a fé, orações e a religião, o enfrentamento daquilo que mais as aflige.

As estratégias foram além do espiritual, a busca por empoderar-se e fortalecer a si no processo vivenciado de cada dificuldade também assume primordial ferramenta de superação nos registros. Buscar na família, nos amigos e vizinhos o apoio necessário para as atribulações, tece uma teia de relações ainda mais intensa, culminando com a aproximação e fortalecimento comunitário que contempla alguns dos ideais pensados por Adalberto ao estruturar a TC como instrumento integrativo na saúde pública.

Por termos acesso apenas aos registros de cada roda e não ter havido questionários de Vínculos e Mudanças Coletivas antecedendo o projeto de extensão e as práticas das rodas, este trabalho não nos possibilitou que se examinasse o impacto coletivo trazido pela TC na comunidade abrangida pelo PAPS e seus participantes, mas constatou-se que a TC precisa ser efetivada e expandida na rede de atenção à saúde no município de Cajazeiras, por ser uma tecnologia leve (das relações) e eficaz de cuidado, que atende aos princípios do SUS, através da sua Universalidade, visto que toda e qualquer pessoa pode participar, sem restrições.

Contempla a Equidade ao reconhecer que cada indivíduo tem o seu poder de resiliência, pode ser ator das suas mudanças, respeitando suas características, sua cultura, seus antepassados, respeitando o que cada componente da roda tem de igual ou diferente aos seus.

E é uma ferramenta que contempla a Integralidade dos seus usuários, buscando amparar cada participante, e enxergando-o afora sua doença, reconhecendo que cada um está inserido em sistemas sociais, entendendo que outros fatores influenciam em seu estado de saúde.

Estudos e pesquisas mais amplas devem ser realizadas para que se possa abranger novos conceitos e afirmações sobre um impacto mais fiel da Terapia Comunitária em uma dada comunidade, bairros, distritos, quiçá compreender todo um município. Por hora, abaliza-se uma unidade de saúde fortemente vinculada como a nossa Universidade, um espaço de prática e aprendizado nas áreas da saúde, social e humana.

Que este trabalho sirva a um propósito maior, para que se atente para as consternações dos nossos iguais, a fim de que se possa pensar em estratégias de abarcar cada vez mais integrantes, que mais habitantes possam ser contemplados por esta prática e que possam encontrar um espaço de fala e escuta, onde não haja julgamentos e interpretações outras das suas angústias.

Que possam tricotar relações com seus semelhantes, que encontrem o apoio necessário para transformar cada sofrimento em uma vitória e que esta seja motivo de orgulho. De modo que sejam vistos além do modelo biomédico secular que perdura ainda nas academias e espaços de formação, com práticas centradas na doença. Que seja respeitado o saber individual, fruto da experiência de vida que cada um carrega consigo. Muito ainda há por fazer, um primeiro e grande passo forjado, que se siga então essa longa e eterna caminhada, juntos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. De P.. **Terapia Comunitária passo a passo**. 4ª ed. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2008.

_____. (1996). **A Aranha e a Comunidade tecem suas teias**. Belém (PA): Papers do CEPIG, ano 1, No 4, set/1996.

BAUMAN, Zygmunt: **Amor Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2004.

_____. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira)

BRASIL. IBGE. (Comp.). **Pesquisa Mensal de Emprego: Evolução do emprego com carteira de trabalho assinada 2003-2012**. Rio de Janeiro: Ibge, 2013. 22 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Evolucao_emprego_carteira_trabalho_assinada.pdf>. Acesso em: 04 Jul. 2016.

BRASIL. IBGE. **Paraíba, Cajazeiras**: Informações completas. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370>>. Acesso em: 08 Jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PMNPC**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMELO, Sílvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jul. 2016.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, família e proteção social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 20-28, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul. 2016.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2001.

CHIESA, Ana Maria; FRACOLLI, Elisiane Aparecida; SOUSA, Maria Fátima de. Enfermagem, academia e saúde da família: diálogo possível em torno da formação e a defesa da equidade como eixo norteador. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 52-59, jan. 2002.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

CORDEIRO, Renata Calvacanti et al. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 2, p. 192-201, 2011.

DOLCI, P. C.; BERGAMASCHI, E. A.; VARGAS, L. M.. Um Mapa Conceitual sobre Pensamento Sistêmico: seus Conceitos e Autores. In: XXV Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, 2008, Brasília. **Anais do XXV Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica**, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/Simp%C3%B3sio/simpósio_2008/2008_SIMPOSIO394.pdf> Acesso em: 4 Jul 2016.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul 2016.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis; 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.^a edição.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

GOMES, Lauren Beltrão et al.. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 Jul. 2016.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 Jul. 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JATAI, José Martins; SILVA, Lucilane Maria Sales da. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 691-695, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 Jul. 2016.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Anti-

drogas, 2007. 76 p. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/155/i-levantamento-nacional-sobre-os-padroes.php>>. Acesso em: 6 Jul. 2016.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Jul. 2016.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A.. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1986. 53 p.

LUIZI, L. V. V. **Terapia comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação**. 2006. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - USP, São Paulo, SP, 2006.

MAIA, Mônica Bara (org). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 43-66.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009. 109 p.

MIRANDA, Padre Almir; MENDES, Greice Mara (Comp.). **A ABRATECOM**. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/QuemSomos/Abratecom/>>. Acesso em: 9 Jul. 2016.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul. 2016.

Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. **Saúde Mental, Nova Concepção, Nova Esperança**. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001. Genebra: OMS; 2001.

PEREIRA, Patrik Sudário de Souza; SALOMÃO, Maria Aparecida Vieira. Pedagogia do Oprimido. **Hipótese**, Itapetininga, v. 2, n. 1, p.216-221, fev. 2016. Disponível em:

<<http://itp.ifsp.edu.br/ojs/index.php/HIP/article/viewFile/292/204>>. Acesso em: 12 Jul. 2016.

ROCHA, Ianine Alves da et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>> Acesso em 12 julho de 2016.

ROCHA, Ianine Alves da et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul. 2016.

SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, Abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Jul. 2016.

SERAPIONI, Mauro. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 243-253, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 556-571, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jul. 2016.

SOBREIRA, Maura Vanessa Silva. **Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família**: um estudo representacional. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009.

SOUZA, Gleci Mery Leite de et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde–doença. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 4, p. 682-688, 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, Fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v5n8/09.pdf> >. Acesso em: 5 de Jul. 2016.
VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al.. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 440-445, Aug. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 47^a ed. Geneva: WHO, 2009.

ANEXO A - Modelo de ficha padronizada pela ABRATECOM.

REGISTRO DAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA	
Refere-se ao registro de temas, número de participantes, motes e estratégias comunitárias. As informações devem ser preenchidas na ficha por algum membro da equipe durante desenvolvimento de cada sessão da Terapia Comunitária	
Estado: _____	Município: _____ Unidade de Saúde: _____
Pólo Formador de TC: MISC-PB	

Localização

Endereço do local da TC	Data	Horário

Integrantes da equipe

Nome	Telefone	e-mail
1.		
2.		
3.		

Número de Participantes na Terapia Comunitária

	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Total
Feminino					
Masculino					
Total					

Marque os itens numerados abaixo que correspondem aos temas propostos na TC. Detalhe o tema no espaço ao lado do item marcado, se necessário

(1) Estresse	(8) Depressão
(2) Conflitos familiares	(9) Trabalho
(3) Droga	(10) Rejeição
(4) Alcoolismo	(11) Prostituição
(5) Conflitos	(12) Deficiências mentais
(6) Abandono	(13) Discriminação
(7) Violência	(14) Outro. Qual?

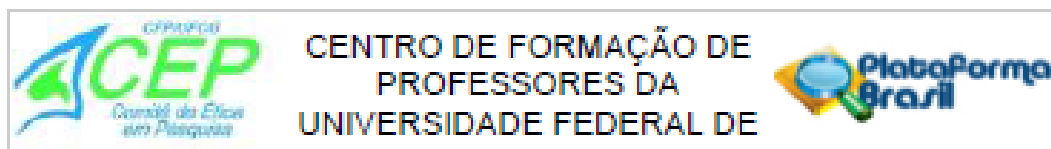
Tema escolhido na roda: _____

Marque o(s) item(s) numerado(s) abaixo que correspondem a(s) estratégia(s) de enfrentamento do tema escolhida(s) pelo participante da terapia.

(1) Fortalecimento/Empoderamento pessoal
(2) Buscar redes solidárias (amigos, vizinhos, associações, grupos de auto-ajuda)
(3) Buscar ajuda religiosa ou espiritual
(4) Cuidar e se relacionar melhor com a família
(5) Buscar ajuda profissional e ações de cidadania (serviços públicos)
(6) Auto-cuidado - busca de recursos da cultura
(7) Participar da terapia comunitária
(8) Outras. Qual?

Registre abaixo depoimentos significativos da TC (o que estou levando da Terapia).

ANEXO B - Comprovante de envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERFIL DOS USUÁRIOS DA TERAPIA COMUNITÁRIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS - PB.

Pesquisador: Andréia Karla Anacleto de Sousa

Versão: 1

CAAE: 58181716.5.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 073595/2016

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Campina Grande

Informamos que o projeto O PERFIL DOS USUÁRIOS DA TERAPIA COMUNITÁRIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS - PB. que tem como pesquisador responsável Andréia Karla Anacleto de Sousa, foi recebido para análise ética no CEP Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande em 29/07/2016 às 09:10.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.000-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br