

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Daniela Leite Garcia Silva

**AVALIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO PARA TERAPIA COMUNITÁRIA
INTEGRATIVA EM UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS**

Belo Horizonte
2021

Daniela Leite Garcia Silva

**AVALIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO PARA TERAPIA COMUNITÁRIA
INTEGRATIVA EM UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Odete Pereira

Silva, Daniela Leite Garcia.
SI586a Avaliação de capacitação para Terapia Comunitária Integrativa em Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Carmópolis de Minas [manuscrito]. / Daniela Leite Garcia Silva. -- Belo Horizonte: 2021. 98f.: il.
Orientador (a): Maria Odete Pereira.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Terapêutica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Capacitação Profissional. 4. Pessoal de Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Pereira, Maria Odete. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 21

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 35 (TRINTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA DANIELA LEITE GARCIA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 30 (trinta) dias do mês de julho de dois mil e vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PARA A REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DO MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS – MINAS GERAIS", da aluna *Daniela Leite Garcia Silva*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Odete Pereira, Marina Nolli Bittencourt e Livia Cozer Montenegro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- () APROVADO;
(X) APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADO.

A Comissão Examinadora recomendou a mudança do título para: "Avaliação de capacitação para terapia comunitária integrativa em unidades da Atenção Primária à Saúde do município de Carmópolis de Minas"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 30 de julho de 2021.

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Marina Nolli Bitencourt
Membro Titular (UFMT)

Profª. Drª. Livia Cozer Montenegro
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 31/08/2021, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Noll Bittencourt, Usuário Externo**, em 01/09/2021, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Livia Cozer Montenegro, Professora do Magistério Superior**, em 06/09/2021, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 08/09/2021, às 17:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0937130** e o código CRC **497FF04F**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pesquisa

Mário Fernando Montenegro Campos

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Junior

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora

Sônia Maria Soares

Vice-Diretora

Simone Cardoso Lisboa Pereira

Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Kênia Lara da Silva

Subcoordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo
a meu esposo, Antônio Edmilson, companheiro de sempre, exemplo de dignidade, amor e
dedicação,
E aos meus queridos filhos,
Thiago Antônio, sempre presente com sua ajuda, opiniões, fazendo-me acreditar na
capacidade de crescer e ser o diferencial a cada dia da minha vida,
A minha pequena Sophia pela paciência a cada dia de espera, pelos vários momentos de
afastamento, horas seguidas de estudo, pela ausência...
Dedico-lhes, acima de tudo, meu afeto e incondicional amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Todo Poderoso, a quem sempre exalto e confio, que, mesmo em momentos de tanta aflição e dor, me sustentou. Em ti confio, é a minha força, minha luz e inspiração.

À minha mãe

pelo imenso amor e preocupação, por me apoiar e por não ter perdido as forças apesar das perdas e tropeço da vida.

Ao meu pai,

que perdi durante esta trajetória, que tanto se orgulhava das minhas vitórias e conquistas, deixou-nos o legado de sua fé, bondade, humildade e perseverança... Saudades!!!!

Ao Ex-prefeito, Geraldo Touro, e ao atual Prefeito, José Omar Paolinelli, do município de Carmópolis de Minas/MG,

por acreditarem sempre na minha capacidade de estar à frente da Secretaria Municipal de Saúde e pelo apoio nas buscas de novos conhecimentos e prática para benefício dos municípios.

À professora e orientadora, Prof.^a Dr.^a. Maria Odete Pereira,

pela atenção, carinho, disponibilidade e generoso empenho na orientação deste trabalho.

A meus irmãos e cunhados,

agradeço por estarem sempre presentes, ajudando-me nas dificuldades e sempre torcendo pelo meu sucesso!!!

À coordenadora da Atenção Primária, Maria Célia, à Gisele, fisioterapeuta do Nasf e a todos os enfermeiros que acreditaram e empenharam na realização e efetivação deste

**estudo,
gratidão!**

À Rosiane Faleiro,
pelo incentivo de perseverança, por me mostrar que os sonhos só se concretizam se fizermos
nossa parte e dermos o nosso primeiro passo.

**À equipe de saúde e a todos os profissionais que contribuíram para que este estudo
pudesse ser concretizado,**
gratidão!

Às amigas Élide e Larissa,
agradeço pela força e pelas palavras de amizade.

Nenhum trabalho faz sentido se sozinhos o fazemos, este estudo é fruto de muitas partilhas, só
existe porque o construímos em muitas mãos e de coração agradeço.

SILVA, Daniela Leite Garcia. **Avaliação de Capacitação para Terapia Comunitária Integrativa em Unidades da Atenção Primária à Saúde do Município de Carmópolis de Minas**. 2021. 95 fl. Projeto de Pesquisa para Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

A consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e comunitário, proposta pelo Sistema Único de Saúde, deve contribuir para a promoção à saúde mental e prevenção de condições de adoecimento psíquico. Nesse sentido, a literatura confirma que a Terapia Comunitária Integrativa auxilia no tratamento dos usuários do SUS em sofrimento ou adoecimento psíquico, pois ela é capaz de gerar benefícios fundamentais para o empoderamento dos usuários. Dessa forma, esta pesquisa teve por objetivo realizar a capacitação dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família para a realização da Terapia Comunitária Integrativa no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Carmópolis de Minas/MG para que, através da capacitação dos profissionais, fosse possível auxiliar no tratamento dos usuários. Utilizou-se o estudo de intervenção, qualitativo e interpretativo, realizado no período de 2020 e 2021, nas unidades básicas de saúde do município de Carmópolis de Minas, tendo como participantes seis enfermeiros e um fisioterapeuta que lidam cotidianamente com os usuários. Para o trabalho de campo utilizou-se a observação participante, e realizaram-se, como intervenção, 13 rodas de TCI. Durante todo o processo de capacitação, aconteceram devolutivas com os participantes do estudo, como forma de avaliação formativa. Gravaram-se as atividades e transcreveram-se as falas dos participantes. Analisou-se todo o material coletado por meio da análise de conteúdo. A última etapa da intervenção foi a avaliação somativa, a fim de avaliar a percepção dos participantes, acerca da capacitação, por meio de autopreenchimento de formulário eletrônico. No entanto, do ponto de vista da avaliação, os dados fornecidos pelos participantes em autopreenchimento eletrônico foram muito evasivos. Assim, realizou-se a triangulação intramétodo para avaliação da intervenção, empregando-se a técnica de grupo focal. Os dados mostraram que os participantes deste estudo sentiram-se capacitados e prontos para dar continuidade nas rodas como protocolo de política pública de saúde mental do município, contudo; alguns participantes consideraram não terem perfil por serem pouco comunicativos, mas expressaram acreditar que o exercício os tornou habilitados. Nem todos os participantes mostraram-se abertos ao trabalho coletivo, como propõe o TCI. Infere-se que há necessidade de mudança de atitude de alguns para que, com conhecimento e habilidade, tornem-se competentes para a prática. Pôde-se comprovar os benefícios que as rodas de TCI proporcionaram nos participantes do estudo, e também aos usuários que participaram deste projeto “piloto”, os quais se mostraram entusiasmados e interessados em continuar participando das rodas. Superadas as dificuldades e resistências de alguns participantes, conclui-se que estes estão aptos a desenvolverem a TCI nas unidades básicas de saúde, sendo que esta constituirá um protocolo de promoção à saúde, com ênfase à saúde mental, no município.

Palavras-chave: Diagnóstico Situacional. Saúde Mental. Terapia Comunitária Integrativa. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde

SILVA, Daniela Leite Garcia. **Qualification Assessment for Integrative Community Therapy in Primary Health Care Units in the Municipality of Carmópolis de Minas.** 2021. 95 fl. Dissertation Research Project (Professional Master in Health Services Management) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

The consolidation of a more integrated, dynamic, open and community mental health care, model proposed by the Unified Health System, should contribute to the promotion of mental health and prevention of conditions of mental illness. In this sense, the literature confirms that Integrative Community Therapy helps in the treatment of SUS users in suffering or mental illness, because it is capable of generating fundamental benefits for their empowerment. Thus, this research aimed to train nurses from Basic Health Units and physiotherapists from the Extended Family Health Center to perform Integrative Community Therapy within the scope of Primary Health Care in the municipality of Carmópolis de Minas / MG so that, through the training of professionals, it was possible to help with the users. We used the qualitative and interpretative intervention study, which was conducted in the period 2020 and 2021, in basic health units in the municipality of Carmópolis de Minas, having as participants six nurses and a physiotherapist who deal with users on a daily basis as participants. For the fieldwork, participant observation was used, and as an intervention, 13 CIT workshops were held. During the entire training process, feedback was given to the study participants as a form of formative assessment. The activities were recorded and the participants' speeches were transcribed. All collected material was analyzed using content analysis. The last step of the intervention was the summative assessment, in order to assess the participants' perception of training, through self-completion of an electronic form. However, from the point of view of the evaluation, the data provided by the participants in electronic auto-completion was very evasive. Therefore, intramethod triangulation was performed to assess the intervention, using the focus group technique. The visible data show that the participants in this study felt empowered and ready to continue on the wheels as a public policy protocol for mental health in the municipality, however some participants considered that they did not have profile, as they are poorly communicative, but expressed their belief that the exercise become skillful. Not all associated participants are open to collective work, as proposed by the TCI. It is inferred that there is a need to change the attitude of some, so that with knowledge and skill they become competent to practice. It was possible to prove the benefits that the TCI wheels provided to the study participants, and also to the users who participated in this “pilot” project, who are motivated and interested in continuing to participate in the wheels. Overcome as difficulties and resistance of some participants, it is concluded that they are able to develop a TCI in basic health units, which will constitute a protocol for health promotion, with emphasis on mental health, in the municipality.

Keywords: Situational Diagnosis. Mental health. Integrative Community Therapy. Human Resources Training in Health. Health promotion. Primary Health Care

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASCOM | Assessoria de Comunicação |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CE | Ceará |
| CIR | Comissão Intergestores Regional |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| MG | Minas Gerais |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCI | Terapia Comunitária Integrativa |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | - Localização da cidade de Carmópolis de Minas..... | 34 |
| Quadro 1 | - Unidades Básicas de Saúde em Carmópolis de Minas..... | 35 |
| Quadro 2 | - Consolidado das Rodas de TCI por Unidade..... | 37 |
| Figura 2 | - Roda de TCI realizada no Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança..... | 53 |
| Figura 3 | - Roda de TCI no momento da dinâmica..... | 53 |
| Figura 4 | - Roda de TCI no momento da música..... | 54 |
| Figura 5 | - Roda de TCI no momento do encerramento..... | 54 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 14 |
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. OBJETIVOS..... | 19 |
| 2.1. Objetivos geral..... | 19 |
| 2.2. Objetivos específicos | 19 |
| 3. JUSTIFICATIVA..... | 20 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO | 22 |
| 4.1. O Diagnóstico situacional de saúde mental no âmbito da APS | 22 |
| 4.2. A atenção à saúde mental em pontos de cuidado da rede de atenção psicossocial.... | 23 |
| 4.3. Capacitação de profissionais da saúde para intervenções em saúde mental: Terapia Comunitária Integrativa | 28 |
| 5. METODOLOGIA | 33 |
| 5.1. Tipo de abordagem | 33 |
| 5.2. Local do estudo | 34 |
| 5.3. Participantes do estudo | 36 |
| 5.3.1. Critérios de inclusão dos participantes do estudo..... | 36 |
| 5.3.2. Usuários participantes das rodas de TCI | 36 |
| 5.1.1 Critérios de inclusão e exclusão dos usuários participantes das rodas | 37 |
| 5.4. Técnica de coleta de dados | 38 |
| 5.4.1. Etapa I – Capacitação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde | 40 |
| 5.4.2. Etapa II – Intervenção de promoção à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde | 41 |
| 5.5. Instrumentos de pesquisa | 43 |
| 5.6. Técnica de análise de dados | 44 |
| 5.7. Considerações éticas | 46 |
| 6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS | 47 |
| 6.1. Caracterização dos participantes do estudo | 47 |
| 6.2. Categoria I - O desenvolvimento do processo de capacitação e as contribuições da equipe nesse contexto | 47 |
| 6.3. Categoria II - A percepção da equipe acerca da metodologia da TCI: os passos para sua aplicação nas rodas de TCI..... | 50 |

| | |
|--|----|
| 6.4. Categoria III - Os desafios e dificuldades encontradas pelos participantes do estudo para a realização das rodas de TCI | 55 |
| 6.5. Categoria IV - O processo de capacitação em uma perspectiva de valorização e empoderamento da equipe | 57 |
| 6.6. Categoria V - Planejando o futuro: estratégias de melhorias para a realização das rodas de TCI..... | 59 |
| 6.7. As percepções dos participantes acerca da capacitação..... | 62 |
| 6.7.1. Avaliação coletiva da capacitação pelos participantes | 67 |
| 7. CONCLUSÃO | 75 |
| REFERÊNCIAS | 76 |
| APÊNDICES | 83 |
| APÊNDICE A | 83 |
| APÊNDICE B..... | 85 |
| APÊNDICE C..... | 87 |
| APÊNDICE D | 89 |
| APÊNDICE E..... | 91 |

APRESENTAÇÃO

Graduada em Enfermagem pela Unilavras, tenho esta profissão como uma vocação, pois sempre gostei muito da área da saúde. Ser Enfermeira, na minha opinião, é fazer o meu melhor sempre, é ajudar ao próximo e, com certeza, esta ajuda é recíproca.

O mestrado faz parte da realização de um grande sonho e da concretização de várias possibilidades, além disso, pude aprender muito durante todo o desenvolvimento do mestrado e consolidar ainda mais o meu conhecimento durante a minha pesquisa.

A experiência na assistência de enfermagem, na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Primária de Saúde, fez-me perceber os desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta no cotidiano da saúde mental do município de Carmópolis de Minas/MG.

O início da minha busca em aprimorar meus conhecimentos na área da saúde mental vem, na verdade, de um processo anterior. Fato é que, desde então, me despertou muito interesse e provocou inquietações no sentido de querer prosseguir neste caminho.

Considero importante mencionar, para esclarecer do que se trata, que foi no ano de 2017, quando tivemos a aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para implantação do CAPS I no município de Carmópolis de Minas/MG, no qual eu atuo na gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Posteriormente, no ano de 2019, iniciou-se o funcionamento do CAPS I, e todo esse processo, desde sempre, proporcionou-me uma experiência incrível e me impulsionou a seguir na ideia de continuar buscando tecnologias de cuidados a fim de aprimorar e melhorar o sistema atual de saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

Viver em sociedade, na atualidade, pressupõe seguir padrões de comportamentos impostos por um enredado sistema de regulação social. Segundo Bauman (2008), a lógica capitalista do consumo, domina quase todos os setores, desde a produção até a administração pública, passando, dessa forma, pelo processo de produção geral de conhecimentos e de cultura.

A instrumentalização técnica e a modernidade saturam a sociedade de consumo com imagens, distanciamento dos relacionamentos presenciais, busca da satisfação a todo custo, altas velocidades, experiências dolorosas e mercadorias descartáveis (BAUMAN, 2008). Assim, o transtorno mental manifesta-se como um problema que ocupa lugar privilegiado nesse contexto de desequilíbrio, estimulando os profissionais da saúde a estudar maneiras de intervir para atenuar esse problema.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) orienta que se leve em conta os fatores que contribuem para surgimento de um transtorno psíquico, destacando que a combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos atípicos estão entre as principais causas de adoecimento e fonte de preocupação para os serviços de saúde. Entretanto, para se atingirem resultados eficazes na assistência em saúde mental, a OMS recomenda um levantamento local dos recursos e serviços existentes, análise de indicadores epidemiológicos e, a partir da realidade encontrada, buscar estratégias que permitam avançar no aperfeiçoamento dos serviços e do cuidar.

Para melhor compreensão dos problemas de saúde mental e de suas particularidades, a Política Nacional de Atenção Básica define as diretrizes e ações a serem priorizadas em todas as esferas da gestão pública, reforçando o diagnóstico situacional como instrumento, de modo a subsidiar o planejamento estratégico e a programação das ações.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Em vista das demandas e especificidades de cada realidade, uma estratégia fundamental para o planejamento de ações de Saúde é executar avaliações a partir de um diagnóstico situacional (AMARANTE, 2001).

O diagnóstico situacional é a forma adotada para se organizarem as informações existentes e sistematizar as rotinas profissionais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A ideia

é conhecer melhor a situação de cada unidade, de maneira que os dados epidemiológicos possam ser utilizados em pesquisas e também em planejamento de ações em saúde. O planejamento participativo de assistência e acompanhamento dos usuários faz-se necessário para que as políticas públicas estejam sintonizadas com as necessidades da população.

Uma necessidade emergente diz respeito ao adoecimento mental. O relatório de 2017 da OMS aponta o Brasil como o país com maior predomínio de transtornos de ansiedade e depressivos nas Américas. O transtorno de ansiedade representa 9,3% da população brasileira, correspondendo a 18,6 milhões de pessoas, enquanto que o transtorno depressivo afeta 5,8% dos brasileiros (WHO, 2018).

A implementação de Políticas Públicas, voltadas à promoção dos direitos dessas pessoas e a efetiva reorientação do modelo de atenção aos transtornos mentais, é primordial, destacando-se que o Estado é corresponsável com a sociedade nesse processo (BRASIL, 2001).

Assim, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde - APS é a porta de entrada da população ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive para as pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental. Cabe ressaltar que a atenção em saúde mental na APS auxilia também os profissionais de saúde, pois permite que eles se aproximem dos usuários e de suas histórias de vida e estabeleçam vínculos, tornando-se estratégia para o cuidado da saúde mental, pois facilita o acesso dos profissionais ao usuário e vice-versa (BRASIL, 2013).

Desse modo, para que os planejamentos da assistência à saúde estejam sintonizados com as demandas da saúde mental, estes devem incluir programas educativos acerca do uso racional de medicamentos; prevenção de riscos e reintegração comunitária das pessoas acometidas, para que elas não sofram com exclusão e violência social.

Na perspectiva de Breda et al. (2005), adotada para este trabalho, os serviços de saúde são mais eficazes quando integram a rede social das comunidades em que se inserem e assumem a responsabilidade pela atenção à saúde, incorporando, na prática, o saber das pessoas que as constituem.

Dessa forma, espera-se que a atitude terapêutica não se baseie na tutela, mas no acolhimento, no cuidado e no compromisso com a família que passa a ser objeto de atenção, no próprio ambiente em que se vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

Na perspectiva do cuidado em liberdade, a partir de 1987, foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que fazem parte da rede de atenção em saúde mental,

e essa rede se caracteriza por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Garantir a participação dos trabalhadores, usuários e seus familiares nos processos de gestão do SUS é papel dos Conselhos e Conferências de Saúde Mental, propondo a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em se tratando de cuidado, os profissionais da enfermagem estão inseridos no processo de Reforma Psiquiátrica no qual a desinstitucionalização é o fim a ser alcançado, de modo que as tecnologias de cuidado ainda são pouco resolutivas, no que se trata de intervenções em problemas inseridos no campo psicossocial (SILVA, 2016). A sociedade continua na transição paradigmática, destacada pela reorganização dos serviços de saúde mental, em contextos nos quais saberes e novas práticas vão surgindo e/ou se consolidando.

Essa realidade continua batendo às portas da Atenção Primária de Saúde, sinalizando para os agravos frequentes e em números alarmantes que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta no cotidiano da saúde mental, entre os quais se destacam os transtornos psíquicos e, conseqüentemente, os suicídios. Nesse contexto, surge a necessidade de aprofundar os conhecimentos relacionados à saúde mental e adotar um modelo eficaz de tratamento, que proporcione atendimento adequado à comunidade.

Nessa perspectiva, em 2018, a crescente e significativa demanda de usuários em uso de antidepressivos, ansiolíticos e álcool e drogas ilícitas em UBS chamou a atenção da Secretaria Municipal de Saúde do município de Carmópolis/MG. De acordo com o diagnóstico situacional levantado pela secretaria, 78,3% da população faziam uso de psicofármacos, 25,8% apresentavam algum tipo de transtorno mental e mais de 6% relatavam a tentativa de suicídio.

O conhecimento de dados, levantados com o diagnóstico situacional das condições de saúde mental e do risco para o suicídio, acrescido à experiência da pesquisadora em vivenciar a realidade assistencial na APS local motivaram criar uma estratégia que contribuísse para que os profissionais enfrentassem ou superassem os problemas da falta de acompanhamento dos usuários do CAPS, após receberem alta para melhorar a reinserção e a inclusão social dessas pessoas.

Partindo da ideia de realizar outra abordagem terapêutica, na Estratégia de Saúde da Família, para potencializar o atendimento em saúde mental no município, encontrou-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que motivou a busca pelo aprimoramento dos conhecimentos que foram encontrados no professor Adalberto Barreto, em Fortaleza/CE, que

capacitou a pesquisa nesta abordagem para tornar-se multiplicadora no processo de capacitação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, profissionais que lidam cotidianamente com usuários em situações geradoras de transtornos psíquicos para a aplicação da TCI como uma técnica de intervenção na Atenção Primária do município. Identificou-se, nesta tecnologia, através da capacitação dos profissionais, uma forma de intervir com efetividade, restabelecendo a autoestima e minimizando o sofrimento psíquico dos usuários.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi criada pelo professor Adalberto de Paula Barreto e se trata de um programa de atenção primária na área de saúde mental para a promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, com o objetivo de valorizar as histórias de vida dos participantes, promover o resgate da identidade, a restauração da autoestima, utilizando a competência das pessoas e promovendo a construção de redes sociais (BARRETO, 2019).

Barreto (2019) também acrescenta que a Terapia Comunitária está sendo desenvolvida em 27 Estados do Brasil e que é possível sentir seus efeitos transformadores e identificar os impactos que ela vem trazendo para usuários, famílias e comunidades, no âmbito do SUS.

Compreendo que a capacitação de profissionais da saúde, para aplicar as rodas de TCI, pode trazer resultados positivos, uma vez que a TCI é capaz de gerar benefícios fundamentais para o empoderamento dos usuários, por meio da consequente retomada do protagonismo de suas vidas.

Dessa forma, para guiar a presente investigação, elaborou-se a seguinte pergunta: “Como capacitar os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e a Fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, para aplicar a TCI com os usuários das UBS?”

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos geral

O objetivo geral desta pesquisa é produzir material para capacitar os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e a fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família para a realização da Terapia Comunitária Integrativa no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Carmópolis de Minas/MG.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Apresentar a modalidade terapêutica de Terapia Comunitária Integrativa como forma de fortalecer o atendimento em saúde mental para usuários da APS de Carmópolis de Minas/MG;
- 2) Identificar e caracterizar os usuários com transtornos psíquicos, usuários de álcool e outras drogas e tentativa de suicídio que participaram das rodas de TCI, atendidos nas unidades da Atenção Primária à Saúde de Carmópolis de Minas/MG, com intuito de apresentar, para os participantes da capacitação, como realizar na prática;
- 3) Avaliar os resultados da capacitação para a intervenção por meio da TCI, realizada com os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família e da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

3. JUSTIFICATIVA

Como Secretária Municipal de Saúde do Município de Carmópolis de Minas e proponente do presente projeto de pesquisa, esta pesquisadora observou um crescente consumo de benzodiazepínicos, antidepressivos, ansiolíticos, entre outros medicamentos pela população atendida nas unidades de saúde locais, sendo estes prescritos pelos médicos, que recorrem ao hábito incorreto de “renovação contínua” das prescrições, sem um acompanhamento efetivo, por parte das equipes de saúde.

Ademais, o Município apresenta muitos casos de transtornos psíquicos e uso problemáticos de substâncias psicoativas, além de um índice elevado de tentativas de suicídio que necessitam de acompanhamento longitudinal e efetivo.

Para Starfield (2002) e Lavras (2011), a atenção em saúde não deve estar unicamente voltada para o tratamento, mas deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e vive o usuário. Nesse âmbito, a atenção primária à saúde assume papel importante no sistema de saúde, ao abordar os problemas relevantes em seu território, nas perspectivas de ofertar serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A pesquisa em proposição contribuirá para a efetividade da atenção à saúde, na perspectiva da integralidade aos usuários do SUS que vivenciam processos de adoecimento psíquico, álcool e outras drogas, com tentativas de suicídio e vivem no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Carmópolis de Minas/MG, dando o melhor direcionamento e visibilidade para atenção à saúde mental nos pontos de cuidado de atenção psicossocial disponíveis no município, e contribuindo com nova abordagem terapêutica, em busca de melhorar as tecnologias de cuidado.

Uma atenção à saúde qualificada e efetiva aumenta a qualidade de vida dos usuários, além de reduzir o número de internações psiquiátricas e compulsórias (de usuários de substâncias psicoativas), de prevenir as crises psíquicas dos usuários que vivenciam transtornos mentais e de reduzir os índices de tentativas de suicídio e suicídio.

Segundo Barreto (2019), a Terapia comunitária promove pensamentos positivos sobre a pessoa e sobre sua forma de se relacionar com o mundo, renovando sua capacidade de reação e mobilização das energias vitais. É, nessa perspectiva, que se propõe a presente pesquisa, como uma estratégia de intervenção para que se possa capacitar os enfermeiros das UBS e a fisioterapeuta do NASF a aplicarem a Terapia Comunitária Integrativa com usuários que estão em situação de sofrimento psíquico e, assim, viabilizar o CAPS I, além de promover nova tecnologia de cuidado na saúde mental.

Dessa maneira, o estudo repercutirá na efetividade da prevenção de suicídio; uso indiscriminado e desnecessário de psicofármacos; na atenção à saúde dos usuários com uso problemático e dependência às substâncias psicoativas; e na promoção à saúde e prevenção do uso de risco de álcool que impactam negativamente nos custos para a gestão pública do município.

A contribuição maior deste estudo será a intervenção para promoção à saúde mental, nas unidades da Atenção Primária de Saúde, por meio de rodas, na perspectiva da Terapia Comunitária Integrativa que se tornará uma importante política pública de saúde mental no município e a ser replicada em outros, no estado de Minas Gerais e no Brasil.

Em complementação, o presente estudo tem relevância pelo seu caráter científico, considerando-se que ele será desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisas em Práticas e Políticas de Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos (GPSMDH - CNPq), da Escola de Enfermagem da UFMG e, portanto, os resultados do estudo serão divulgados em eventos e artigos científicos, preenchendo lacunas do conhecimento na área.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O Diagnóstico situacional de saúde mental no âmbito da APS

O conceito de situação, nas palavras de Sá e Pepe (2000), considera a articulação de conhecimentos resultantes de experiências e percepções dos atores no momento da ação. É o estar em uma situação, conhecer-se e explicar uma realidade de dentro da própria situação, ou a partir dela.

A situação é o que dá significado à ação de um ator, o significado não existe fora da situação. Não podemos compreender a ação do outro se não nos colocarmos em sua situação, e entendermos como ele explica a realidade (SÁ; PEPE, 2000).

A autora enfatiza que, em cada espaço ou território, são distintos o descrever e o explicar o problema, os atores participantes e as possibilidades de enfrentamento. Os problemas são tão específicos que, para serem bem compreendidos, “é preciso trazê-los para seu espaço particular, ou específico, de análise, onde poderão ser aprofundados” (SÁ; PEPE, 2000, p. 209).

O Diagnóstico de Situações, conforme ensina Dagnino (2014), é a metodologia que propicia maior eficácia ao planejamento estratégico. É parecido com o estudo de caso, amplamente utilizado na área acadêmica de saúde, mas transcende esse método e se diferencia dele por buscar uma ideia mais apurada de análise de situações incluindo os diversos atores.

O conceito de ator social, proposto por Matus (1996), é amplo. Pode ser uma pessoa, grupo ou organização que participa de algum “jogo social”, de um projeto, do controle de algum recurso relevante ou de forças e tem capacidade de produzir fatos viabilizadores de uma proposta.

O ambiente em que se desenvolve o presente estudo, por exemplo, é sempre marcado por incertezas e surpresas e o insucesso, uma possibilidade real, e devem ser incorporados no cálculo estratégico.

Na concepção de Matus (1996), o ator social, capaz de produzir fatos no jogo, também pode fazer pressão para alcançar seus objetivos, podendo acumular força, gerar e mudar estratégias para a consecução de seu projeto.

Segundo Dagnino (2014), o agir social pode ser caracterizado como um jogo de natureza cooperativa ou conflitiva que ocorre em determinados momentos. Matus (1996), por sua vez, concebe momento como repetição de uma instância, ocasião, circunstância ou conjuntura, permeada por um processo encadeado e contínuo, sem princípio e fim. Este conceito não é meramente cronológico, pois:

Num jogo social, diferentes jogadores têm perspectivas que podem ser comuns ou divergentes e controlam recursos que estão distribuídos entre os jogadores segundo suas histórias de acumulação de forças em jogos anteriores. Um conjunto de jogos sociais conforma um contexto que pode ser entendido como um sistema social. Mas, diferentemente de jogos esportivos, por exemplo, no jogo social (...) as regras do jogo podem alterar-se em função de jogadas e de acumulações dos jogadores (DAGNINO, 2014).

Adotando-se como referenciais o tempo, o significado e a natureza do resultado para determinado ator, surgem três tipos de problemas, assim identificados:

- i. Ameaça – perigo potencial de se perder algo conquistado ou de se agravar uma situação;
- ii. Oportunidade – uma possibilidade do jogo social, na qual o ator pode agir para aproveitá-la com eficácia ou desperdiçá-la;
- iii. Obstáculo – deficiência passível de ser superada por meio de adequada observação e qualificação do jogo em andamento (DAGNINO, 2014).

O diagnóstico situacional, portanto, supõe listar os problemas declarados pelos diversos atores sociais relevantes; avaliar os problemas na perspectiva desses atores; situar os problemas no tempo e no espaço; verificar se existe complementaridade ou contradição entre os problemas declarados; identificar fatos que evidenciam existência de outros problemas; levantar as causas e consequências e selecionar as causas críticas que podem ser objeto de intervenção (DAGNINO, 2014).

Dessa forma, o diagnóstico situacional torna-se relevante para o entendimento das demandas de cuidados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), auxiliando na formulação de novas estratégias, ajudando nas decisões que devem ser tomadas em equipe, bem como promove uma ligação maior entre os usuários e os profissionais de saúde (MENDONÇA et al., 2021).

4.2. A atenção à saúde mental em pontos de cuidado da rede de atenção psicossocial

A situação geral da saúde mental, no Brasil, mudou nas últimas décadas e vem presenciando o assentamento do sistema assistencial em outras bases que não apenas hospitais psiquiátricos, mas em uma rede complexa de serviços extra-hospitalares com um modelo de atenção à saúde mental mais sintonizado com a situação comunitária e familiar.

Como observam Bandeira e Barroso (2005), nessa nova abordagem da saúde mental, o usuário, sua família e os profissionais de saúde passam a ser “os principais provedores de cuidados”, exigindo-se a articulação de diversos serviços em diversos níveis de assistência.

Essa transição ainda não é um processo acabado e seu desenvolvimento ainda é bastante lento apesar da urgência sugerida pelo cenário. O cuidado em saúde mental não pode restringir-se a apenas atender à demanda de internação hospitalar, minimização de riscos e controle de sintomas, podendo o cuidado estender-se para outras condições e situações clínicas.

Entretanto, inúmeras dificuldades vivenciadas pelos usuários, familiares e profissionais, atrasam a efetividade da atenção, seja por “escassez de recursos, inadequação da assistência profissional”, seja pela “estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes etc.” (FUREGATO, 2009).

Para Cardoso e Galera (2011), o cuidado almejado pode ser alcançado se os sujeitos envolvidos no processo (pacientes, familiares, profissionais, sociedade) forem capacitados a compreenderem melhor a doença, a quebrarem as barreiras ao cuidado digno. A qualificação da assistência à saúde mental pressupõe que se procure restaurar o potencial destes pacientes para “vida autônoma em sociedade”.

Evidenciou-se que os transtornos ou distúrbios mentais representam um problema de saúde global, com elevada diversidade de informações epidemiológicas dos transtornos mentais que variam de transtornos depressivos, de ansiedade e somatoformes (os comuns), à esquizofrenia e psicoses não afetivas, transtorno bipolar, depressão maior e transtorno do pânico (mais graves e incapacitantes) e outros transtornos relacionados à dependência de substâncias psicoativas (MARI; JORGE, 1997; HYMAN, 2006).

Estudos específicos de saúde mental, citados por Ribeiro e Inglês-Dias (2011), sugerem que as projeções calculadas não traduzem a realidade das demandas de acesso às unidades, pois “muitos profissionais não estão aptos para reconhecer sintomas específicos e efetuarem o encaminhamento adequado”.

Considerando que Atenção Primária à Saúde seja a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal meio para captação desse usuário, a prioridade nas unidades de saúde deve ser o atendimento humanizado, o ambiente acolhedor de escuta, a compreensão empática para as queixas e angústias, que, muitas vezes, encobrem um quadro de ansiedade ou depressão ou transtornos psíquicos como o bipolar, a esquizofrenia e o uso compulsivo de psicotrópicos (MELLO; MELO; KOHN, 2007).

No início do século XXI, a estimativa era de que, em vinte casos de transtorno mental, um apenas era diagnosticado corretamente, situação que ainda perdura, conforme elevado consumo de psicofármacos, observados na população em geral (ANDRADE, ANDRADE, SANTOS, 2004; BRASIL, 2010).

Em seu estudo sobre a saúde mental da população cadastrada em posto da Estratégia de Saúde da Família, no município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, Costa (2014) identificou que 9,8% da população possuem algum transtorno mental. Informa que, mesmo com atendimento médico clínico e psiquiátrico (especializado), “o grande número de pacientes portadores de transtornos mentais sobrecarrega a unidade e o setor de saúde mental não consegue atender toda a demanda do município” (COSTA, 2014, p. 32).

Diante do exposto a população de pacientes portadores de transtornos mentais aumenta a cada dia tendo como foco causas de difíceis soluções como uso abusivo de álcool e outras drogas; desestrutura familiar. Devemos buscar parcerias e sensibilização dos agentes responsáveis: gestores, família, profissionais de saúde e os próprios doentes mentais (COSTA, 2014, p. 32)

A referida autora demonstra que “o fazer saúde mental” deve incluir tanto os profissionais das equipes de saúde da família quanto para a equipe de saúde mental, propiciando e aumentando a interação entre os dois setores e, destes, dois com a família e comunidade, pois acredita-se que, no seio familiar, é que acontecem as dinâmicas e a maioria dos conflitos cotidianos.

Outro estudo que sugere a mudança de paradigma da saúde mental ocorreu em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (município de Serafina Corrêa) que apresentava crescente demanda no atendimento em saúde mental.

Relatam Angheben et al. (2014), nesse estudo observacional, que, para tentar resolver a situação, o Sistema Municipal implantou programa de saúde mental, através da rede ambulatorial de atendimento, com profissionais habilitados em Psiquiatria e Psicologia para atendimento e acompanhamento dos pacientes. Essa rede atendia também às solicitações do Ministério Público, Assistência Social, rede municipal de ensino e Conselho Tutelar para avaliações e acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos, entre outros.

Destaca-se que as solicitações oriundas desses órgãos, geralmente culminam em necessidade de acompanhamento a todos os integrantes da família, devido ao grau de vulnerabilidade que esta família apresenta ou ainda ao número de usuários de álcool e drogas, principalmente o crack (ANGHEBEN et al., 2014, p.2).

Ao final dos trabalhos, os autores destacam que, mesmo com as ações desenvolvidas na área de saúde mental, sejam ambulatoriais ou hospitalares, não visualizavam, naquele momento, “a reestruturação familiar e a reinserção dos indivíduos envolvidos no meio social e ainda, cuidar da reincidência dos casos” (ANGHEBEN et al., 2014, p. 516).

Em 2011, por meio da Portaria n. 130, de 26/01/2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial tendo como componentes: pontos de cuidado da Atenção Primária; serviços especializados, os CAPS; serviços de urgência e emergência; serviços residenciais transitórios; hospitais especializados e hospitais gerais; de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015).

Nesta perspectiva, Angheben et al. (2014) acreditam na possibilidade de se desenvolver e promover assistência qualificada aos portadores de transtornos mentais, especialmente aos usuários de álcool e drogas, em um local que permita a inclusão de todos, atendendo e orientando à reinserção social dos usuários e também o cuidado à família.

Os caminhos para a construção da Rede de Atenção em Saúde mental têm o suporte da Reforma Psiquiátrica, que trouxe olhar diferenciado às singularidades dos usuários com transtornos psíquicos, valorizando as inúmeras possibilidades de integração usuário/família/comunidade.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (Relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

Inúmeras iniciativas de debates e reflexões sobre alternativas de abordagem dos problemas de saúde sob o conceito de redução de danos estão chegando a uma sensível redução do atendimento ambulatorial, em troca de uma nova relação social dos usuários e da sociedade. A instauração dos CAPS pelo Ministério da Saúde brasileiro, como recurso de atenção que visa à inserção das pessoas em seu território, fortalece esse elevado ideal de assistência.

Angheben et al. (2014, p. 516), porém, à conclusão do mencionado estudo, não deixam de ressaltar que entender o CAPS apenas como simples recursos terapêuticos de oposição ao modelo centrado no cuidado ambulatorial ou no hospital psiquiátrico, operando em apenas em uma e outra lógica, “precisa ser questionado”:

[...] não podem se tornar grandes ambulatórios aonde às pessoas cheguem pedindo uma solução para seu sofrimento psíquico e sejam tão prontamente atendidas com a prescrição de medicamentos (ANGHEBEN et al., 2014, p. 16).

A prevenção e a participação comunitária são os novos paradigmas em saúde mental e reivindicam um modelo de clínica ampliada que possibilite entender os vários determinantes culturais, sociais, econômicos, subjetivos etc., fontes de sofrimento psíquico, adoecimento e cura. A necessidade de atender a crescente e variada demanda do aumento de patologias

clássicas e aparição de novas condições, vinculadas à crescente deterioração do tecido social e às importantes mudanças culturais originadas da política econômica justificam a nova abordagem (NEVES et al., 2012).

Experiências relatadas por Neves et al. (2012) mostraram que a parceria CAPS-ESF pode reduzir o alto índice de procura das UBS, por exemplo, por dependência dos benzodiazepínicos e promover ações de saúde educativas, preventivas, socialmente contextualizadas e mais eficazes. Para Abdalla et al. (2006), o fato de ter, como finalidade, a atenção ao usuário e a seus contextos familiar e comunitário, as ações de saúde mental são pertinentes à ESF

Fica evidente a importância da ESF na construção de um cuidado integral ao usuário portador de sofrimento psíquico, e que a ESF tanto tem a possibilidade de produzir um cuidado contextualizado no território de vida dos usuários como pode se tornar a porta de entrada de um itinerário de segregação (NEVES et al., 2012, p.361).

Há muitos desafios a serem superados antes que se cumpram integralmente as políticas de saúde mental, sendo necessário consolidar e ampliar a rede de APS, no âmbito comunitário e territorial. Necessita-se também de que o entendimento dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde ou ESF tenha aderido à ideia de saúde, considerando-se que conceitos definem práticas (MOLINER, LOPES, 2013).

Nesse processo, o conceito de território tem grande importância por se aplicar à nova abordagem da saúde mental. Não é apenas uma área geográfica, embora essa geografia ajude a caracterizá-lo.

[...] é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (BRASIL, 2004, p. 11).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram instituídos para assumir a articulação e o desenvolvimento dessas redes, em determinado território, cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços; e devem trabalhar em conjunto com equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários, articulando recursos existentes em outras redes sociais, jurídicas, escolares, empresariais, trabalhistas, etc., conforme o manual do CAPS (BRASIL, 2004).

Diante dessa mudança de paradigma, são necessárias a identificação e a análise da realidade local e de suas necessidades, para subsidiar a elaboração de propostas de organização

ou reorganização da atenção à saúde, incluindo a tomada de decisões, a definição de políticas e o planejamento estratégico (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, é o diagnóstico situacional que se presta melhor à análise da realidade, em determinado território, evidenciando aspectos relevantes para o agir dos atores envolvidos, usuários e comunidade/família.

Dessa forma, torna-se, cada vez mais, importante instrumentar as unidades de saúde por meio da capacitação de profissionais da saúde na Atenção Primária à Saúde para que possam prestar um serviço de qualidade aos usuários, em saúde mental.

4.3. Capacitação de profissionais da saúde para intervenções em saúde mental: Terapia Comunitária Integrativa

Andrade e Perdão (2005) acreditam que o papel atual do enfermeiro é o de agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da enfermagem psiquiátrica não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas sim o compromisso com a qualidade de vida do usuário em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, o enfermeiro está cada vez mais consciente do seu novo papel, e tem condições de explorar diversas modalidades terapêuticas para desempenhar suas atividades profissionais, colocando em prática alternativas que tornem o tratamento para o usuário menos sacrificante e mais prazeroso (ANDRADE, PERDÃO, 2005).

Dentre as modalidades de terapia não tradicionais existentes, utilizadas na assistência à saúde mental, Andrade e Perdão (2005) buscaram, na literatura, as terapias que mais aparecem, e as classificaram em quatro modalidades, sendo elas: música, atividade motora, acompanhamento terapêutico e ioga.

Outra modalidade de intervenção, relatada pela literatura, são as rodas de TCI através da metodologia da Terapia Comunitária Integrativa. A história da TCI é também a história do seu criador, o antropólogo e psiquiatra Dr. Adalberto de Paula Barreto. Nascido em Canindé (CE), cidade de romarias no sertão nordestino, Barreto se viu na necessidade de não abandonar suas raízes e crenças ao ingressar na faculdade de medicina, pois acreditava ser esta excludente por rejeitar os outros sistemas explicativos (BARRETO, 2019).

Nesta perspectiva, Barreto encontrou-se em uma crise que provocou inquietações que o levaram a se propor um desafio e uma ambição, o de fazer coabitar dentro de si esses dois universos contraditórios, porém, a seu ver, complementares. Isso o fez buscar novos conhecimentos além da medicina, então, estudou filosofia, teologia, psiquiatria, antropologia e

psicanálise, e esses anos de estudo trouxeram a ele diversos elementos que proporcionaram maior clareza sobre seu dilema inicial (BARRETO, 2019).

Barreto decidiu se tornar professor da Faculdade de Medicina, com o intuito de contribuir com todas as suas reflexões e descobertas para com os futuros médicos, e fazê-los refletir sobre as riquezas de uma cultura não acadêmica e os perigos de uma Medicina excludente. Em 1983, criou a disciplina Antropologia da Saúde, que era ministrada na favela, o que permitiu que os universitários se aproximassem dos diversos aspectos culturais da doença e do processo de cura. Munidos dessa vontade de ir em direção aos “excluídos” e “perdidos”, desenvolveu junto aos universitários um projeto na favela de Pirambu, em Fortaleza (CE), chamado: o Projeto Quatro Varas (BARRETO, 2019).

Ao realizar esse trabalho na favela, Barreto deparou-se com a necessidade de ajudar as pessoas que estavam em busca de suas identidades ameaçadas e perdidas. E foi, a partir daí, que eclodiu o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária, e, conseqüentemente, a Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (BARRETO, 2019).

Atualmente, cumpre dizer, que o Ministério da Saúde passou a integrar a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), através da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, a qual inclui também outras práticas, e afirma que “a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde” (BRASIL, 2017).

De acordo com Barreto (2019), a Terapia Comunitária, em sua dimensão teórica, tem sua identidade fundamentada em cinco grandes eixos teóricos, a saber: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência. Cada um desses eixos teóricos, fundamentam ao terapeuta comunitário o conhecimento necessário para ser utilizado na aplicação da intervenção.

Isto posto, seguem algumas considerações sobre esses eixos teóricos, de acordo com Barreto (2019):

1. O Pensamento Sistêmico: compreensão de que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebermos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações que interconectam as pessoas em um todo que envolve o biológico, o psicológico e a sociedade. Precisamos estar conscientes de que somos um todo, em que cada parte influencia e interfere na outra. E, dessa forma, compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, e vivenciar nossa corresponsabilização nesse contexto.

2. A Teoria da Comunicação: a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. E torna possível a compreensão de que toda forma de comportamento, ato, verbal ou não, individual ou grupal tem valor de comunicação. É importante demonstrar clareza e sinceridade ao praticar a comunicação, pois isto torna-se um potente instrumento de crescimento e transformação individual e coletiva.
3. A Antropologia Cultural: destaca a importância da cultura como referência fundamental na construção da identidade pessoal e grupal, interferindo diretamente na definição do quem sou eu, quem somos nós. “Quando reconhecemos que, mesmo num único país, convivem várias culturas e aprendemos a respeitá-las, descobrimos que a diversidade cultural é boa para todos e verdadeira fonte de riqueza de um povo e de uma nação” (BARRETO, 2019, p. 29).
4. A Pedagogia de Paulo Freire: ensinar vai além do que uma simples transferência de conhecimento entre um educador (a) experiente e um educando (a) inexperiente. Ensinar é o exercício do diálogo, da troca, e da reciprocidade. Outro ponto a se destacar na teoria de Paulo Freire é a associação entre teoria e realidade que demonstra que, no ato de aprender, é necessário abrir um espaço destinado aos problemas vivenciados pelos educandos nos seus diferentes contextos, uma vez que a história de vida também é fonte de saber e estimulam os professores e alunos se assumirem como sujeitos sócio-histórico-culturais. O método Paulo Freire é um chamado coletivo para que todos possam criar e recriar, fazer e refazer através da ação e reflexão. Nesse contexto, o perfil indicado para o terapeuta comunitário assemelha-se ao papel do educador, muito bem definido na pedagogia de Paulo Freire.
5. A Resiliência: uma imprescindível fonte do conhecimento, origina-se da própria história pessoal e familiar de cada participante. Dessa forma, as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada indivíduo, uma vez expostas ao grupo, subsidiam a criação gradual de consciência social, para que as pessoas descubram a origem da miséria e do sofrimento humano. Esse enfrentamento das dificuldades culmina em saberes que permitem que os oprimidos sobrevivam através dos tempos.

De acordo com Barreto (2019), a TCI tem os seguintes objetivos: 1) reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo para que ele possa se tornar dono de suas ações e menos dependente; 2) reforçar a autoestima; 3) redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo para que ele possa evoluir e se desenvolver; 4) valorizar o papel da família e de sua rede de relações; 5) suscitar, em cada um, o sentimento de união e reconhecimento de seus valores culturais; 6)

favorecer o desenvolvimento comunitário para prevenir e tratar situações de desintegração na comunidade, através do restabelecimento e fortalecimento de laços sociais; 7) promover e valorizar o saber fazer das práticas culturais tradicionais; 8) tornar possível a comunicação entre a diversidade do saber popular e saber científico; 9) estimular a participação como requisito indispensável para promover dinamismo nas relações sociais e estimular o grupo a se tornar responsável pela sua própria transformação.

A metodologia da TCI desenvolve-se em uma sequência de passos que são seguidos ao longo do desenrolar das rodas. Os passos em questão são os seguintes: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento. A seguir, há uma descrição de cada uma das etapas, de acordo com Barreto (2019).

Primeiro passo: acolhimento. O terapeuta deve promover a ambientação do grupo para que haja um momento de entrega, onde os participantes se sintam à vontade. O formato de círculo favorece as trocas de olhares.

A terapia deve ser iniciada com uma música de conhecimento da comunidade para proporcionar um clima de amor, promover a integração dos participantes, o acolhimento e oferecer-lhes as boas-vindas. Em seguida, pergunta-se ao grupo quem está aniversariando naquele mês e cantam-se os parabéns. Esse simples passo promove a alegria e valoriza a vida da pessoa.

Em seguida, para garantir o bom funcionamento da roda, algumas regras são informadas, a saber: 1) fazer silêncio enquanto o outro fala; 2) falar da própria experiência, ou seja, usar o verbo na primeira pessoa do singular, para compartilhar as próprias vivências; 3) não aconselhar, dar sermões ou fazer julgamentos, e sim compartilhar as próprias vivências e aprender com as experiências compartilhadas pelo grupo; 4) entre uma fala e outra, qualquer participante tem o direito de interromper para sugerir uma música, um provérbio, ou até mesmo contar uma piada que esteja no contexto; 5) deve ser enfatizado que a história de cada pessoa deverá ser respeitada, uma vez que a TCI é um espaço de escuta e de compreensão do sofrimento alheio.

Segundo passo: escolha do tema. Neste passo, o terapeuta incentiva e encoraja o grupo a falar e explica que as pessoas devem expressar suas angústias do dia a dia e não trazer seus segredos. As pessoas vão apresentando seus problemas, e, ao final, o terapeuta propõe uma votação ao grupo para que elas elejam o tema mais relevante para aquele momento.

Terceiro passo: contextualização. Aqui, o terapeuta pede mais informações para a pessoa que teve o tema escolhido, para que o grupo possa compreender melhor do que se trata o problema. Depois, o terapeuta faz algumas perguntas e permite que os demais participantes da

roda também o façam para facilitar o entendimento do problema no seu contexto global, e ajudar a pessoa a organizar suas ideias e emoções.

É importante que o terapeuta lance perguntas estratégicas que façam as pessoas, refletirem, pensarem, e colocarem dúvidas nas suas certezas, pois toda convicção é uma prisão. O terapeuta comunitário deve estar preparado para não permitir que seu discurso seja uma condenação moral.

Quarto passo: problematização. Nesse momento, a pessoa que trouxe seu problema fica em silêncio e o terapeuta dirige-se ao grupo e apresenta um MOTE, que é uma pergunta-chave, que vai permitir a reflexão do grupo no decorrer da roda, por exemplo: “Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para resolvê-la? Ou conviveu melhor com ela?”. Após as pessoas partilharem suas experiências, o terapeuta, ao perceber que a problematização atingiu seu objetivo, passa para seguinte etapa: o encerramento.

Quinto passo: encerramento. A finalização da roda concretiza-se com rituais de agregação e conotação positiva. É o momento de reconhecer, valorizar e agradecer o esforço, a determinação e a coragem de todos que estiverem presentes tentando superar as dificuldades da vida. A conotação positiva permite que os indivíduos repensem seu sofrimento de forma mais ampla para dar um sentido mais fundo à crise, para melhor identificar os recursos pessoais e reforçar sua autoestima.

O encerramento é um momento especial que possibilita as pessoas a se conectarem a seu lado espiritual através de seus valores, suas crenças e seus cânticos religiosos.

É importante que as pessoas regressem a seus lares com o sentimento de fazerem parte integrante de uma comunidade. A TCI deve provocar, nos indivíduos, sentimentos capazes de lhes demonstrar o valor de estarem juntos. Nesse contexto, os rituais de agregação devem ser utilizados para sugerir técnicas através de cânticos, correntes, entre outras atividades que suscitem e reforcem a dimensão coletiva.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de abordagem

Trata-se de um estudo de intervenção, exploratório, transversal, interpretativo, de abordagem qualitativa.

De acordo com Rocha e Aguiar (2003), na pesquisa-intervenção, a mudança é o resultado da produção da relação entre a teoria e a prática, assim como o sujeito e o objeto, ou seja, ela não busca uma mudança imediatista daquilo que foi instituído: “A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 66).

Os estudos transversais descrevem uma situação ou um fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Esse modelo apresenta-se como um corte instantâneo que se faz em uma população por meio de uma amostragem (HOCHMAN et al., 2005).

Segundo Minayo (2014), o método qualitativo de pesquisa é aquele que se aplica ao estudo da história das relações, das crenças, das atuações, das percepções e das opiniões, acerca dos significados construídos pelos indivíduos e suas atitudes em relação a seu modo de viver, de sentir-se e agir. As abordagens qualitativas adequam-se aos estudos de grupos e delimitados que abordam histórias sociais e que ocupam o nível subjetivo e relacional dos atores. “Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (MINAYO, 2014, p. 57).

A pesquisa, quanto aos fins, é um estudo descritivo-exploratório, de acordo com Gil (2002), as pesquisas descritivas têm, como objetivo principal, a descrição das características de determinada população e uma de suas principais características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, por exemplo, o questionário e a observação sistemática. Gil (2002) afirma também que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aperfeiçoamento de ideias e que seu planejamento é bastante flexível, permitindo a consideração de diversos aspectos relativos ao estudo.

Para o trabalho de campo, será utilizada a observação participante. Segundo Queiroz et al. (2007), a observação passa a ser considerada uma técnica científica após passar por sistematização, planejamento e controle da objetividade. O pesquisador deixa de enxergar os fenômenos de forma simplista e começa a observar com um olhar sensível e treinado, em busca de fatos específicos e com a possibilidade de se obter a informação de forma ampla. Queiroz et

al. (2007) complementam que, na observação participante, é importante estar atento ao aspecto ético e ao perfil íntimo das relações sociais em conjunto com as tradições e costumes, as ideias, os ensejos e as sensações do grupo, no tocante à percepção da vida em sua totalidade, por meio de suas categorias de pensamento.

Antes da intervenção, foi realizado o diagnóstico situacional de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Carmópolis de Minas/MG, para conhecer as condições de adoecimento psíquico e, com isso, possibilitar a realização de ações educativas e preventivas com os usuários, pois intencionava-se realizar a TCI com uma amostra aleatória de usuários, cadastrados nas unidades de saúde, com transtornos mentais e em uso de álcool; no entanto, com a pandemia da Covid-19, foi necessária a adequação dos objetivos da pesquisa ao contexto por ela imposto. A aplicação do diagnóstico situacional permitiu melhor análise da realidade e evidenciou os aspectos relevantes para a práxis dos envolvidos.

5.2. Local do estudo

A pesquisa de intervenção foi realizada no município de Carmópolis de Minas/MG, localizado na região Oeste de Minas, com uma população estimada em 19,5 mil habitantes e possui uma área territorial de 400,010 km² (IBGE, 2020). A Figura 1 mostra a localização da cidade de Carmópolis de Minas em Minas Gerais.

Figura 1- Localização da cidade de Carmópolis de Minas



Fonte: Site da Prefeitura de Carmópolis de Minas (2021)

O município foi criado em 27 de dezembro de 1948, incluindo, além da sede urbana, o distrito de Bom Jardim das Pedras e os povoados de Gerais, Japão Grande, Olhos D'Água, Pará

e São José de Carmópolis. Está a uma distância de 107 km da capital mineira e tem acesso às rodovias MG 270 e BR 381. Faz limites com os municípios de Carmo da Mata; Cláudio; Itaguara; Oliveira; Passa Tempo e Piracema.

No âmbito do SUS, as ações e serviços de saúde são prestados, na Atenção Primária a Saúde, por seis equipes de Saúde da Família; conta também com uma equipe de NASF tipo I, composta por um fisioterapeuta; um educador físico; duas nutricionistas; uma psicóloga; uma fonoaudióloga e um farmacêutico, que têm a função de dar suporte às equipes de Saúde da Família, por meio de atividades coletivas, apoio matricial e acompanhamento nas discussões de casos.

Na atenção secundária e terciária, a assistência conta com a “Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Carmo”; pelo Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança e pelo Centro de Especialidades (fisioterapia e laboratório municipal).

Durante a pesquisa, foram inaugurados o CAPS modalidade I Dona Dinica, Clínica Psicoterapêutica da Criança e do Adolescente Dona Dinica e a Clínica Abraço para atendimento exclusivo da Covid-19.

No diagnóstico situacional de saúde mental, realizado no município de Carmópolis de Minas/MG, de 2018 a 2020, constatou-se a necessidade de aprofundamento e estudos em relação à saúde mental, visto que 25,8% da população apresentavam algum transtorno desta natureza.

A intervenção para promoção à saúde mental será realizada nas seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Carmópolis de Minas, sendo que o total é de sete UBS, porém, uma destas é um ponto de apoio de outra da zona rural, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1 - Unidades Básicas de Saúde em Carmópolis de Minas

| Unidades Básicas de Saúde (UBS) | Localização (Urbana x Rural) |
|--|-------------------------------------|
| Antônio Azevedo Leite | Zona Rural – ponto de apoio |
| Argeu Maurício Vaz de Oliveira | Zona Rural |
| Franklin Lopes do Amaral | Zona Urbana |
| Franklin Lopes do Amaral | Zona Urbana – equipe tipo 2 |
| José Fausto Rabelo | Zona Urbana |
| Maria José Faleiro | Zona Rural |
| Zezé Enfermeiro | Zona Urbana |

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

5.3. Participantes do estudo

Foram participantes da pesquisa seis enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e uma Fisioterapeuta do NASF, que atuou como apoio na Atenção Primária à Saúde do Município de Carmópolis de Minas/MG; bem como, 10 usuários com transtornos psíquicos, usuários de álcool e outras drogas e com história de tentativa de suicídio, todos atendidos nas unidades da Atenção Primária à Saúde de Carmópolis de Minas/ MG, para compor as rodas de TCI. Tais usuários foram escolhidos aleatoriamente e pertenciam à listagem do diagnóstico situacional de saúde mental e uso de álcool e outras drogas.

5.3.1. Critérios de inclusão dos participantes do estudo

Os critérios para seleção dos profissionais da saúde para a capacitação foram: enfermeiros que atuavam nas unidades de Atenção Primária à Saúde e uma fisioterapeuta que trabalhava no Núcleo Ampliado de Saúde da Família; possuir vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde de Carmópolis de Minas; estarem lotados junto às Unidades de Saúde da Atenção Primária do município por um período mínimo de três meses, visto que, dessa forma, tenham passado pelo período de experiência.

5.3.2. Usuários participantes das rodas de TCI

No primeiro momento, foram eleitos, intencionalmente, os usuários com demandas de saúde mental, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde do município, identificados no diagnóstico situacional, citado anteriormente. Após a primeira sessão de TCI, o convite aos usuários, para a participação das sessões seguintes, ocorreu nas próprias rodas de TCI, que foram realizadas em dois locais estratégicos, sendo um localizado na Zona Rural e outro na Zona Urbana, em função da pandemia da Covid-19, o que possibilitou que as orientações da Vigilância Sanitária fossem seguidas rigorosamente.

No Quadro 2, tem-se um consolidado acerca da participação dos usuários nas rodas de TCI:

Quadro 2 - Consolidado das Rodas de TCI por Unidade

| Unidade Básica de Saúde | Rodas de TCI realizadas | Usuários participantes | Observações |
|--|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Argeu Maurício Vaz de Oliveira (Zona Rural) | 07/01/2021 | 10 | |
| | 20/01/2021 | 10 | |
| | 03/02/2021 | 14 | |
| | 10/03/2021 | 12 | |
| | 24/03/2021 | - | Rodas de TCI interrompidas devido à “Onda Roxa” da Covid-19, conforme decreto Municipal. |
| | 04/05/2021 | 12 | Retorno |
| | 18/05/2021 | 10 | |
| Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança - Carlos Vicente Lara | 12/01/2021 | 14 | |
| | 26/01/2021 | 11 | |
| | 09/02/2021 | 10 | |
| | 23/02/2021 | 09 | |
| | 09/03/2021 | 09 | |
| | 23/03/2021 | - | Rodas de TCI interrompidas devido à “Onda Roxa” da Covid-19, conforme decreto Municipal. |
| | 04/05/2021 | 10 | Retorno |
| 19/05/2021 | 12 | | |

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

5.1.1 Critérios de inclusão e exclusão dos usuários participantes das rodas

Para tanto, consideram-se, como critérios de inclusão, os usuários que participaram do diagnóstico situacional: 1) usuários cadastrados nas Unidades de Estratégia Saúde da Família com idades superiores há 18 anos; 2) usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família com uso de psicofármacos; 3) uso de álcool e outras drogas; 4) tentativa de suicídio.

5.4. Técnica de coleta de dados

Realizou-se a capacitação em cinco etapas: aulas expositivas e dialogadas; videoaulas acerca da TCI; estudo piloto das rodas de TCI; rodas seguindo os passos da TCI e devolutivas para avaliação da capacitação.

A coleta de dados ocorreu por meio de capacitação e realização das rodas de TCI, iniciou-se após ter sido acordado com a gestão das unidades o melhor dia e horário para participação dos enfermeiros e da fisioterapeuta. Assim, esse procedimento aconteceu no período de outubro de 2019 a junho de 2021.

O período de coleta de dados estendeu-se em decorrência da pandemia da Covid-19, tendo seu cronograma alterado em vários momentos, em resposta ao agravamento desta.

Cumprе destacar que, segundo informe epidemiológico da Assessoria de Comunicação (ASCOM), no site da prefeitura de Carmópolis de Minas (2021), os dados epidemiológicos do município de Carmópolis de Minas/MG, atualizados em 09 de junho de 2021, mostraram que havia 11.071 casos investigados, e desses, 300 estavam em monitoramento. Os dados apontaram também que já haviam sido realizados 6.360 testes e que foram confirmados 1.867 casos até aquele momento.

Os procedimentos para a coleta de dados são descritos a seguir:

1) a obtenção de dados sociodemográficos e de formação profissional. 2) abordagem teórica, por meio de aulas expositivas; gravação de áudios e a transcrição destes acerca das rodas de TCI. 3) rodas de TCI, na perspectiva da terapia comunitária integrativa; 4) registros em diário de pesquisa, oriundas das observações participantes realizadas no trabalho de campo.

A terapia comunitária integrativa (TCI) apresenta alguns passos para a sua aplicação, tais como: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento. Esses passos orientam o terapeuta condutor no direcionamento durante a execução da roda e estão descritos no Referencial Teórico.

As anotações das observações, realizadas durante as rodas de TCI, tiveram por finalidade relatar a intervenção com mais riqueza de detalhes, assim como a descrição dos fatos, principalmente no que tange ao objeto do estudo.

Os dados coletados, nessa fase, foram fundamentais para a avaliação formativa que teve por objetivo analisar o conteúdo apreendido pelos participantes durante a capacitação.

A última etapa da intervenção foi a avaliação somativa, a fim de avaliar a percepção dos participantes acerca da capacitação. Esta foi aplicada de forma individual, virtualmente, para que cada participante do estudo se sentisse à vontade ao responder a ele. Salienta-se que a

entrevista individual não seria possível no momento da coleta de dados, devido ao agravamento da pandemia da Covid-19, tendo sido mantidas, pelo município, apenas as atividades essenciais, no âmbito dos serviços de saúde.

No entanto, do ponto de vista da avaliação, os dados fornecidos pelos participantes em autopreenchimento virtual foram muito evasivos, sem riqueza de detalhes. Assim, realizou-se a triangulação intramétodo para avaliação da intervenção, empregando a técnica de grupo focal.

Segundo Minayo (2014), a triangulação de métodos pode ser entendida como uma dinâmica de investigação que engloba a análise das estruturas dos processos e dos resultados, o entendimento acerca das associações entre a efetivação das ações e a perspectiva que os atores diferenciados concebem acerca da totalidade do projeto. Minayo (2014) complementa que a triangulação metodológica promove a integração objetiva e subjetiva nos processos de pesquisa, dessa maneira, os participantes da pesquisa são inseridos na construção do estudo, passando de objetos de análise para sujeitos de autoavaliação.

De acordo com Denzin (2009), a triangulação metodológica pode ser aplicada de duas maneiras diferentes, sendo dentro de um único método, por meio de várias técnicas específicas relativas ao método em questão (intramétodo) ou entre métodos distintos (intermétodo), esta última é realizada entre métodos quantitativos e qualitativos. Neste estudo, utilizou-se a triangulação intramétodo, com o emprego das seguintes técnicas metodológicas: pesquisa descritiva e exploratória, observação participante, entrevistas individuais e o grupo focal.

Cumprir destacar que o grupo focal surgiu como uma técnica de coleta e análise dos dados qualitativos referentes à avaliação da intervenção realizada, em complementação aos dados levantados por meio das entrevistas individuais.

Cumprir esclarecer que o grupo focal trata-se de uma técnica de pesquisa que possibilita a coleta de dados através de interações grupais entre pessoas que partilham características em comum. Através desses grupos, torna-se possível a coleta de informações importantes sobre um determinado tema, e o entendimento sobre o que os participantes pensam e também por qual motivo pensam de tal maneira, bem como observar suas interações, e as opiniões que se assemelham e divergem em seus diferentes graus (PEREIRA, 2012).

Backes et al. (2011) afirmam que, no campo da pesquisa qualitativa, dentre as amplas opções de abordagens metodológicas, o grupo focal representa uma técnica de coleta de dados, que, a partir da comunicação entre o grupo, permite uma intensa problematização acerca de um tema ou assunto específico. E complementam afirmando que o grupo focal incentiva a discussão entre os participantes, dessa maneira, os temas abordados são mais problematizados do que quando abordados em uma entrevista individual. Comumente, os participantes escutam as

opiniões dos outros integrantes do grupo, antes de formar o seu ponto de vista e, nesse sentido, o envolvimento com o grupo resulta em constante mudança de opinião, ou em uma opinião mais embasada.

Para se compreender melhor as etapas de coleta de dados, essas serão descritas a seguir:

5.4.1. Etapa I – Capacitação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde

Realizou-se a capacitação dos enfermeiros vinculados às Unidades Básicas de Saúde e da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, bem como as etapas em ambientes oferecidos pela Secretaria Municipal da Saúde, com programação de dias e horários adequados para a participação dos profissionais envolvidos nas atividades propostas.

Organizaram-se as capacitações de acordo com as seguintes etapas:

No primeiro encontro, propuseram aula expositiva e dialogada em que se abordaram as temáticas: reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental; epidemiologia dos Transtornos Mentais no Brasil; rede de Atenção Psicossocial – RAPS; abordagem acerca da definição dos Transtornos Mentais Comuns, Moderados e Graves Prevalentes; Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e a Terapia Comunitária Integrativa.

No segundo momento, apresentou-se a teoria e as videoaulas acerca da TCI com foco em: apresentar a nova tecnologia de cuidado em saúde mental com a proposta de intervenção psicossocial nas UBS no Município de Carmópolis de Minas/MG; enfatizar os cinco alicerces teóricos e as etapas de execução da Terapia Comunitária; disponibilizar a apostila para estudo; agendar mais um encontro para novas discussões e apresentação de dúvidas acerca da TCI.

No terceiro encontro houve o estudo piloto das rodas de TCI, por meio da realização de uma primeira roda de TCI, com os profissionais da rede, para reforçar a capacitação e o conteúdo aplicado para o grupo superar as possíveis dificuldades ou dúvidas em aplicar as etapas da TCI, nas futuras rodas com usuários. Ressalta-se que foi um momento de troca de experiências e de reflexão.

No penúltimo encontro, aconteceram as rodas, seguindo os passos da TCI, totalizando as 13 rodas, durante o processo de capacitação, com duração média de 1,5 hora cada uma delas. As rodas realizadas tiveram boa adesão dos usuários convidados a participarem, e todos os participantes do estudo tiveram a oportunidade de conduzir a roda e aplicar a metodologia.

O último momento foi caracterizado pelas devolutivas para avaliação da capacitação, em que foram realizadas seis sessões de devolutivas com duração média de 4 horas cada uma delas, e essas aconteceram no formato de roda. Nas sessões de devolutiva, as falas dos

profissionais foram gravadas e transcritas, sendo possível levantar as dificuldades e oportunidades de melhoria. Aplicou-se ainda um formulário *Google Forms* para avaliação da capacitação.

5.4.2. Etapa II – Intervenção de promoção à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde

Ao longo de todo o projeto realizaram-se as rodas de TCI “pilotos” por meio da metodologia da TCI. Estas rodas foram lideradas pelos enfermeiros das UBS e pela fisioterapeuta do NASF, capacitados para tal, e supervisionadas pela pesquisadora, objetivando o acolhimento dos usuários com transtornos mentais comuns, leves, moderados e graves (estáveis); usuários de substâncias psicoativas e com risco para suicídio, sempre visando à promoção de saúde mental.

O início do projeto das rodas “pilotos”, aplicando-se a metodologia da TCI, ocorreu em outubro de 2020, com a apresentação da proposta de trabalho para todos envolvidos. Na sequência, iniciou-se o processo de aprendizado teórico, com aulas expositivas e dialogadas e também as videoaulas acerca das temáticas relacionadas ao trabalho, conforme explicitado. Cumpre destacar que, para melhorar a qualidade das aulas, utilizaram-se alguns recursos como *slides* em *PowerPoint* e uso de multimídia, e foram entregues apostilas com o conteúdo abordado para todos os participantes.

Em seguida, realizou-se, em formato de roda, um encontro dos participantes do estudo e demais profissionais da rede. Esse momento, chamado de “Estudo Piloto das Rodas de TCI” foi uma importante oportunidade para o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos e a superação das dúvidas. Ao final desse encontro, ficou definido, junto à equipe participante do estudo, que as rodas “pilotos” de TCI seriam iniciadas com os usuários das UBS.

Implantaram-se duas rodas de TCI, em locais estratégicos, em função da pandemia da Covid-19, sendo uma localizada na zona rural e a outra, na zona urbana, e em programação de agenda com os participantes do estudo para realização dessas; ficou definido que as rodas aconteceriam de 15 em 15 dias, com início em janeiro de 2021, e com a proposta de ampliar para as demais unidades de saúde, assim que a situação de pandemia o permitisse.

Durante todo o processo de realização das rodas “pilotos” de TCI, aconteceram devolutivas com a equipe participante do estudo com a finalidade de realizar o acompanhamento da evolução das rodas, bem como promover um espaço onde todos pudessem compartilhar suas dificuldades e inquietações enfrentadas na aplicação da metodologia da Terapia Comunitária Integrativa. Cumpre destacar que, em cada devolutiva, foi reforçada a importância da TCI para

a prevenção do adoecimento mental como uma ferramenta que acolhe, escuta e cuida dos usuários, auxiliando na otimização dos atendimentos de saúde mental e direcionando as demandas.

Nesse contexto, em maio de 2021, realizou-se a última devolutiva, com todos os participantes do estudo, após a retomada das rodas de TCI que haviam sido interrompidas devido à “onda roxa” estabelecida pelo decreto do Minas Consciente. Nessa oportunidade, realizou-se uma apresentação em *PowerPoint* para reforçar os ensinamentos acerca da Terapia Comunitária Integrativa na Equipe de Saúde da Família /SUS.

Durante esse encontro, reforçaram-se algumas temáticas, a saber: a dimensão terapêutica do grupo; a valorização da herança cultural; o saber produzido da experiência de vida de cada um, além do cuidado e os desafios da TCI. Foram enfatizados também, os conhecimentos acerca dos eixos da terapia comunitária dentro das perspectivas do Pensamento Sistêmico, da Resiliência, Teoria da Comunicação, da Antropologia Cultural e a pedagogia da ação reflexiva de Paulo Freire.

A realização da última devolutiva foi também uma oportunidade para enfatizar e provocar reflexão a respeito da importância da Equipe de Saúde da Família (ACS, técnicos e médicos) para os participantes conhecerem acerca das rodas de TCI e se apropriarem dos benefícios promovidos na vida dos usuários. Ressaltou-se a necessidade de se iniciar a busca pelos usuários identificados no diagnóstico situacional, estendendo depois para população em geral.

Acordou-se com a gerência do CAPS I que os usuários que receberem alta do serviço sejam direcionados para a TCI, na UBS localizada no território onde residem. Assim, as rodas constituirão uma das estratégias de vinculação destes na referida unidade de saúde.

As devolutivas e rodas pilotos constituíram-se em avaliações formativas da capacitação, permitindo que conteúdos teóricos fossem reforçados e que os participantes pudessem expressar suas dificuldades e estas fossem superadas.

Segundo Donabedian (2003), a avaliação formativa é essencial para corrigir as falhas de uma intervenção em curso, independentemente de sua natureza. A avaliação formativa agrega qualidade, pois permite adequação e ajustes, para se ter um produto final de qualidade aprimorada (DONABEDIAN, 2003).

Menezes (2001) explica que a avaliação somativa é um tipo de avaliação que é feita ao término do processo educativo, com a finalidade de verificar qual foi o aprendizado do aluno em sua efetividade. Nessa avaliação, devem ser incluídos os conteúdos mais relevantes e os objetivos devem ser amplos para permitir uma avaliação coerente e robusta.

Para a avaliação somativa, optou-se pelo grupo focal, realizado no dia 11 de junho de 2021, no Centro de Atenção Psicossocial do município, com programação prévia da data para assegurar que todos os profissionais envolvidos tivessem tempo hábil para se organizarem e estarem presentes.

5.5. Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados os seguintes instrumentos nesta pesquisa: um questionário de Levantamento de Dados de Saúde Mental (Apêndice B) e o questionário de Avaliação da Capacitação de Profissionais de Saúde para Realização da TCI (Apêndice A), ambos elaborados para a pesquisa.

O primeiro – o questionário de Levantamento de Dados de Saúde Mental – consiste em 13 questões que avaliam os dados sociodemográficos, as condições de saúde mental e de uso de álcool e outras drogas dos usuários da Atenção Primária à Saúde de Carmópolis de Minas para elaboração do diagnóstico situacional, conforme orienta Dagnino (2014).

Aplicou-se o questionário de Levantamento de Dados em Saúde Mental antes da primeira intervenção, e, posteriormente, durante o desenvolvimento das rodas de TCI, para os usuários convidados a participarem e que não estavam no primeiro levantamento, a fim de cumprir o proposto no objetivo número um: identificar e caracterizar os usuários com transtornos psíquicos, usuários de álcool e outras drogas e com relato de tentativa de suicídio.

O segundo questionário foi um Instrumento composto por 9 perguntas para Avaliação da Capacitação de Profissionais de Saúde para Realização da TCI, bem como sua percepção e avaliações referentes ao processo de capacitação, recebidas ao aplicar a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa com os usuários da Atenção Primária à Saúde no município de Carmópolis de Minas/MG que foi a proposta deste estudo.

Neste contexto, o segundo questionário para avaliação da capacitação foi aplicado depois da intervenção, visando atender o proposto no objetivo três: avaliar os resultados da capacitação para a intervenção, por meio da TCI realizada com os enfermeiros das UBS da Estratégia de Saúde da Família e a fisioterapeuta do NASF de Carmópolis de Minas/MG.

O instrumento utilizado para os conteúdos teóricos abordados na capacitação foram aulas expositivas em *PowerPoint* e videoaulas apresentando as etapas da TCI.

Em complementação, utilizaram-se as seguintes perguntas norteadoras para o grupo focal com os participantes: “Na sua opinião, a capacitação para as rodas de TCI o preparou devidamente para executar as rodas de TCI com os usuários das unidades?” “Se não, o que

considera ser necessário reforçar, na capacitação, para que você se sinta preparado?” “Por favor, fale-me como foi para você realizar a roda de Terapia Comunitária?”

5.6. Técnica de análise de dados

Os dados sociodemográficos e clínicos, extraídos do diagnóstico situacional, foram codificados e, em seguida, processados no *software Microsoft Excel*®. Trataram-se estes dados descritivamente.

A transcrição cuidadosa dos áudios gravados, durante as devolutivas, no tocante à percepção da equipe, acerca do processo de capacitação e das rodas de TCI, foi essencial para a análise de dados e a valorização das informações, mantendo, assim, de forma ética e fidedigna, os relatos dos participantes.

Analisaram-se os dados qualitativos obtidos na perspectiva da análise de conteúdo de Minayo (2014). Segundo o autor, a análise de conteúdo é a expressão mais utilizada para representar o tratamento dos dados no tocante às pesquisas de abordagem qualitativa. Trata-se de um conjunto de técnicas de pesquisa que consistem na replicabilidade e validade de inferências acerca dos dados de um determinado contexto, por procedimentos especializados e científicos.

Atualmente, os fatores históricos do uso e do desenvolvimento de técnicas de análise de conteúdo deixam evidente que todo esforço teórico intenciona superar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação dos dados, independentemente se utiliza a lógica quantitativista ou qualitativista. Estas técnicas visam alcançar um acompanhamento crítico frente à comunicação de documentos, textos, biografias, literários, entrevistas ou resultados de observação (MINAYO, 2014).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo, inicialmente, parte de uma leitura das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, indo para além dos sentidos manifestos no material (MINAYO, 2014).

Conforme Minayo (2014), existem diversas modalidades de Análise de Conteúdo, e dentre as elas, a Análise Temática que é a mais apropriada e de simples aplicação para investigações qualitativas em saúde. Posto isso, cumpre destacar que será utilizada essa técnica, para o tratamento do material empírico, oriundo dos áudios gravados nos encontros realizados com os participantes do estudo, para acompanhamento do processo de capacitação.

“A noção de *tema* está ligada a uma afirmativa a respeito de determinado assunto. Ela abriga um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo” (MINAYO, 2014, p. 315).

Minayo (2014) afirma que fazer uma análise temática compreende descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação, em que a presença ou frequência tenha algum significado para o objeto analítico do estudo. Operacionalmente, a análise temática segue alguns critérios contidos nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

No caso do presente estudo, na primeira etapa, a chamada pré-análise, a constituição do *corpus* documental da pesquisa, que se deu pela leitura flutuante do material da transcrição absoluta das falas dos participantes e pelas anotações oriundas da observação participante realizadas durante todo o processo de capacitação.

Nesse momento, codificou-se o material obtido empiricamente, proporcionando uma escolha das unidades de registro. Segundo Minayo (2014), a unidade de registro trata-se de palavras-chave, temas, acontecimentos ou frases relevantes. Na pesquisa em questão, a unidade de registro escolhida foram as falas dos atores participantes do processo de capacitação, bem como todo o conteúdo que surgiu nessa trajetória.

Minayo (2014) explica que a etapa de exploração do material é a fase da operação classificatória que busca alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador precisa definir categorias que são expressões ou palavras relevantes. Nesta etapa, o conteúdo das falas foi organizado. No momento de interpretação do material empírico, por sua vez, este foi discutido diante dos conceitos teóricos quando houve necessidade desse aporte para realizar as análises e dar sentido à interpretação.

Assim, na etapa de exploração do material, escolheram-se as categorias, a saber: Categoria I: o desenvolvimento do processo de capacitação e as contribuições da equipe neste contexto; Categoria II: A percepção da equipe acerca da metodologia da TCI: os passos para sua aplicação nas rodas de TCI; Categoria III: os desafios e dificuldades encontrados pelos participantes do estudo para a realização das rodas de TCI; Categoria IV: o processo de capacitação em uma perspectiva de valorização e empoderamento da equipe, e Categoria V: planejando o futuro: estratégias de melhorias para a realização das rodas de TCI.

A última etapa é a análise dos resultados e interpretação das falas dos participantes, propriamente dita.

De forma a garantir o anonimato dos participantes do estudo, optou-se por utilizar códigos que os representassem, na apresentação dos resultados, a saber: PFI; PFA; PRU; PMA; PRO; PGI; PLI, seguindo a sequência das entrevistas.

5.7. Considerações éticas

O presente estudo foi desenvolvido como um subprojeto do projeto de pesquisa matriz intitulado: “Estratégias promotoras de acolhimento, vínculo e autonomia em contextos da RAPS mineira” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa COEP da UFMG, sob o número CAEE 59118416.4.3001.5140.

O projeto obteve a carta de Anuência assinada pelo Prefeito Municipal de Carmópolis de Minas/MG, Secretaria Municipal de Saúde, do município de Carmópolis de Minas, tendo sido cumpridos, desta forma, os protocolos éticos estabelecidos pela Instituição gestora de saúde do município e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, expressos na Resolução nº 466 de 2012.

Os participantes do estudo foram também informados acerca de suas garantias: acesso a qualquer tempo às informações a respeito dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados a eles, inclusive para dirimir eventuais dúvidas; liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo; salvaguardar da confidencialidade, sigilo e privacidade; não sofrer qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

Todos os usuários que aceitaram participar da pesquisa assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice V). Após a obtenção do consentimento dos participantes, iniciou-se a coleta de dados.

Os dados de pesquisa serão arquivados pela mestrandia por um período de cinco anos.

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, apresentam-se a descrição e a análise dos resultados concernentes ao processo de capacitação realizado com enfermeiros das UBS e a fisioterapeuta do NASF de Carmópolis de Minas/MG, para aplicação da metodologia da Terapia Comunitária Integrativa, tal como proposta pelo seu criador, o professor Adalberto Barreto (2019).

Também, neste capítulo, são apresentadas as categorias, abrangendo os pontos mais relevantes acerca de todo o processo da capacitação, analisando cada um deles e destacando alguns recortes de falas dos sujeitos participantes da pesquisa. Na sequência, estão os resultados do questionário não estruturado, que foi aplicado aos participantes por meio do *Google Forms*, para avaliar o processo de capacitação, e, por fim, os resultados com a complementação da avaliação da capacitação do grupo focal.

Destaca-se que traçar o perfil sociodemográfico dos usuários participantes das rodas “pilotos” de TCI é importante, uma vez que o trabalho foi realizado com pessoas com problemas de sofrimento psíquico nos mais diversos contextos de exclusão social.

6.1. Caracterização dos participantes do estudo

Dentre os participantes da pesquisa, a maioria é do sexo feminino, sendo um total de seis mulheres (85,7%), e apenas um destes é homem (14,3%). Quanto à idade, quatro, no momento da pesquisa, tinham idades entre 31 a 40 anos (57,1%), dois, entre 21 a 30 anos (28,6%) e um, entre 41 a 50 anos (14,3%). Em relação ao estado civil, quatro participantes são casados (57,1%) e três solteiros (42,9%).

Quanto à formação, seis dos participantes são enfermeiros (85,7%) e um, fisioterapeuta (14,3%), sendo que desses, quatro possuem nível superior completo (57,1%) e três têm também curso de pós-graduação *Latu sensu* - (42,9%). Acerca do período de tempo trabalhado na Atenção Primária à Saúde, quatro dos participantes tinham, no momento da pesquisa, de 2 a 5 anos (57,1%) e três, de 6 a 10 anos de experiência (42,9%). Em relação à localização da UBS em que atuam, a maioria dos participantes é da zona urbana, sendo cinco deles (71,4%), e os outros dois trabalham na zona rural (28,6%).

6.2. Categoria I - O desenvolvimento do processo de capacitação e as contribuições da equipe nesse contexto

Com esta categoria, foi possível analisar o desenvolvimento do processo de capacitação na visão dos participantes do estudo, bem como suas contribuições trazidas de outras vivências

e experiências de vida. Assim, por meio das devolutivas realizadas, os participantes do estudo expuseram suas percepções.

O engajamento e a motivação da equipe, que está em formação, são de suma importância para o bom desenvolvimento das rodas de TCI; nas falas a seguir, os participantes explicitaram esses sentimentos.

E aí, dessa questão de acreditação, eu acredito na Terapia Comunitária, eu acho interessante, é uma coisa que eu gosto [...]. Então assim, vou empenhar mesmo né?! Dar o meu melhor, estou empolgada com isso! (PMA)

Eu acho que essa terapia, o processo circulado, roda de conversa [...]. É uma coisa que dá resultado [...]. Assim é uma coisa que está vindo para somar mesmo [...]. Vai ser uma rotina nossa essa terapia em roda. (PRO)

Mas eu acho válido o que as meninas relataram que deu certo, a gente fica com vontade de implementar aqui também, porque a gente vê que tem necessidade [...]. E eu tenho uma demanda para isso. (PRU)

A esse respeito, a pesquisadora afirma que o terapeuta comunitário deve estar motivado e animado, pois a desmotivação do terapeuta pode resultar no desalento do grupo. Nesse contexto, Barreto (2019) complementa sobre o método de Paulo Freire que, para um educador ou terapeuta comunitário assumirem a prática de suas missões, eles devem ter por ela um mínimo de carinho, admiração e identificação.

A maioria dos pacientes que vão lá é assim, vai para pegar uma receita, mas fica lá um tempão conversando com a gente [...]. O pessoal quer uma atenção, então eu acho que vai ser essencial para eles, vai ser muito válido. (PMA)

Nesse contexto, a Terapia Comunitária Integrativa permite que os usuários resgatem seus vínculos familiares, amizades e outras formas de convívio importantes para sua inclusão na sociedade. Barreto (2019) enfatiza que a Terapia Comunitária visa tornar-se uma ferramenta de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, para contrapor ao mundo individualista e cercado de conflitos que estamos vivendo.

Eu acho que deixou mais claro para gente, com tudo isso que a gente conversou, foi o uso da resiliência mesmo. Da gente tentar encontrar as nossas próprias soluções para os nossos problemas né, assim como a população mesmo. Para que a comunidade possa falar e tenha a chance de falar e tentar encontrar resolução dos próprios problemas [...]. (PRO)

O relato desse participante remete ao que diz Barreto et al. (2011) acerca do papel do terapeuta comunitário, de estar atento aos objetivos da terapia, de valorizar as histórias de vidas

dos participantes, restaurar a confiança em si e a autoestima para estimular as pessoas a se tornarem corresponsáveis na busca de soluções e superação dos seus problemas do cotidiano, saindo da postura de vítimas.

Guimarães e Valla (2010) enfatizam que a Terapia Comunitária auxilia na potencialização dos recursos internos de cada um, através da sensibilização dos problemas vivenciados e do reconhecimento de que a pessoa está apta a resolvê-los, ou pelo menos, encaminhar algumas soluções, por meio da troca de estratégias para resolução dos problemas e do fortalecimento das redes de apoio familiares e sociais.

Os processos de ansiedade, depressão e síndrome do pânico, eu tenho observado que minha realidade tem sido voltada mais para o público de adolescente [...]. Tenho uma demanda muito grande. Porque, às vezes, ela não está sabendo lidar com esse processo, por essa questão de pandemia que a gente vive, fica ocioso em casa [...]. Tenho uma demanda bem grande e trabalhar vai ser interessante e tem demanda! (PRO)

A situação exposta por esse participante mostra que o sofrimento mental afeta diversas pessoas em diferentes contextos sociais, independente de características como a idade do indivíduo, por exemplo. Nesse sentido, apesar de a TCI ser mais voltada para indivíduos que vivem situações de vulnerabilidade social, ela pode ser aplicada a qualquer grupo de pessoas, independente de classe social, idade e situação socioeconômica. Segundo Guimarães e Ferreira Filha (2006), podem participar da TCI pessoas de diferentes faixas etárias, e tanto homens quanto mulheres que podem resgatar sua autoestima através do reconhecimento de suas competências e habilidades conquistadas através da resiliência.

Cumprir destacar que, durante o processo de capacitação, os participantes foram estimulados a compartilhar suas vivências e experiências que pudessem contribuir para a construção do projeto “piloto” das rodas de TCI, bem como fortalecer e encorajar a equipe para a aplicação da TCI.

Nesse contexto, as falas a seguir, ilustram algumas dessas contribuições dos participantes:

Igual você falou, se durante as regras combinar que por exemplo, se levantar a mão é por que está acabando o tempo, então vamos supor, combinar sinais que talvez você não atrapalha porque querendo ou não quando a pessoa está no ápice do caso, você pega e interrompe ela para falar assim, seu tempo está acabando, aí talvez a pessoa até desiste de falar [...]. (PMA)

Eu acho que a gente tem que ter um manejo, pois é uma roda de conversa e então todo mundo tem que interagir, não é? Essa interação não tem problema, eu falar alguma coisa e ela complementar, isso não tem problema [...]. (PGI)

Eu faço o processo circular com os agentes de saúde, e no processo circular tem o “bastão da fala”, aí o mediador no início da cerimônia tem umas regrinhas, e a pessoa

que está com o bastão da fala, ela que irá falar, ninguém vai intervir na fala dela, aí quando ela passar essa pessoa também não pode falar, e aí vai passando [...]. (PMA)

Lá no Núcleo, eu criei um grupo do Japão e tem um grupo aqui do Núcleo das rodas né, e assim, eu tiro foto, aí eu envio a foto no dia seguinte, eu agradeço as pessoas pela presença, e às vezes durante a semana mando ali alguma coisa, uma mensagem, então a gente vai conversando ali no grupo, e aí dessa última quando eu mandei a foto e as pessoas viram né, que tinha mais, e aquelas pessoas interagiram: adorei, não vou faltar! Quero muito ir na próxima! As outras pessoas que já participaram e que não foram, aí começaram a manifestar também: ah! Da próxima eu não vou perder [...]. (PGI)

Esse momento de interação entre os participantes do estudo foi também muito importante para estabelecer vínculos e aproximar a equipe. Essa troca de vivências e experiências auxilia na construção dos conhecimentos e saberes necessários para a condução das rodas de TCI.

Isso posto, discorrer-se-á, a seguir, em mais uma categoria, com a aplicação da sequência de passos para aplicação da metodologia da TCI nas rodas.

6.3. Categoria II - A percepção da equipe acerca da metodologia da TCI: os passos para sua aplicação nas rodas de TCI

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI), conforme protocolo criado por Barreto (2019), contempla, em sua metodologia, uma sequência de cinco passos, e a aplicação de cada um deles é necessária para o desenvolvimento das rodas de TCI, conforme explicado. Cumpre destacar que a intervenção realizada, nesse momento, foi a realização das rodas de TCI com os usuários em formato “piloto” para que a equipe pudesse colocar em prática os aprendizados teóricos do processo de capacitação.

Nesse contexto, por meio das devolutivas realizadas com a equipe, tornou-se possível ressaltar as falas dos participantes do estudo no tocante a suas percepções da aplicação sequencial dos passos nas rodas de TCI, conforme a seguir:

1º passo – Acolhimento:

Eu acho importante a gente começar com as “boas vindas” para valorizar as pessoas ali da própria sociedade. Isto é importante, para que eles se sintam valorizados. Outro ponto importante é a apresentação de quem vai conduzir essa roda de conversa [...]. (PGI)

A gente escreveu uma mensagem de boas-vindas para elas e demos no começo com um bombom, e eu achei muito válido, todo mundo falou [...]. Todo mundo tinha algo para falar que conectava com o que tinha sido falado, então, teve um retorno muito positivo [...]. (PMA)

Muito importante também explicar o que é “Desenvolvendo a Terapia Comunitária Integrativa”, para que as pessoas saibam o que que é isso, o que é essa roda de

conversa, de uma forma simples, mas que elas entendam o que está acontecendo ali [...]. (PFA)

No iniciozinho, para que eles se sintam valorizados também, é muito importante lembrar os aniversariantes do mês. São coisas muito simples! Do mês, da semana: tem alguém que fez aniversário essa semana? Cantar os parabéns. Ele vai se sentir muito melhor, muito valorizado com tudo isso [...]. (PGI)

Foi uma coisa que a gente falou também nas regras foi a questão de não comentar o que foi falado. Pode falar para os outros sobre a roda de conversa, mas não comentar com os outros o que foi falado ali [...]. (PLI)

Por exemplo, se a pessoa quiser ali no meio dessa conversa falar “eu quero cantar uma música”, ela vai ser permitida fazer isso, através da música isso me remete [...]. (PGI)

E a pessoa que interferiu na fala da outra ela vai ficar sabendo “nas regras”, você explica as regras antes e fala: olha é proibido a gente não está aqui para julgar, então, a gente não vai interferir na fala do outro, a gente está ouvindo, esse tipo de coisa [...]. (PMA)

Nós fizemos a dinâmica da “teia”, aquela que você tem que falar o que conhece da pessoa, mas como lá quase ninguém se conhecia nós fizemos assim, por exemplo: eu me apresentava e passava para a ..., aí ela complementava com as informações dela e passava para outra pessoa [...]. (PMA)

2º Passo – Escolha do tema:

E aí, a partir dos problemas levantados, a gente fez uma votação e definiu o tema da roda [...]. É importante, ter um controle, porque, por exemplo: de uma forma que não só aqueles “mais faladores” só eles opinarem o tema. Então, a gente tem que ter esse cuidado [...]. (PMA)

Para que seja um tema interessante para eles, para que eles possam escolher, e então, cada um dá uma sugestão e em seguida, fizemos uma votação para a escolha do tema da roda de conversa [...]. (PLI)

3º Passo – Contextualização:

Essa paciente tem uma história de vida bem conturbada, bem marcante, e eu nem imaginava que seria tão bom assim. As duas meninas ficaram muito emocionadas, uma até chorou e a outra teve que ficar se segurando para não chorar, enquanto contava as coisas [...]. (PRO)

E eu queria colocar também [...], que “quando a boca cala, o corpo fica doente”. Então é uma frase que eu deixei para mim, que é colocar as pessoas mesmo para falar e valorizar o que elas estão apresentando ali na roda de conversa [...]. (PFA)

Isso! Muito importante também o que a ... colocou, sobre não fazer o aconselhamento. Esse aconselhamento ou “sermão”, pois é o momento de ouvir. Ouvir o que as pessoas têm a dizer [...]. (PGI)

4º Passo – Problematização:

No momento do MOTE, quem teve a oportunidade de já conduzir, a gente vê a angústias das pessoas, o que tem levado essas pessoas a participar [...]. (PRU)

Todo mundo falou, as meninas que foram à roda como ouvintes também participaram, foi muito interessante [...]. Todo mundo tinha algo para falar que conectava com o que tinha sido falado, então teve um retorno muito positivo [...]. (PRO)

Então, ouvir de fato o que o outro está querendo dizer, entender o pedido de ajuda ali. Se tiver um pedido de ajuda, tentar de alguma forma ajudar. (PFI)

Na roda a gente conversa, sugere algumas coisas, elas desabafam, as vezes falam de alguma dificuldade, e algumas pessoas sugerem, por exemplo: o que que elas fazem quando se sentem ansiosas. Então elas têm uma visão, alguma coisa para poder fazer. Às vezes algumas pessoas falam por exemplo: ah! Quando eu estou ansiosa, eu gosto de fazer algum artesanato. Às vezes a outra pessoa nunca pensou em buscar alguma coisa, em reinventar, até foi uma palavra que foi dita numa das rodas aí: agora eu preciso me reinventar. Então assim, aí elas vão encontrando outros caminhos, e é uma das coisas que eu acho que ajuda muito na roda também [...]. (PGI)

5º Passo – Encerramento:

No final, a gente fez aquele *feedback*, para ver o que eles acharam e todos gostaram muito. Inclusive uma delas, que foi a que mais se emocionou, falou que foi na hora certa, pois ela havia acordado muito mal naquele dia e que precisava muito conversar com alguém, e então, ela adorou [...]. (PMA)

Teve uma pessoa que participou, que eu acho que ela estava precisando muito [...], na última roda ela até chegou a chorar, e saiu dali falando da importância, de como que ela estava aliviada, então é importante sim [...]. (PGI)

E a partir dessa imagem a gente fez uma reflexão no final: “os problemas se revolvem conversando e não parando de se falar” [...]. (PRU)

Dessa maneira, foi possível perceber, ao analisar as falas, que os participantes do estudo entenderam a importância de se cumprir a sequência dos passos estabelecidos pela metodologia da TCI, tomando o cuidado para adaptar as rodas a cada realidade encontrada, por se tratar de grupos heterogêneos. A Figura 2 apresenta imagens de algumas das rodas de TCI, realizadas com os usuários durante o processo de capacitação.

Figura 2 – Roda de TCI realizada no Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança



Fonte: Fotografia da autora (2021)

Figura 3 – Roda de TCI no momento da dinâmica



Fonte: Fotografia da autora (2021)

Figura 4 – Roda de TCI no momento da música



Fonte: Fotografia da autora (2021)

Figura 5 – Roda de TCI no momento do encerramento



Fonte: Fotografia da autora (2021)

Posto isso, a próxima categoria apresenta os desafios encontrados pelos participantes do estudo, para a realização das rodas de TCI.

6.4. Categoria III - Os desafios e dificuldades encontradas pelos participantes do estudo para a realização das rodas de TCI

Por meio dos resultados constituintes desta categoria, foi possível discorrer acerca dos desafios e dificuldades encontrados pela equipe, no tocante à realização das rodas de TCI, e, a partir dessas informações, avaliar a necessidade de se adotarem estratégias para amenizar e superar tais inquietações.

No decorrer do processo de capacitação, a equipe foi sempre estimulada a falar e apresentar suas queixas, medos e inseguranças, para que todos pudessem ser esclarecidos e encorajados a seguirem em seu propósito.

As falas a seguir mostram como foi esse processo.

E nas rodas acontece isso, a gente ri, a gente chora. É por isso que é tão difícil ser o mediador da roda e é onde entra mais uma vez essa minha ansiedade, meu desconforto, né?! Porque a gente tem medo de errar, eu pelo menos eu tenho medo de errar com o outro, eu não tenho medo de errar comigo [...]. (PFA)

Nessa fala, nota-se o receio do participante em perder o seu controle emocional ao assumir a postura de condutor nas rodas de TCI, e também seus medos de cometer erros. Nesse sentido, o condutor da roda não tem a função de ser o terapeuta do outro, mas sim de assegurar que o grupo seja acolhedor, cuidador e respeitador (BARRETO et al., 2011).

Foram várias coisas no improviso [...]. A gente não tinha um tema definido, nós pedimos para que elas levassem um objeto que tivesse algum significado para elas, e aí elas esqueceram de levar [...]. (PMA)

Nessa fala, o depoimento do profissional, que estava conduzindo, a respeito dos imprevistos ocorridos na roda, reafirma que o terapeuta realmente deve estar aberto a se adequar às particularidades de cada roda de TCI. Contudo, ele deve sempre se lembrar da importância de seguir os passos e as regras da TCI, e a escolha do tema junto aos usuários, no momento da roda, faz parte dessa sequência.

Nesse contexto, cumpre destacar que Barreto (2019) afirma que os condutores das rodas de TCI não podem agir como se estivessem na frente de uma receita de bolo, que devem seguir rigorosamente a maneira de misturar os ingredientes. Ao contrário, eles devem usar a criatividade e um pouco da intuição, porém, sempre respeitando as regras que estruturam a Terapia Comunitária.

No tocante aos desafios e dificuldades que foram relatados, os que apareceram, com mais frequência, foram as inquietações dos participantes em não conseguirem conciliar a

Terapia Comunitária com as outras atividades, realizadas por eles em suas rotinas de trabalho, conforme observado nas falas a seguir:

E por esse olhar diferenciado que muita das vezes impede realmente né?! Se nós formos no momento de pandemia pensar em educação e saúde, muitas das vezes na unidade, que está demandando e saindo problemas de qualquer forma, mas eu vi né?! Que esse olhar, ele tem que estar paralelo para que nós tenhamos condições de realmente nesse contexto aí da nossa proposta da terapia como o nosso objetivo aqui no processo de trabalho [...]. (PLI)

A gente sabe que é corrido dentro das unidades, mas a maioria das demandas de processos de ansiedade que vem sendo causadas por essa questão da pandemia, a gente podia direcionar sim, abrir essa questão dessa agenda e direcionar esses pacientes, até mesmo para desafogar a nossa demanda [...]. (PRO)

Nesse contexto, cumpre destacar que um dos complicadores dessa situação de aumento de demanda dos enfermeiros, que foram selecionados para o processo de capacitação, está sendo a questão da pandemia da Covid-19 que mudou, de forma expressiva, o cenário dos atendimentos em saúde no nosso município, gerando um aumento significativo no volume dos atendimentos e demais atividades da equipe, impactando, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde que tinham, mesmo antes da pandemia, uma demanda maior de atendimentos.

Eu também vejo dificuldade referente a questão do espaço físico, mas a demanda do Santo Antônio é imensa. É a questão de poucos funcionários [...]. Então, a gente tem demanda da população; procedimento para fazer; triagem para realizar; o dia da gestante para realizar, que é questão de atendimento; as visitas domiciliares, que não pode parar e; de paciente que volta de internação. Então, eu acho que para formar um grupo e deixar a gente como condutor desse grupo, eu acho complicado. Difícil para sair da unidade [...]. (PRU)

Mas eu vejo assim, querendo ou não o espaço físico vai interferir na fala, principalmente se tiver essa movimentação secundária de pessoas. Até mesmo para a gente colher o que realmente nós estamos querendo [...]. (PFA)

A Terapia Comunitária pode ser realizada em diversos espaços comunitários, como por exemplo: igrejas, escolas, salões de espera de posto, hospitais, entre outros. Entretanto, a pandemia é um dificultador também na escolha adequada do espaço físico para a realização das rodas de TCI, uma vez que é imprescindível que sejam observadas todas as orientações acerca das medidas de segurança e que essas sejam cumpridas rigorosamente.

A gente ficava meio apreensiva, por questão de pôr em prática mesmo, e de ter disponibilidade de tudo, de tempo nosso, para colocar em prática [...]. (PFI)

O que é difícil é a gente ficar como terapeuta responsável dessa roda, porque a partir do momento que você fecha com a população [...], eles são vigorosos, eles vão, eles gostam de participar desse grupo, e quando você não está presente e não tem a discussão, vem a decepção: “nossa, não teve o grupo, será que vai ter?”. Eu acho que quando você fecha um compromisso, tem que funcionar [...]. (PLI)

O excesso de demanda e consequente falta de disponibilidade é um dos anseios enfrentados pelos profissionais da saúde. A esse respeito, Padilha e Oliveira (2012) afirmam que a sobrecarga de trabalho é uma dificuldade, uma vez que a realização da TCI deve ser incorporada a diversas outras atividades de rotina desses profissionais. Outro fator agravante é o baixo número de terapeutas comunitários capacitados, e que, devido a isso, muitas vezes, falta apoio nas atividades de planejamento e execução das rodas de TCI.

Nesse contexto, cumpre destacar que, através da prática da TCI, torna-se possível alcançar benefícios que irão auxiliar os profissionais no melhor direcionamento das demandas de cada usuário e, conseqüentemente, na otimização dos atendimentos em saúde mental. Segundo Andrade (2009), a Terapia Comunitária Integrativa funciona também como instrumento de reflexão a respeito da realidade dos usuários atendidos na ESF e facilita o trabalho dos profissionais de saúde ao melhorar o relacionamento com a comunidade, através do entendimento assertivo de suas reais necessidades.

Isso posto, cumpre destacar que se apresentam, na Categoria V, as estratégias de melhorias que foram levantadas junto aos participantes do estudo para possibilitar a realização das rodas de TCI. Contudo, antes disso, destaca-se a categoria que demonstrará as perspectivas de valorização e empoderamento da equipe.

6.5. Categoria IV - O processo de capacitação em uma perspectiva de valorização e empoderamento da equipe

Durante todo o processo de capacitação, buscou-se promover, entre os participantes do estudo, o reconhecimento do potencial de cada um, no tocante às suas habilidades em desenvolver seu papel para a promoção da saúde mental, destacando os diversos benefícios que lhes traria a consolidação das rodas de TCI, por exemplo, a consequente diminuição das demandas de saúde mental que chegam, diariamente, às unidades, impactando na sobrecarga de trabalho.

Além disso, segundo Barreto (2019), ao desenvolver a Terapia Comunitária, o terapeuta tem a oportunidade de crescer com o grupo, uma vez que todo processo educativo é uma via de mão dupla, na qual ensinamos e aprendemos. Nesse sentido, o terapeuta deve inter-relacionar-se com o grupo em igualdade e falar de seus sentimentos. Dessa maneira, o terapeuta é um com o grupo e não um para o grupo.

Nesse sentido, Costa (2010) afirma que para o bom funcionamento das rodas de TCI, uma nova relação foi estabelecida entre o terapeuta e a comunidade, trata-se de uma relação

horizontal, na qual o terapeuta é inserido pelo encontro e a fala, através de suas vivências, de sua história, e com a autoridade de sua própria condição humana. Ainda nesse contexto, Guimarães e Valla (2010) complementam que a terapia comunitária beneficia a construção coletiva de possibilidades de vida e de saúde ao promover a percepção de sentido e pertencimento, e, dessa maneira, refletir no empoderamento dos participantes por meio de legitimação do conhecimento, produzido a partir das experiências vividas.

Isto posto, nas falas a seguir, fica evidenciado o empoderamento da equipe em buscar contribuir para a crescente evolução das rodas de TCI.

Então, é nós mesmos fazendo diferente para conseguirmos alcançar essas pessoas, que estão muitas das vezes chorando por dentro e precisando da nossa ajuda [...]. (PGI)

Eu desde o início acreditei muito na roda, a gente chegou a fazer no Japão, né?! e foi a primeira que fez com a população e foi maravilhosa, todas que nós fizemos no Japão, teve muita gente [...]. Mas aí eu participei na do Núcleo também, que eu ajudei a conduzir, eu acredito muito na roda, e também acho que tem ótimos resultados, com certeza assim consegui buscar mais pessoas para participar, vai poder ajudar muito mais pessoas, né?! [...]. (PMA)

Porque a gente vê que eles sentem falta de algo novo, e a gente precisa produzir algo novo para chamar eles para a unidade também. Para a gente estar conseguindo auxiliar eles e tirar eles do atendimento médico, só exclusivo né?! a gente precisa de outras alternativas também. E assim, foi muito bom! Muito mesmo [...]. (PFI)

A esse respeito, Padilha e Oliveira (2012) relatam que, através de tecnologias de cuidado como a Terapia Comunitária Integrativa, torna-se possível retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, e, dessa forma, expandir a clínica realizada pelos demais profissionais e inserir novas abordagens e explicações, além das biomédicas para os adoecimentos e outras demandas em saúde mental.

Eu sei que muitas de vocês estão deixando de fazer coisas na rede para sentar aqui, mas eu acho que foi agradável conversar, foi agradável a gente se sentir unida, para depois começar a fazer esse projeto. Eu acho que hoje vocês entendem a importância dessa roda e vocês vão fazer muito bem feito lá na frente, com certeza [...]. (PRU)

Então, eu levo dessa roda hoje, o que a gente precisa né?! Eu preciso ser mais flexível, eu preciso me ponderar mais, mas eu levo também que eu sou essa flor! Que eu tenho florescido, mesmo diante das dificuldades [...]. Mas que eu ainda consigo sobressair ali de alguma forma [...]. (PFA)

Nesse sentido, essas falas destacaram a potência das rodas de TCI em transformar a vida das pessoas; ao passo que os participantes do estudo tiveram a oportunidade de trabalhar suas dores e angústias, em busca de transformar suas histórias. De acordo com Holanda e Ferreira Filha (2007), a Terapia Comunitária é um espaço destinado à ampliação da consciência crítica

acerca dos dilemas existenciais, no qual cada indivíduo pode transformar a sua história de vida e o seu sofrimento. Essa mudança é resultado das trocas sociais interativas entre “eu e o outro”.

Conforme mencionado, dentro das etapas de desenvolvimento do processo de capacitação, foi realizada uma roda “piloto” de TCI, reunindo a equipe participante do estudo e outros profissionais estratégicos da rede. Nesse encontro, as pessoas puderam se conhecer melhor, expor suas dores e criar um vínculo, algo impossibilitado anteriormente, em função da rotina intensa de serviços. Esse momento foi também uma estratégia para promover a valorização e o empoderamento da equipe, conforme destacado nas falas a seguir:

Uma experiência que eu trago hoje é: nesses anos todos que eu estou aqui, agora é que eu comecei a conhecer exatamente quem são cada um de vocês e vocês também me conheceram um pouquinho mais [...]. (PLI)

É interessante esses momentos, porque todas as vezes que a gente reúne é para falar de problemas, é para falar de gestão, é para falar de processo de trabalho [...]. (PFA)

Você vê que a pessoa não é só aquilo que ela vive e demonstra naquele momento. Ela traz uma história. A partir do momento que ela expõe, você muda sua visão totalmente com relação aquela pessoa [...]. (PRO)

Hoje eu vejo e eu estou muito feliz viu, por esse momento nosso [...]. Então, foi muito bom esse momento nosso, e com certeza se para nós foi bom, tem todo esse suporte nosso de poder abrir, eu imagino par a população [...]. (PGI)

Posto isso, discorre-se, na última categoria, o planejamento de ações futuras com as estratégias de melhorias para as realizações das rodas de TCI.

6.6. Categoria V - Planejando o futuro: estratégias de melhorias para a realização das rodas de TCI

Conforme explicitado, na Categoria III - os desafios e dificuldades encontrados pela equipe para a realização das rodas de TCI, a equipe, no decorrer do processo de capacitação, defrontou-se com alguns desafios, inquietações, medos e dificuldades para a realização das rodas de TCI. Nesse sentido, para essa categoria, que será percorrida a seguir, buscou-se, por meio das falas dos participantes do estudo, destacar as sugestões de estratégias a serem adotadas para melhorias necessárias à efetivação das rodas de TCI, como protocolo de política de saúde mental, do município de Carmópolis de Minas/MG.

Até aqueles pacientes do diagnóstico situacional, do CAPS por exemplo, porque nós não fizemos o diagnóstico à toa não. São pessoas importantes que estão ali com um olhar diferenciado, né?! São estratégias [...], que a gente pode montar dentro da estrutura mesmo, porque a gente sabe da demanda de vocês, não é novidade [...]. (PGI)

Eu acho importante ter essa continuidade [...], eu acho que falta a gente abraçar um pouco mais, né?! a gente sabe que é corrido dentro das unidades, mas a maioria das demandas de processos de ansiedade que vem sendo causadas por essa questão da pandemia, a gente podia direcionar sim, abrir essa questão dessa agenda e direcionar esses pacientes, até mesmo para desafogar a nossa demanda [...]. (PRU)

Uma das melhorias necessárias identificadas, conforme relatado nessas falas, trata-se de otimizar a utilização do diagnóstico situacional, realizado com os usuários no início do estudo, para potencializar os atendimentos em saúde mental, direcionar, de maneira mais eficiente, as demandas dos usuários e garantir outra tecnologia de cuidado para os usuários em tratamento no CAPS, ou que receberam alta deste, para reinseri-los no meio social ou prevenir novas crises. Nesse sentido, outro ganho será a equalização das demandas de trabalho dos profissionais envolvidos, através do direcionamento mais efetivo das demandas de saúde levantadas no diagnóstico situacional.

Padilha e Oliveira (2012) falam da importância em se avaliar os usuários, previamente ao encaminhamento ao grupo de TCI, para que os critérios utilizados para isso não se atenham apenas em ofertar a atividade em si, mas que busquem os benefícios dessa prática. Assim, é possível fazer melhor direcionamento das demandas. Ademais, essa avaliação prévia é uma forma de criar um vínculo entre usuário e profissional de saúde e fortalecer a adesão ao grupo.

Única coisa que eu acho que a gente poderia fazer para ampliar e melhorar essas rodas é bolar algumas estratégias, porque o que que acontece, é difícil trazer a pessoa para participar da roda, e aí entra a parte que a gente precisa da equipe, de mobilizar as pessoas, porque muitas pessoas não sabem, não tem o conhecimento, nunca foi, nunca ouviu falar. Então assim, quando você explica, tem aquele preconceito porque nunca foi e nunca participou [...]. Então, quando ela vai, ela quer voltar, ela gosta de participar [...]. (PGI)

E concordo também com o que a ... falou, que acaba que para ter esse conhecimento tem que ter o apoio da equipe para as pessoas saberem da roda, mas também acho que agora algumas pessoas ficam meio apreensivas né?! De participar, mas eu acho que assim, dando essa continuidade, vai cada vez atrair mais pessoas, para alcançar os resultados cada vez maiores para as pessoas que estão participando [...]. (PLI)

A gente pode expandir essa prática para o técnico e para o agente comunitário que tenha perfil para isso, que consiga lidar com essas questões de conversar. É lógico que ele não vai ficar sozinho, né?! Mas levando conhecimento para ele, ele começa a se envolver também, e a fazer o marketing que a gente precisa para a pessoa participar, né?! [...]. (PFA)

Tem gente que vai ter até o perfil necessário para buscar essas pessoas, o olhar diferenciado para a pessoa que poderia se beneficiar com a terapia comunitária [...]. (PFI)

Nesse sentido, essas falas destacaram a importância de se ampliar a capacitação para outros profissionais da saúde, como os agentes comunitários de saúde e os técnicos em

enfermagem, para aumentar a equipe de terapeutas comunitários e, dessa maneira, potencializar as rodas de TCI. Uma equipe multidisciplinar será muito positiva para aumentar a quantidade de rodas nas unidades, bem como para promover maior envolvimento dos profissionais da saúde na divulgação dos benefícios e da importância da TCI para os usuários, e, assim, aumentar o número de participantes nas rodas.

Nesse contexto, Padilha e Oliveira (2012) relatam que, dentre as estratégias realizadas para melhorar a participação dos usuários nas rodas de TCI, formar grupos com os profissionais dos serviços para conhecerem a proposta e divulgarem as rodas, na área de abrangência dos seus serviços, e também conscientizar esses profissionais para fazerem encaminhamentos para as rodas de TCI, é de suma importância.

Realizou-se também a capacitação dos ACS's para atuarem como co-terapeutas e a divulgação da TCI através de panfletos e cartazes. E, acerca dessa importância de se levar o conhecimento aos usuários a respeito à TCI, Padilha e Oliveira (2012) complementam que a resistência dos usuários aos trabalhos grupais é reflexo da predominância de um modelo biomédico, no qual o usuário espera por atendimentos individuais. E, na proposta da TCI de promover o acolhimento das dores e sofrimentos no grupo, alguns usuários têm receio de expor suas fragilidades no coletivo.

Mas acaba que por ser em horário de trabalho, fica muito complicado, porque acaba que está abrindo mais espaço para as pessoas que estão em casa, né?! Pessoas aposentadas, e ainda não existe espaço para as demais pessoas, que é a maior parte da população né?! Que são as pessoas que estão trabalhando. Então, a gente sabe da dificuldade que é fazer uma coisa fora do horário, mas assim, é importante pensar essa possibilidade porque algumas pessoas têm condições de buscar esses recursos na rede particular, mas muita gente não tem, e acaba que não pode participar por causa de horário, né?! [...]. (PRU)

Então assim, pensar em alguma coisa além do horário de trabalho para conseguir pegar a população que está trabalhando e até da gente mesmo, né?! De repente, seria um caso a si pensar, porque quase todas às vezes que a gente tenta fazer até reunião de equipe, sempre tem as interrupções porque tem usuário precisando de alguma coisa, tem algum profissional precisando de alguma coisa [...]. (PFA)

A importância em se estabelecer horários alternativos para as rodas de TCI que ensejem a participação de maior número de usuários, pode ser evidenciada nessas falas. Nesse contexto, faz-se necessário adotar uma estratégia para a criação de um espaço para atender todas as demandas de terapias voltadas para os cuidados de saúde mental, com horários diferenciados e mais profissionais capacitados para realizar as rodas de TCI.

Destaca-se que, com o avanço do estudo, algumas ações estratégicas foram implementadas para alcançar as melhorias propostas, por exemplo, a implantação de rodas de

TCI em outras duas Unidades Básicas Saúde, sendo uma na unidade Maria José Faleiro e outra na unidade José Fausto Rabelo, até que seja possível ampliar para todas as demais unidades.

Isto posto, discorre-se, a seguir, a análise e interpretação dos resultados do estudo.

6.7. As percepções dos participantes acerca da capacitação

Com base na avaliação realizada individualmente, de forma virtual, com os participantes do estudo, através do *Google Forms* (Apêndice A), tornou-se possível relacionar suas percepções sobre o processo de capacitação conforme evidenciado a seguir.

Segundo Oliveira et al. (2016), em estudo acerca da formação e da qualificação de profissionais de saúde na Atenção Primária, ficou evidenciado que as capacitações são relevantes para a melhoria do profissional de saúde, bem como para mudanças necessárias nas práticas profissionais existentes.

Quando questionados se, como profissionais de saúde, tinham conhecimento da Terapia Comunitária Integrativa antes de participar da capacitação, quatro responderam que não, e três, que sim. Esse dado traz à tona a questão da necessidade da capacitação dos profissionais de saúde visto que, apesar de ser uma ferramenta eficiente, a maioria dos participantes a desconheciam.

Ao serem indagados acerca da abrangência de aplicabilidade da TCI, na promoção à saúde, os profissionais responderam da seguinte maneira:

Sim. A TCI quando bem aplicada por alguém capacitado pode auxiliar muito, pois o usuário que partilha suas dificuldades na roda sente o alívio por poder falar e ser ouvido e pode ainda encontrar o apoio que precisa. (PFI)

Sim, uma vez que a Terapia Comunitária é também um espaço onde as pessoas se apoiam e são motivadas a buscar o enfrentamento de suas inquietações e angústias. (PFA)

Sim. (PRU)

Com certeza, a TCI tem inúmeros benefícios para comunidade. (PMA)

Sim, vejo que a TCI consegue abranger várias faixas etárias em diversas fases da vida do usuário. (PRO)

Sim. (PGI)

Com certeza, a terapia pode ajudar muito na recuperação. (PLI)

Em estudo realizado por Garcia (2020), acerca a TCI, como estratégia de apoio à APS, evidenciou-se que a técnica da TCI proporciona um ambiente receptivo, possibilitando a superação de crises por meio do estabelecimento da autonomia e da responsabilidade. A autora

ainda complementou que, nas rodas, as pessoas puderam expressar suas emoções, o que auxiliou na diminuição das tensões oriundas do estresse.

Com relação às dificuldades encontradas, durante a capacitação para as rodas de TCI, os participantes se expressaram da seguinte maneira:

Falar, tenho certa timidez para falar em público de pessoas desconhecidas. (PFI)

Primeiramente, conciliar com a rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família. E, talvez devido à situação imposta pelo COVID-19, ficou a impressão de que os encontros se distanciaram, dificultando aliar a teoria à prática. (PFA)

No momento ainda não participei da prática da Terapia Comunitária Integrativa. Planejei participar diversas vezes, porém, devido à alta demanda dentro na unidade nesse momento de pandemia ainda não consegui participar. Desta forma, minha maior dificuldade foi conseguir disponibilidade de tempo para participar da TCI. (PRU)

Organizar o tempo, principalmente com a pandemia. Pois acabamos nos dedicando mais intensamente a questões do COVID. (PMA)

A princípio percebi que não conseguia conduzir uma terapia comunitária, acredito que não conhecia as técnicas. (PRO)

Não foram encontradas dificuldades relevantes. (PGI)

A principal dificuldade é o período da pandemia. (PLI)

A sobrecarga de trabalho foi ressaltada como um dos desafios vivenciados pelos profissionais de saúde em um estudo a respeito da Terapia Comunitária, visto que é necessário conciliá-la à rotina e às demandas preexistentes, o que nem sempre é possível (PADILHA; OLIVEIRA, 2012). Os autores também destacam, como dificuldade para a implementação da TCI, a falta de espaços adequados, de apoio da gestão e dos demais profissionais do serviço, o que prejudica as ações educacionais.

Souza et al. (2011) também relatam a respeito das dificuldades para a implementação da Terapia Comunitária em seu estudo, apontando a falta de capacitação dos profissionais, e o pouco envolvimento dos profissionais de saúde com os problemas encontrados.

Pensando na rotina de trabalho da APS, perguntou-se aos participantes quais contribuições as rodas de TCI agregariam em seu cotidiano laboral. Suas respostas foram:

Conhecer a realidade e necessidade dos membros da comunidade. Trazer o usuário para mais próximo da UBS, ouvi-los e entender as necessidades da comunidade, dando-me como gestor o poder de planejar ações específicas conforme a demanda. (PFI)

Uma vez que a TCI é um espaço de partilha de inquietações e sofrimentos do cotidiano, acredito que somará como um novo instrumento de prevenção e promoção da saúde, conferindo ao paciente maior capacidade de reconhecer/redescobrir seus valores e suas potencialidades. (PFA)

Acredito que a TCI pode funcionar como um recurso/ ferramenta para atender, orientar e propor proposta para prevenção e promoção da saúde, de forma que abranja um número maior de pessoas no mesmo tempo. (PRU)

A terapia comunitária além de fazer bem para comunidade, pois acredito que com a fala das angústias e inquietações pode até desafogar a rede, pois muitas doenças são reflexo dos sentimentos guardados, além das pessoas que procuram incansavelmente as unidades apenas para uma conversa. Com a terapia comunitária já existirá um espaço para isso. Com isso, incentiva aqueles que tem mais receio em falar, pois a experiência do outro pode encorajar. Mas além da comunidade, faz bem para nós profissionais, pois mesmo que estejamos conduzindo a TCI, sempre temos muito a aprender. (PMA)

A TCI é capaz de mudar opiniões e até condutas. O medicamento que antes era utilizado de forma errada, durante a TCI, aprendem com outras experiências o modo correto de usar, ou situações, como colocar teia de aranha em feridas consegue ser modificado somente usando a conversa e a experiência do outro. (PRO)

São muitos os pacientes que procuram as unidades, mas que na verdade gostariam apenas de atenção ou de uma conversa. Esses usuários poderiam ser direcionados para a TCI. (PGI)

Mais atenção aos usuários, escuta qualificada com mais atenção aos problemas e empatia. (PLI)

Carvalho et al. (2013) trazem uma questão muito importante acerca do saber, haja vista que as pessoas estão em constante aprendizado na TCI, sendo essa contribuição uma via de mão dupla, em que todos saem ganhando a partir da reflexão de histórias, ou seja, tanto os profissionais de saúde, quanto os participantes das rodas têm a ganhar com a TCI.

Ao serem indagados acerca das contribuições agregadas pelo conhecimento adquirido, durante a capacitação da TCI ao trabalho desenvolvido na UBS, os participantes expressaram:

Sim, algumas técnicas específicas de conversação, me ajudou a acessar melhor informações e ganhar mais confiança com alguns pacientes. (PFI)

Acredito que a capacitação não foi finalizada, nem todos os encontros propostos foram realizados, e não foi possível trabalhar na prática a Terapia Comunitária Integrativa, o que dificulta falar com propriedade a cerca dessas contribuições, mas que certamente serão relevantes. (PFA)

Ainda não tive oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos na capacitação, pois, no meu ver, a mesma ainda não encerrou. Vejo que estamos em processo de capacitação. (PRU)

Reafirmou o que eu sempre acreditei, que colocar os sentimentos para fora é benéfico, transformador. (PMA)

A abordagem, antes difícil para lidar ou iniciar uma conversa com os usuários ficou mais tranquila. Acredito que ainda precise de mais informações ou até mesmo mais capacitações. (PRO)

Sim. Reforçando a importância de dialogar. (PGI)

Trouxe sim, sempre adapto a terapia nas reuniões de equipe. (PLI)

Um ponto que precisa de atenção é o reconhecimento da importância dos treinamentos nas organizações de saúde para que haja, de fato, uma melhoria nos serviços prestados (COSTA et al., 2015). Nesse sentido, nos relatos, foi possível perceber que a capacitação conseguiu agregar nas atividades diárias desenvolvidas pela maioria dos participantes.

Quando questionados acerca dos ajustes necessários para realização da TCI, em seus locais de trabalho, os participantes responderam:

Um Espaço amplo reservado onde todos podem se sentir confortáveis, cadeiras. (PFI)

Definir um espaço físico, uma vez que a UBS não oferece essa estrutura; alinhar junto à equipe estratégias para levar ao conhecimento da população adscrita os benefícios da TCI, definir dia e horário para que seja uma atividade presente na agenda da ESF. (PFA)

Espaço físico, planejamento para organização de uma agenda para criar disponibilidade de tempo e mais profissionais capacitados para realizar a TCI. (PRU)

Espaço amplo. Mas isso não é uma dificuldade, pois sabemos que há outros recursos na rede que podem servir de apoio para fazer acontecer a TCI. (PMA)

Percebo que, muitas vezes, principalmente no cenário atual de pandemia, o usuário acaba procurando a UBS somente para sair do domicílio e poder conversar com alguém. O usuário utiliza de uma queixa para vir a UBS. No entanto depois de ter suas queixas ouvidas, e as vezes são queixas inerentes a UBS, se sentem encorajados a fazer alguma coisa ou mudar o jeito que vinha conduzindo a queixa. (PRO)

Engajamento e apoio da equipe da UBS. (PGI)

Persistência nas ações. (PLI)

C. Os pontos de melhoria importantes estão relacionados à infraestrutura, apoio da equipe de gestão e dos outros profissionais de saúde (PADILHA; OLIVEIRA, 2012). Nesse ponto, é importante ressaltar a necessidade não somente da capacitação dos profissionais, mas também a conscientização da equipe de gestão, para que possam ser dadas condições adequadas para a realização das atividades.

Como a capacitação foi desenvolvida no cenário da pandemia de Covid-19, os participantes foram questionados a respeito das dificuldades enfrentadas para a participação, ao que responderam:

O afastamento entre as pessoas, acredito que o contato físico é um importante fator para as Rodas de terapia comunitária, a interrupção das rodas devido às restrições da pandemia. (PFI)

Na Equipe de Saúde da Família Nordeste não foi realizada a TCI. (PFA)

Aumento da demanda de atendimento, aumento de procedimentos ambulatoriais, falta de profissionais para divisão de tarefas (sobrecarga de trabalho). São fatores que me impossibilitaram de participar da TCI. (PRU)

A falta de tempo, e a dificuldade e medo das aglomerações. Achar uma forma de reunir dentro dos protocolos de segurança. (PMA)

O distanciamento obrigatório a falta do toque e do acolhimento mais caloroso ao usuário, tornou a TCI um pouco mais difícil. (PRO)

Importância de redobrar os cuidados devido a pandemia. Distanciamento, uso de máscara e local adequado. (PGI)

A pandemia foi uma grande dificuldade (PLI)

O aumento da demanda de serviços para os profissionais de saúde, bem como a necessidade de manter o distanciamento prejudicaram a intervenção, pois a TCI é uma atividade que requer um ambiente acolhedor.

A fim de realizar ajustes necessários à configuração da capacitação, perguntou-se aos participantes a opinião deles a respeito, assim responderam:

De uma forma um pouco impositiva, devia ser primeiro apresentado o projeto, filtrando os que realmente tivesse interesse. (PFI)

No início nos foi apresentado uma capacitação para as Intervenções Breves, de forma que pouco foi discutido e explanado acerca da Terapia Comunitária Integrativa, recordo-me apenas de dois encontros voltados para esse tema. (PFA)

No meu ver, entendo que ainda estamos em processo de capacitação. Durante a capacitação o assunto mais abordado foi a intervenção breve, tivemos dois encontros relacionados a TCI e logo após foi iniciado a prática. (PRU)

Achei excelente, atividades práticas, problematização. Tudo que para mim reforça o aprendizado. (PMA)

Acredito que se não fosse o atual cenário de pandemia, teria sido melhor. (PRO)

Muito bom. (PGI)

Ótimo formato. (PLI)

A primeira fala expressa a pouca vontade do participante em estar na capacitação, no entanto, é, por meio da educação permanente, que é possível aprimorar, cada vez mais, o serviço prestado. Oliveira et al. (2016) relatam, em estudo, que um dos principais problemas em relação à formação os profissionais é justamente a dificuldade em associar teoria e prática. A capacitação tem por objetivo associar essas duas dimensões, com o intuito de formar competências aos profissionais de saúde.

Para a maioria dos participantes foi muito positiva a capacitação, no entanto, uma das participantes expressou que a capacitação não foi concluída, mostrando que ainda não estaria pronta para as rodas de TCI no cotidiano do trabalho na APS.

Para finalizar a avaliação, a questão de encerramento foi acerca das sugestões dos participantes para nova capacitação de profissionais da saúde para a TCI, ao que responderam:

Selecionar melhor os profissionais que tem o melhor perfil para conduzir uma Roda de TCI. (PFI)

Que os encontros sejam previamente agendados/programados, predeterminando os objetivos e resultados esperado, e que a capacitação seja ofertada pensando na realidade que cada ESF vivencia. (PFA)

Propor capacitações voltadas para realidade de cada equipe. (PRU)

Abrir para outros profissionais. Dessa forma, mesmo que os enfermeiros estejam sobrecarregados, não faltaria oportunidade de integrar a TCI nas unidades. (PMA)

Senti falta de um profissional psicólogo para instruções de como dar continuidade as queixas ou falas que remete a este profissional. (PRO)

Capacitação para outros profissionais que também tenham o perfil para conduzir a TCI. (PGI)

Reuniões periódicas para troca de experiências. (PLI)

Em complementação à avaliação somativa, realizou-se uma sessão de Grupo Focal, com todos os participantes envolvidos no presente estudo, para que trouxessem outras percepções que não foram registradas no formulário enviado eletronicamente, haja vista que algumas respostas foram muito sucintas. Assim, envidar-se-ão esforços para que as fragilidades sejam superadas, e a capacitação possa ser finalizada de forma a contemplar a implantação das rodas de TCI nas Unidades Básicas de Saúde da APS do município.

6.7.1. Avaliação coletiva da capacitação pelos participantes

O grupo focal, teve a proposta de avaliar as percepções dos profissionais enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e da fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, que atuou como apoio nesse processo, quanto à efetividade da capacitação realizada, e as análises da equipe frente à implantação da Terapia Comunitária Integrativa nas Unidades Básicas de Saúde do município de Carmópolis de Minas/MG.

Esse encontro foi conduzido pela pesquisadora e pela coordenadora do projeto de pesquisa e, para sua realização, as cadeiras foram dispostas estrategicamente de forma circular para facilitar as discussões e a interatividade entre os participantes. Nessa oportunidade, explicou-se aos participantes o objetivo do grupo focal e como seria sua condução na proposta de complementar a avaliação individual que foi realizada, inicialmente, em formato virtual, por meio do questionário *Google Forms*.

Segundo Backes (2011), com a identificação dos ganhos promovidos pelos grupos focais, no tocante à obtenção de opiniões importantes sobre determinada temática, tem-se aumentado sua aplicação em várias áreas do conhecimento, como nas pesquisas em enfermagem. Nesse sentido, ao considerar a dinamicidade e circularidade do grupo focal e avaliando-se a necessidade de diversificar os métodos utilizados nas pesquisas de enfermagem, a proposta de utilizá-lo, como técnica de coleta e análise de dados, torna-se um desafio indispensável e apropriado.

Destaca-se que, após a contextualização inicial, apresentaram-se ao grupo as duas perguntas que nortearam toda a discussão e solicitou-se aos participantes da pesquisa que expusessem suas respostas. Nesse contexto, serão destacados os recortes das falas dos participantes do grupo, respondendo à primeira pergunta, qual seja: “Na sua opinião, a capacitação para as rodas de TCI, o preparou devidamente para executar as rodas de TCI com os usuários das unidades, se não, o que deve ser realizado para reforçar a capacitação para que você se sinta preparado”?

Eu me sinto à vontade, porque eu já conhecia realmente e acredito que funciona e que tem um retorno, me sinto à vontade seguindo os passos e em fazer, me sinto à vontade em conduzir, não tenho dificuldade em conduzir [...]. Seria bom mais práticas abertas para discussão para tirar dúvidas [...]. (PFA)

É muito imprevisível a roda de terapia [...]. Eu acho que assim, precisa fazer mais trocas de experiências, reunir e conversar mais sobre o assunto, eu acho que me sentiria mais segura [...]. (PGI)

Nessas falas, os participantes do estudo evidenciaram a importância de se promoverem mais encontros envolvendo os profissionais de saúde com o objetivo de discutir as dúvidas e trocar experiências das situações que forem emergindo no processo de realização das rodas de TCI. Destaca-se que as supervisões de todo o trabalho relacionado à Terapia Comunitária Integrativa serão continuadas, e um cronograma foi criado para que, semanalmente, sejam realizados encontros entre os profissionais terapeutas comunitários, com o intuito de promover a troca de experiências e o fortalecimento da equipe.

Gostei bastante! Eu acredito na terapia comunitária. Acho que funciona bastante, mas não sinto que eu tenho habilidade para conduzir uma roda ainda [...]. Eu vejo que a roda não precisa ser guiada por um profissional com curso superior, mas acho que a pessoa que irá conduzir ela deve ter habilidade e perfil, e eu ainda não tenho esse perfil [...]. (PRU)

Nesse sentido, a habilidade é uma das dimensões da competência, e, continuando com a prática da realização das rodas de TCI, somado ao apoio da equipe, esta habilidade será desenvolvida.

Segundo Luisi (2006), para capacitar-se como terapeuta comunitário, é necessário ter afinidade com grupos de pessoas, com práticas comunitárias, com sensibilidade para reconhecer o sofrimento do outro e firmeza para atendê-lo. A autora complementa afirmando que, sendo a maior missão do terapeuta saber ouvir, acolher e ser capaz de sintetizar o tema escolhido, para que o grupo consiga trazer sua experiência, isto torna-se possível somente por meio da junção dos conhecimentos adquiridos na capacitação, ao saber advindo da sua própria experiência.

Eu acho que foi positiva, participei do projeto piloto [...], foi bom, deu para pegar ideia com a dinâmica e a gente participando da capacitação, das reuniões e trazendo a vivência para os profissionais a gente expandiu [...]. Eu acho que deve continuar assim, trazer experiência para a gente que vai começar nas comunidades, ideias do que deu certo e o que não deu, para ir tentando adaptar, foi viável sim, neste sentido [...]. (PLI)

Temos que ter persistência e aos poucos irá expandir [...]. Devido à dificuldade da pandemia [...]. Temos relatos de usuários que estão gostando e querem continuar, eles mesmos vão passando e a gente inserindo mais pessoas [...]. (PRO)

Bastante importante, na roda do dia 04, uma das pessoas deu respiro bem forte e falou assim: nossa... tô outra pessoa! Então, assim, naquele momento a gente arrepia, porque quando a gente acredita e vê ali naquele contexto da conversa né?! conforme foi conduzido, e você vê essa resposta [...]. (PGI)

Então assim, já foi alguns resultados que a gente já está colhendo dessas rodas! Então realmente funciona. Teve uma pessoa que participou, que eu acho que ela estava precisando muito, ela na última roda até chegou a chorar, e saiu dali falando da importância, de como que ela estava aliviada, então é importante sim [...]. (PFA)

Mas eu acredito muito na roda, essa semana também eu atendi uma pessoa que foi a [...], ela está desde o início na roda e ela mudou assim, completamente, hoje ela é outra pessoa [...]. Mas com certeza, eu não tenho que falar da importância e dos resultados que a gente já está vendo de algumas pessoas que participaram das rodas [...]. (PMA)

A Terapia Comunitária promove inúmeros benefícios aos usuários, como a restauração da autoestima, o resgate da identidade e a transformação pessoal por meio da descoberta do potencial que cada indivíduo carrega dentro de si, para a solução de seus problemas.

Guimarães e Valla (2010) concluíram, após realizarem encontros semanais de Terapia Comunitária Integrativa, que muitos dos usuários relataram sentimentos de melhora e leveza no estado emocional, além disso, que haviam tirado um peso de cima de si, e que as dores sentimentais haviam passado, ainda revelaram ter melhorado a qualidade do sono, entre outros aspectos. Os usuários também afirmaram que sempre retornavam nas rodas, porque a TCI ajudou-os a enfrentarem os seus problemas.

Eu acho que foi positivo as aulas que participei [...]. Eu tenho muito problema de conversação, venho desenvolvendo e treinando há algum tempo. [...]. Foi muito boa, mas pra mim, falta a prática com as palavras chaves para completar as partes de uma da outra [...]. (PFI)

A comunicação é uma das competências gerais do profissional da saúde, e nesse sentido, Dalcól et al. (2018) afirmam que a comunicação é essencial no cuidado da enfermagem, e destacam que o processo de comunicação entre o enfermeiro e os usuários deve acontecer de forma humanizada e empática. Dessa maneira, a comunicação torna-se mais do que um instrumento básico e deve ser desenvolvida como competência do profissional da saúde.

Braga (2004) demonstra, em seu estudo, como desenvolver a competência comunicativa, em quatro categorias, a saber: 1) estímulo recebido desde a graduação: destaca-se a relevância do estímulo para o aprendizado em comunicação desde a graduação, em que as leituras, acerca do tema, e as atividades práticas das disciplinas estudadas viabilizam a base para o desenvolvimento da competência comunicativa; 2) leitura para aprofundamento do tema: é importante acreditar que a competência em comunicação pode ser aprendida e que este aprendizado pode ser desenvolvido. Nesse sentido, a leitura e a busca pelo aperfeiçoamento desta capacidade são fundamentais; 3) prática profissional: a prática é uma condição básica para o desenvolvimento da comunicação. Dessa maneira, na formação e no ambiente de trabalho, devem ser proporcionadas situações para o desenvolvimento das competências por meio da prática; 4) desenvolvimento de pesquisas e publicações na área: a importância da busca constante por aprofundamento, isto é, publicando, participando de grupos de pesquisa, de *workshops* e eventos para aperfeiçoamento na temática.

Tenho aprendido muito e tenho muito a aprender ainda, e assim eu acho realmente que a cada roda a gente vai aprendendo um pouco mais [...]. Acredito que estou aprendendo cada dia um pouco mais [...]. Foi passado o passo a passo, a roda que eu vi, interagiram bem com a dinâmica [...]. (PGI)

Eu acho que a gente precisa treinar para ficar ótimo, eu tenho um perfil de falar, então para mim, não é dificuldade [...]. Eu gostei assim né, da experiência que a gente fez o projeto piloto foi muito bom [...]. Pra mim, eu achei ótimo, eu gosto de saúde mental, me vejo com facilidade para falar [...]. Eu gostei da capacitação e achei melhor com essa questão na prática, eu gosto mais de aprender na prática, eu absorvo melhor [...]. Eu acho que foi de grande aprendizado para nós, agrega muito para gente [...]. (PMA)

Eu acho que a teoria, o conhecimento e o embasamento é uma ferramenta para dar segurança e a gente vai se desenvolvendo ao longo dos anos [...]. (PRO)

Mais uma vez, as falas dos participantes evidenciaram que, para o desenvolvimento da competência, é necessário praticar para ter habilidade. Nesse sentido, a rodas de TCI “pilotos” foram uma importante contribuição para que cada profissional pudesse aplicar, na prática, os aprendizados teóricos adquiridos. O profissional deve trabalhar essa atitude, buscando se desenvolver a cada dia.

Depois que todos os participantes expuseram suas respostas, apresentou-se a segunda pergunta norteadora do grupo focal, qual seja: “Por favor, fale como foi para você realizar a roda de Terapia Comunitária”?

Os participantes do grupo, responderam à segunda questão, conforme mostram os recortes das falas a seguir:

Essas rodas de conversa, eu acho que é essencial para as pessoas em um momento para falar das suas angústias [...]. Eu acho que vai virar uma coisa grande e vai ser algo muito positivo desafogando muito o serviço [...]. Eu acho assim, que vai ser de grande valia para Carmópolis e para todos os lugares que colocarem isso como protocolo [...]. Foi ótimo, estava precisando disso, porque pra gente é ótimo, nos motiva, porque a gente vê que assim, estamos no caminho certo [...]. (PLI)

Na terapia comunitária, tem mais facilidades por ouvir, de resolver seus problemas. Eu já fiz terapia várias vezes e eu nunca me encontrei tanto, igual me encontrei [...]. Tem mais possibilidade da gente achar o lugar que a gente consegue resolver nossas questões ali [...]. Para mim foi ótimo! Eu gosto muito! É uma área que eu gosto de participar, um assunto que me interessa [...]. A gente foi participando de outros dias, a gente vai pegando palavras chaves, assim facilita para gente conseguir pegar o eixo da roda e não se perder [...]. (PMA)

É sempre muito positivo em todas as rodas, e o retorno delas são sempre muito positivos. Os usuários falam dos vários benefícios, que hoje estão se sentindo melhores do que antes [...]. (PFI)

Foi feita uma com os pacientes e outra com os agentes de saúde. Foram muitos pontos positivos e eu achei muito importante, interessante, um retorno positivo [...]. E para mim, também foi muito bom! Às vezes, a gente chega tão carregada, cheio de problemas, que acaba que a terapia é boa para você também, sai dali mais leve [...]. Acredito bastante nessa questão de terapia [...]. (PRU)

Essa terapia, além de ser oferecida para os pacientes, serve também então como ponto positivo para a gente. Então assim, acredito bastante mesmo, nessa terapia comunitária [...]. (PFI)

Dentre os vários aspectos positivos da TCI, conforme destacados nessas falas, fica evidenciado o bem-estar que as rodas proporcionaram aos profissionais participantes do estudo, no sentido de poderem compartilhar nas rodas suas vivências e experiências de enfrentamento dos seus problemas e de ser um momento de troca com os usuários que agregam muito aprendizado. Além disso, o sentimento de satisfação que provoca ao se promoverem os benefícios aos usuários gera a motivação e o empoderamento da equipe.

Nesse sentido, criou-se um cronograma para realização das rodas de TCI com os profissionais de saúde, e, até o presente momento, houve duas rodas, tendo como participantes os profissionais do CAPS, do Conselho tutelar, do Centro de Referência da Assistência Social, e do Serviço de Atenção à Criança e Adolescente, com ênfase à promoção de saúde mental dos

profissionais de saúde e da assistência social, na perspectiva de promover a saúde destes trabalhadores.

Nesse contexto, Luisi (2006) afirma que a Terapia Comunitária é bastante rica como vivência e troca de experiências, e, dessa forma, o terapeuta também se beneficia de esperança e entusiasmo, vindos do grupo no qual está trabalhando. Contudo, o terapeuta comunitário, além de desenvolver todas as funções de cuidado da rede da qual faz parte um grupo de TCI. Esses profissionais também precisam enfrentar os seus problemas pessoais do cotidiano e com suas famílias. Dessa maneira, faz-se necessária a realização de grupos de TCI com os terapeutas comunitários, assim como outros profissionais do cuidado, como estratégia de um espaço destinado ao cuidado dos cuidadores. Essa estratégia é uma forma de valorização profissional, que busca oferecer-lhes um espaço de cuidados no qual possam trabalhar suas inquietações, aliviar suas tensões e preocupações pessoais.

A gente vê de forma positiva, porque as pessoas estão indo lá, porque elas precisam de ajuda. Saem de lá ajudando umas às outras [...]. O que a gente vê e percebe é isso, elas vão em busca de ajuda, elas percebem que tem que ajudar o outro, é o que faz a gente acreditar na assistência e continuar [...]. (PRO)

Cria intimidade, ela já me seguia nas redes sociais, mas não tinha intimidade, mudou participando da roda [...]. Eu ia falar dessa intimidade, parece um laço, o laço de vínculo, isso é interessante, e isso é naturalmente, não é forçação, mas naturalmente [...]. O vínculo é a marca registrada [...]. (PGI)

Essas falas demonstram a importância da TCI para o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Essa relação de confiança é fundamental para o restabelecimento do convívio social. De acordo com Guimarães e Valla (2010), os encontros de TCI são compreendidos também como espaços de convivência, pois além do aspecto de intervenção social, presente nesses encontros, como uma prática de cuidado em saúde, por tratar-se de um espaço de escuta, acolhimento do sofrimento, diálogo e vínculo, os encontros sistemáticos permitem a convivência e o estabelecimento de vínculos de confiança.

A clínica ampliada, uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH), propõe, para qualificar o modo de se fazer saúde, que o profissional de saúde estabeleça vínculos duradouros com os usuários e faça aproximação com suas famílias e redes de convívio social, por meio do acolhimento, da prática da escuta qualificada das necessidades dos usuários e do estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2009).

Segundo Andrade (2009), nos encontros de TCI, ao passo que cada tema é trabalhado, a formação de vínculos entre os usuários e terapeutas vai se fortalecendo. O autor complementa que, estando mais próximos da comunidade, os profissionais tornam-se capazes de estabelecer

vínculos mais afetivos e, dessa forma, identificar as situações de sofrimento emocional para intervir na singularidade de cada caso.

Dá certo! É muito bom ver que as pessoas têm empatia mesmo! Que elas estão ali para serem ajudadas, mas elas também ajudam. É um ajudando ao outro! [...]. (PLI)

Destaca-se que a Terapia Comunitária Integrativa é uma potente aliada para o desenvolvimento de empatia entre as pessoas, e uma dessas maneiras é através da promoção da ajuda mútua. Holanda, Dias e Ferreira Filha (2007) afirmam que a Terapia Comunitária trata-se de um espaço aberto, de ajuda mútua, em que os indivíduos são compreendidos na sua individualidade e contextos familiares, sociais e culturais. Ademais, a partir da escuta das histórias de vida de cada um, todos tornam-se solidários pela superação dos desafios diários, respeitando sua dinâmica interna e sua capacidade de transformação.

Eu me sinto bem à vontade, tanto para conduzir quanto para participar [...]. (PFA)

Estar lá, na roda, também é uma terapia para nós, a gente aprende muito. Como sou muito calada, não sou de conversar e me abrir, e eu mudei muito, isso foi o benefício da roda [...]. (PGI)

Nessa fala, o participante retrata o benefício da roda ao trabalhar a sua comunicação, colaborando com o desenvolvimento de uma competência para o trabalho e também para a vida pessoal.

Eu aprendi na roda né?! De que quando você está com uma questão que está te incomodando a importância de falar, de conversar, e eu acredito que a cada roda a gente vai aprendendo um pouco mais e é para a vida da gente [...]. A gente conduzindo a roda, a gente vê vários problemas e, às vezes, o seu problema fica pequeno [...]. Muitas vezes eu saio da roda me sentindo muito melhor, então eu acredito sim que têm muitos benefícios dentro da roda [...]. (PLI)

Nesse contexto, a fala do participante acerca dos benefícios “dentro da roda” evidencia que a disposição dos participantes no espaço físico, em formato circular, é estratégica. Barreto (2008) explica que a disposição dos integrantes da roda no formato circular permite um contato mais próximo e a troca de olhares, e, olhando nos olhos um do outro, torna-se possível sentir a emoção que provém das falas repletas de sofrimento. A roda beneficia a contenção grupal e o estabelecimento de vínculos afetivos entre os usuários.

Eu vejo de maneira geral, sempre comentam assim, muitos cobram quando vai ser a próxima, ou seja, se estão procurando, estão gostando [...]. Eu gostei demais, a gente não percebe o quanto que o problema da gente é pequeno, quando comparado aos dos outros. Eu acho que esse ponto é muito interessante! De maneira geral, é por aí [...]. (PMA)

As rodas de TCI precisam obedecer a uma periodicidade com programação de dias e horários predefinidos, e esses devem ser divulgados, para que a comunidade tenha acesso a essa informação. A frequência de realização das rodas é definida de acordo com a realidade de cada unidade.

A meu ver né?! Aparentemente a coisa embora exige essa habilidade, mas é uma coisa muito simples de fazer e conduzir, mas a gente precisa ter um certo jeito, porque se a coisa toma outro rumo sem sentido, a pessoa se perde [...]. (PFA)

Essa fala demonstra a importância em se manter o foco no tema que está sendo abordado no dia da sessão de TCI, bem como seguir toda a sequência de passos que ensina a metodologia. Nesse sentido, Luisi (2006) complementa que as rodas de TCI são estruturadas em passos predefinidos que caracterizam uma prática relativamente simples que permite que o terapeuta tenha uma postura mais estratégica, assim, a TCI é entendida como uma prática terapêutica moderna.

Eu acho que é uma coisa boa! Ela não te dá outros caminhos, e funciona tão naturalmente, de forma leve [...]. (PGI)

A TCI é uma estratégia simples, porém, não simplista, que viabiliza e abre possibilidades para atendimento em saúde mental para a comunidade, e, dentre as ferramentas utilizadas na produção do cuidado, destaca-se como sendo uma tecnologia leve com capacidade para produzir transformações práticas na saúde. De acordo com Merhy (1997), a tecnologia leve consiste nas relações que são indispensáveis para a produção do cuidado, na qual o diálogo e a escuta são colocados em primeiro plano, valorizando o acolhimento durante os atendimentos aos usuários, compreendendo um dispositivo de atendimento humanizado.

7. CONCLUSÃO

Constatou-se, pelo presente estudo, que a maioria dos profissionais de saúde que participaram do processo de capacitação expressaram estar capacitados e aptos para dar continuidade nas rodas, seguindo a metodologia da TCI, e que eles têm sentimentos de motivação e determinação para seguir nesta missão.

Além disso, ao compartilharem suas experiências positivas quanto aos benefícios que as rodas de TCI proporcionaram, em suas vidas profissionais e pessoais, e também na vida dos usuários que participaram deste projeto “piloto” e que se mostraram entusiasmados e interessados em continuar participando das rodas de TCI, tornou-se possível evidenciar que a TCI é uma tecnologia de cuidado leve, inovadora e eficaz, com capacidade de desenvolver competências para melhorar as relações pessoais e também com a comunidade.

Cumpré destacar que algumas adequações serão necessárias, para que as rodas de TCI possam constituir, efetivamente, um protocolo de saúde mental do município de Carmópolis de Minas/MG, por exemplo, quando durante o desenvolvimento do grupo focal, um dos participantes afirmou não ter perfil para desenvolver a TCI como terapeuta condutor das rodas. Por esse motivo, ele deverá ser direcionado para outras funções que se fazem necessárias no processo de preparação das rodas de TCI que se enquadrem ao seu perfil.

Os participantes do estudo destacaram também a importância em continuar o acompanhamento das rodas de TCI com a supervisão desta pesquisadora e da coordenadora do projeto, com a promoção de encontros regulares e programados com os profissionais responsáveis pelas rodas, a fim de se esclarecerem dúvidas, compartilharem sugestões de melhorias, trocarem experiências e potencializarem o vínculo da equipe.

Nesse contexto, foi possível observar a TCI como uma potente ferramenta de cuidado na atenção primária à saúde, capaz de elevar a autoestima, de restabelecer vínculos e de criar redes de apoio aos usuários, e, dessa maneira, permitir a retomada do protagonismo de suas vidas, assim, otimizar os atendimentos em saúde mental do município.

Como limitação do estudo, houve a mudança no cronograma programado para a capacitação devido à pandemia, como mencionando. Esse cenário também trouxe maior sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. O número reduzido de participantes da capacitação constituiu outro fator limitante, visto que um número maior traria mais riqueza para os debates e para o estudo.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, C. et al. Equipes de Saúde da Família e a Atenção em Saúde Mental: a construção de uma agenda. In: MEDEIROS, J.; CASTRO, J. (Org.) **Sementes do SUS**. Porto Alegre: Pallotti, 2006.
- AMARANTE, P. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ANDRADE, Fábila Barbosa. **A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários**. João Pessoa, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5116?locale=pt_BR>. Acesso em: 09 maio 2021.
- ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v. 40, n. 4, p. 471-479, 2004.
- ANDRADE, R. L. de P. e PERDÃO, L. J. **Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2005, v. 13, n. 5, p. 737-742. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500019>>. Acesso em: 26 maio 2021.
- ANGHEBEN, Aline Todeschini et al. Diagnóstico Situacional de Saúde Mental em um município do Interior do Rio Grande Do Sul. **II Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG)**. Caxias do Sul – RS, de 27 a 29 de maio de 2014. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/504-517/945>>. Acesso em: 23 set. 2019.
- BACKES, D. T. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo Da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BARRETO, A. P. et al. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS: A inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2011.
- BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 3. ed. rev. e ampl. Fortaleza: LCR, 2008.
- BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 5. ed. rev. e ampl. Fortaleza-CE: LCR, 2019.
- BAUMAN, Z. **Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2008.

BRAGA, E. M. **Competência em Comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem.** São Paulo, 2004. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-155511/publico/Eliana_Mara_Braga.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde Mental em Dados.** 12. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde 2001. **Conselho Nacional de Saúde.** III Conferência Nacional de Saúde - Caderno Informativo I ed. Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. v. 50, jul. 2019. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016.** Disponível em:
<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: Ministério de Saúde, 2013. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada.** Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas de saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Diário Oficial da união, Brasília, 2017. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final: **IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (MS); 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BREDA, Mércia Zeviani et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2021.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de, SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

CARDOSO, Lucilene; GALERA; Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>>. Acesso em: 25 set. 2019.

CARVALHO, M. A. P de et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out., 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/s8dnR3695JNf6QHgjVWRRZs/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA, Daniele Bernardi da et al. Impacto do treinamento de equipe no processo de trabalho em Saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7439-47, abr., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13603/16430>>. Acesso em: 25 set. 2021.

COSTA, Karla Viana. **Saúde Mental: Um desafio para a Saúde Pública**. Lagoa Santa (MG), 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4563.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2019.

COSTA, Luciana Raika. **Terapia Comunitária e Atenção Básica: Possibilidades de Atenção à Saúde Mental no Município de Pimenta – MG.**, Pimenta/Minas Gerais, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Terapia_comunitaria_e_atencao_basica__possibilidades_de_atencao_a_saude_mental_no_municipio_de_Pimenta___MG_/458>. Acesso em: 10 maio 2021.

DAGNINO, Renato Peixoto. Planejamento estratégico governamental 3. ed. **rev. At al.**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

DALCÓL, Camila et al. Competência em comunicação e estratégias de ensino-aprendizagem: percepção dos estudantes de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 3, ago. 2018. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53743>>. Acesso em: 11 jul. 2021.

DENZIN N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods** Routledge: London; 2009.

DONABEDIAN, A. **An Introduction Quality Assurance in Health Care**. Oxford: 2003.

FUREGATO, A. R. F. Mental health policies in Brazil [editorial]. **Ver Esc Enferm USP**. v. 43, n. 2, p. 1-2, 2009.

GARCIA, Maria da Graça Araújo. Terapia comunitária integrativa como estratégia de apoio à Atenção primária à saúde. **Temas em Educ. e Saúde, Araraquara**, v. 16, n. esp. 1, p. 446-461, set., 2020.

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

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 08, n. 03, p. 404-414, 2006.

GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa; VALLA Victor Vincent. **Terapia Comunitária como expressão de Educação Popular: um olhar a partir dos encontros com Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<https://www.anped.org.br/biblioteca/item/terapia-comunitaria-como-expressao-de-educacao-popular-um-olhar-partir-dos-encontros>>. Acesso em: 07 maio 2021.

HOCHMAN, Bernardo et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cir. Bras., São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010286502005000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2021.

HOLANDA, VR, DIAS, MD, FERREIRA FILHA, MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 09, n. 01, 2007. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7137>>. Acesso em: 07 maio 2021.

HYMAN, S. et al. Mental Disorders. **In: Disease control priorities in developing countries**. Oxford: World Bank/Oxford University Press; 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>> Acesso em: 23 set. 2019.

IBGE, 2020. Cidades: **Carmópolis**. Panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 04 maio 2021.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 15 maio 2021.

LUIZI, Liz Verônica Vercillo. **Terapia Comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação.** São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15496>>. Acesso em: 11 maio 2021.

MARI, J. J.; JORGE, M. R. **Transtornos psiquiátricos na clínica geral.** Psychiatry On- line Brazil. 1997, 2. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

MATUS, Carlos. **Adeus, senhor Presidente. Governantes governados.** São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed. p. 119-141, 2007.

MENDONÇA, Gilberto José Montaña et al. A utilização do diagnóstico situacional para o planejamento das ações na ESF. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. 8170-8184, mar./apr. 2021. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/28118>>. Acesso em 26 set 2021.

MENEZES, Ebenezer Takuno de. **Verbetes avaliação somativa.** Dicionário Interativo da Educação Brasileira - EducaBrasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2001. Disponível em <<https://www.educabrasil.com.br/avaliacao-somativa/>>. Acesso em 30 maio 2021.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf> >. Acesso em: 10 ago. 2018.

NEVES, R. et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 30, n. 2, p. 356-368, 2012.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9xmh853N9RkL7F8x97XFxxh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 set. 2021.

OPAS/OMS. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OMS; 2001. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso em: 22 set. 2019.

PADILHA, Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000044>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

PEREIRA, Maria Odete et al. **Avaliação das políticas públicas em álcool e outras drogas**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

PREFEITURA DE CARMÓPOLIS DE MINAS. **Dados Epidemiológicos Atualizados**. Disponível em: <<https://carmopolisdeminas.mg.gov.br/noticia/dados-epidemiologicos-atualizados-76/>>. Acesso em: 11 jun. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMÓPOLIS DE MINAS. **A Cidade**: Localização.2021. Disponível em: <<https://carmopolisdeminas.mg.gov.br/>>. Acesso em: 04 maio. 2021.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. **R. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%0B%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/11.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 28 abr. 2021.

SÁ, M.C.; PEPE, V. L. E. **Planejamento estratégico**. In: ROZENFELD, S., (Org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]**., p. 196-232, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

SILVA, Priscilla Maria de Castro. **A terapia comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta**. João Pessoa, PB, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9099?locale=pt_BR>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SOUZA, Gleci Mery Leite de et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 4, p. 682-8, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 19-43, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

WHO. World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates**. Genebra: 2018. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>>.
Acesso em: 28 set. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTÕES APLICADAS AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL ATRAVÉS DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO – GOOGLE FORMS

Pesquisa de Mestrado - Daniela Leite Garcia Silva.

Convido você, profissional da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, a participar da pesquisa intitulada " CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PARA A REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DO MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS - MINAS GERAIS."

1. E-mail
2. Informe o seu nome completo:
3. Qual sua idade?
18 a 20
21 a 30
31 a 40
41 a 50
Acima de 50
4. Informe o seu estado civil:
Solteiro (a)
Casado (a)
Divorciado (a)
Viúvo (a)
5. Qual curso você realizou?
Medicina
Enfermagem
Psicologia
Fisioterapia
Outro:
6. Qual universidade você formou?
7. Informe sua formação:
Superior completo
Pós-graduação (especialização)
Pós-graduação (mestrado)
Doutorado

8. Você pretende aprimorar o seu conhecimento e fazer novos cursos?
Sim
Não
Talvez
9. Qual é o tipo de vínculo empregatício que você tem com a secretaria municipal de Saúde de Carmópolis de Minas?
Concurso público
Processo simplificado (seletivo)
Contratado
Cargo comissionado
10. Qual é a sua carga horária de trabalho?
20 horas semanais
30 horas semanais
40 horas semanais
Outro:
11. Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde?
menos de 1 ano
2 a 5 anos
6 a 10 anos
acima de 10 anos
12. Qual Unidade de Saúde você trabalha?
José Fausto Rabelo
Franklin Lopes do Amaral
Argeu Maurício Vaz de Oliveira
Maria José Faleiro
Zezé Enfermeiro
13. A UBS onde você trabalha está localizada na:
Zona rural
Zona urbana
14. Há quantos usuários cadastrados na sua unidade?
até 1000 usuários
1001 a 2000
2001 a 3000
acima de 3.000
15. Descreva o nome da sua equipe.
16. A qual equipe você pertence?
Equipe 1
Equipe 2
Equipe 3
Equipe 4
Equipe 5
Equipe 6

17. Há quantas famílias cadastradas em sua equipe?
até 500 famílias
501 a 1000 famílias
1001 a 2000 famílias
2001 a 4000 famílias
acima de 4000 famílias
18. Você, como profissional de saúde já conhecia a Terapia Comunitária Integrativa antes de participar desta capacitação?
Sim
Não
19. Você considera que a Terapia Comunitária pode ser aplicada para outras condições clínicas em que seja necessário ajudar o (a) usuário(a) a se motivar para o tratamento e promoção de sua saúde?
20. Para você, quais foram as dificuldades encontradas durante a participação da capacitação para a Terapia Comunitária Integrativa - TCI?
21. Fale-me, por favor, acerca das contribuições que a Terapia Comunitária Integrativa –TCI pode trazer para o seu trabalho, no cotidiano da Atenção Primária.
22. Depois da capacitação, o conhecimento adquirido na capacitação trouxe contribuições para o seu trabalho desenvolvidos na UBS? Explique de que forma, por favor.
23. Terminada a capacitação, o que você considera que é necessário para realizar a TCI onde você trabalha?
24. Por favor, fale acerca das dificuldades que você encontrou para a realização da TCI, durante a capacitação, neste contexto de pandemia (COVID-19).
25. Por favor, fale a respeito do que você achou do formato empregado na capacitação para a Terapia Comunitária Integrativa.
26. Quais são as sugestões que você deixa para uma nova oferta de capacitação de profissionais da saúde para a Terapia Comunitária Integrativa?

APÊNDICE B

LEVANTAMENTO DE DADOS DE SAÚDE MENTAL

SECRETARIA DE SAÚDE DE CARMÓPOLIS DE MINAS

DATA: ____/____/____

UBS: _____

EQUIPE: _____

MICROÁREA: _____

ACS: _____

ENFERMEIRA: _____

1. NOME DO PACIENTE (iniciais): _____

2. DN: ____/____/____

3. IDADE: _____

4. ESTADO CIVIL: _____

5. SEXO: ()feminino ()masculino

6. ETNIA: ()branco ()pardo ()negro ()outra

7. ENDEREÇO: _____

8. GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

9. HISTÓRICO DE SAÚDE DO USUÁRIO:

1. EM USO DE ALCOOL? ()SIM ()NÃO ()ÁS VEZES
()LEVE ()MODERADO ()MUITO

QUAL?: _____

2. EM USO DE OUTRAS DROGAS? ()SIM ()NÃO ()ÁS VEZES

QUAL?: _____

()LEVE ()MODERADO ()MUITO QUAL?: _____

()SIM ()NÃO ()ÁS VEZES QUAL?: _____

3. FAZ USO DE MEDICAÇÕES PSICOFARMACOS? ()SIM ()NÃO

QUAL?: _____

4. JÁ REALIZOU TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO (suicídio): ()SIM

()NÃO

QUANDO?: _____

FOI ACOMPANHADO PELA REDE NESSE PERÍODO ()SIM ()NÃO

Se sim, qual serviço que acompanhou o usuário

5. JÁ FOI INTERNADO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, CLÍNICA

PSIQUIÁTRICA ou COMUNIDADE TERAPEUTICA?: ()SIM ()NÃO

QUANTO TEMPO?: _____

Se sim, em que modalidade de Serviço _____

6. FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO?:
QUAL? _____
7. É DO TIPO DE PESSOA QUE NÃO CONSEGUE CONVIVER EM SOCIEDADE?
()SIM ()NÃO
8. JÁ FEZ AUTOMULTILAÇÃO? ()SIM ()NÃO
ONDE?: _____ QUANDO?: _____
9. PACIENTE É AGRESSIVO? ()SIM ()NÃO ()ÁS VEZES
()LEVE ()MODERADO ()MUITO
10. É UMA PESSOA QUE TEM MANIA DE ACUMULAR OBJETOS/MATERIAIS/LIXO EM SUA RESIDÊNCIA? ()SIM ()NÃO
11. É UMA PESSOA QUE NÃO TEM AUTOCUIDADO/HIGIENIZAÇÃO, AUTOESTIMA?
()SIM ()NÃO
12. É UMA PESSOA QUE DIZ “OUVIR VOZES”? ()SIM ()NÃO

RELATAR OBSERVAÇÕES ACERCA DESTE USUÁRIO QUE NÃO FOI DESCRITA ACIMA E QUE POSSA AJUDAR A IDENTIFICAR ALGUM TIPO DE ADOECIMENTO PSÍQUICO: (NORTEADOR)

ASSINATURA E CARIMBO DA ENFERMEIRA RESPONSÁVEL

APÊNDICE C

QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL COM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Na sua opinião, a capacitação para as rodas de TCI, o preparou devidamente para executar as rodas de TCI com os usuários das unidades? Se não, o que considera ser necessário reforçar, na capacitação, para que você se sinta preparado?
2. Por favor, fale-me como foi para você realizar a roda de Terapia Comunitária?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: “CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PARA A REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DO MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS - MINAS GERAIS”.

Pesquisadora: Daniela Garcia Leite – Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de Federal de Minas Gerais – MG.
E-mail: dangarsilva@gmail.com

Coordenadora do Projeto - Prof^a. Dr.^a Maria Odete Pereira – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade de Federal de Minas Gerais.
E-mail: maria.odetepereira@gmail.com

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Este estudo tem como objetivos: realizar o diagnóstico situacional em saúde mental dos usuários da Atenção Primária de Saúde do município para identificar e caracterizar os usuários com transtornos psíquicos, usuários de álcool e outras drogas e com história de tentativa de suicídios atendidos nas unidades da Atenção Primária de Carmópolis de Minas/ MG. E capacitar os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde para a realização da Terapia Comunitária Integrativa na atenção primária do município de Carmópolis de Minas/ MG, a fim de intervir com efetividade, restabelecendo a autoestima e minimizando o sofrimento psíquico dos usuários, e dessa maneira viabilizar o CAPS I e promover mais uma estratégia no atendimento a saúde mental.

Você é livre para expressar suas ideias e poderá fazer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-la em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado(a) a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos ou constrangimentos. Se você se negar a participar da pesquisa ou interrompê-la, não sofrerá nenhum prejuízo.

Os dados da presente pesquisa serão registrados; posteriormente lidos e analisados, mas o seu nome não constará nos registros. Sua identidade não será revelada, nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

- 1) Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- 2) Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
- 3) Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
- 4) Não sofrerá qualquer prejuízo, caso se negue a participar do estudo ou interrompa sua participação.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

Carmópolis de Minas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora (mestranda)

Nome completo do pesquisador responsável: Prof. Dra. Maria Odete Pereira

Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 513, Santa Efigênia
CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-3940 – 31. 99808-0474

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Nome completo da Mestranda do PPGENF/EEUFMG

Daniela Garcia Leite

Tel.: (37) 99836-4872

E-mail: dangarsilva@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais

Telefone: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

APÊNDICE E

PRODUTO TÉCNICO

PRODUTO TÉCNICO - CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

FACILITADORAS:

Daniela Leite Garcia Silva

Prof.^(a). Dr.^(a). Maria Odete Pereira

OBJETIVO GERAL

Aprimorar os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde para a realização da Terapia Comunitária Integrativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar sobre a saúde mental da Atenção Primária à Saúde;
- Discutir acerca dos conceitos dos transtornos mentais comuns, moderados e graves prevalentes;
- Apresentar a Terapia Comunitária Integrativa como novo método de cuidado em saúde mental.

PÚBLICO ALVO: Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e Fisioterapeuta do NASF.

MÉTODO DIDÁTICO

- Aulas expositivas e dialogadas;
- Estudo piloto da TCI;
- Rodas de conversa.

RECURSOS DIDÁTICOS

- Reprodução de videoaula;
- Formulário eletrônico;
- Apostila para estudo.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 7 participantes.

ENCONTROS: A capacitação foi dividida em cinco etapas, a saber:

- Aulas expositivas e dialogadas;
- Teoria e videoaulas acerca da TCI;
- Estudo piloto das rodas de TCI;
- Rodas de Conversas seguindo os passos da TCI;
- Devolutivas para avaliação da capacitação.

PRIMEIRA ETAPA

Na primeira etapa, houve 5 encontros com aulas expositivas e dialogadas que tiveram duração de 4 horas cada aula. Abordaram-se as seguintes temáticas:

- Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental;
- Epidemiologia dos Transtornos Mentais no Brasil;
- Rede de Atenção Psicossocial – RAPS;
- Abordagem acerca da definição dos Transtornos Mentais Comuns, Moderados e Graves Prevalentes;
- Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e a Terapia Comunitária Integrativa.

SEGUNDA ETAPA

A segunda etapa ocorreu por meio de teoria e videoaulas acerca da TCI, com 5 encontros de 4 horas cada aula. Esta etapa teve por objetivo:

- Apresentar a nova tecnologia de cuidado em saúde mental com a proposta de intervenção psicossocial nas UBS;
- Enfatizar os cinco alicerces teóricos e as etapas de execução da Terapia Comunitária;
- Agendar mais um encontro para novas discussões e dúvidas acerca da TCI.

TERCEIRA ETAPA

Nesta etapa, realizou-se o estudo piloto das rodas de TCI. Foram 2 rodas de TCI com duração de 1,5 hora cada aula. No primeiro momento, ocorreu a roda de TCI com os profissionais da rede com intuito de reforçar o conhecimento ministrado na capacitação. Essa

estratégia também permitiu o grupo superar possíveis dificuldades e/ou dúvidas na hora da aplicação das etapas de execuções da TCI nas futuras rodas de conversa com usuários.

QUARTA ETAPA

A quarta etapa compreendeu as rodas de conversas, seguindo os passos da Terapia Comunitária Integrativa, totalizando 11 rodas de TCI com duração média de 1,5 hora cada uma delas. Um ponto a se observar é que todos os participantes do estudo tiveram a oportunidade de conduzir a roda e aplicar a metodologia aprendida durante a capacitação.

QUINTA ETAPA

Esta quinta e última etapa consistiu nas devolutivas para avaliação da capacitação. Foram realizadas 6 sessões com duração média de 4 horas cada aula e ocorreram no formato de roda de conversa. Nesse momento, foi possível conhecer as dificuldades e oportunidades de melhoria.

Como forma de complementar a avaliação da capacitação, realizada por meio de um formulário eletrônico, realizou-se um grupo focal com os participantes.