

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Terapia Comunitária para pacientes usuários de
medicamentos psicotrópicos na atenção primária em
saúde**

DEBORA CRISTINA DE MELO LIMA

**UBERABA MINAS GERAIS
2011**

DEBORA CRISTINA DE MELO LIMA

**Terapia Comunitária para pacientes usuários de
medicamentos psicotrópicos na atenção primária em
saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção de título de Especialista.
Orientador: Profa. Dra. Maria José
Moraes Antunes

**UBERABA MINAS GERAIS
2011**

DEBORA CRISTINA DE MELO LIMA

**Terapia Comunitária para pacientes usuários de
medicamentos psicotrópicos na atenção primária em
saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção de título de Especialista.
Orientador: Profa. Dra. Maria José
Moraes Antunes

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes (orientadora)

Profa. Profa. Dra. Márcia Bastos Rezende (co-orientador)

Aprovado em Belo Horizonte em 24 de novembro de 2011

RESUMO

A finalidade deste Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Coletiva em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi aprofundar estudos acerca das orientações dadas às pessoas da área de abrangência da equipe de saúde da família com transtornos mentais. Os objetivos foram contribuir para melhorar a qualidade da assistência dos membros da equipe da saúde da família às pessoas que fazem uso de medicação controlada e dependem do médico da Equipe de Saúde da Família (ESF) para trocar a receita, conhecendo e analisando propostas de terapia comunitária para serem implantadas junto aos usuários que vão à unidade para trocar e receber medicação para distúrbios mentais. A metodologia constou de revisão bibliográfica de artigos científicos e legislação das políticas públicas de saúde mental, selecionados a partir dos objetivos propostos. Os textos lidos foram obtidos em sites científicos (SciELO) e institucionais (MS). Concomitante à leitura e análise dos textos foram iniciadas “Rodas de Terapia Comunitária” no atendimento aos pacientes cadastrados no grupo que mensalmente vão ao posto em busca de medicação controlada para distúrbios mentais. Atualmente as rodas são semanais, sempre antes dos Grupos de Trocas de Receita Controlada. Como resultado nota-se que esta atividade vem ganhando espaço e que alguns pacientes aumentaram sua resiliência no enfrentamento e busca de solução para os seus problemas, reduzindo de forma gradativa uso de medicações. Além disso, tem estreitado os vínculos entre trabalhador e usuários, tornando a atenção oferecida mais humana e de qualidade. É uma experiência nova para os pacientes e para a equipe, que está aprendendo novas habilidades e competências na difícil arte e ciência de cuidar da saúde no Sistema Único de Saúde.

Palavras chave:

Atenção básica em saúde; Terapia Comunitária; Transtornos Mentais. Saúde Mental.

Palavras chave:

Atenção básica em saúde; Terapia Comunitária; Transtornos Mentais. Saúde Mental.

ABSTRACT

The purpose of this work Completion of the Specialization Course in Primary Care in Community Health at Family Health NESCON, UFMG was further studies of the orientations given to people in the area covered by the team of family health that make continuous use of prescription drugs for mental disorders and depend on the exchange of revenue for the acquisition of new medicines. The objectives were to improve the quality of care team members' family health to people who use prescription drugs and depend on the FHT physician to change the recipe and analyze the proposal and implement the community care for users ranging the stock exchange and to receive medication for mental disorders. The methodology consisted of literature review in scientific and public policy legislation, selected from the proposed objectives. The texts read were obtained in scientific sites (SciELO) and institutional (MS). Concomitant with the reading and analysis of texts have been initiated "Wheels of Conversation" to care for patients enrolled in the group that monthly go to the post in search of prescription drugs for mental disorders. Currently the wheels are weekly, prior Groups Swap Revenue controlled. As a result it is noted that this activity has been increasing and that some patients increased their resilience in the face and attempt to solve their problems together, gradually reducing the use of medications. Moreover, it has narrowed the links between employee and users, making the tension offered more humane and quality. It is a new experience for patients and staff, who are learning new skills and expertise in the difficult art and science of health care in the Unified Health System.

Keywords:

Primary Health Care, Community Care, Mental Disorders. Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP-----	Atenção Primária
ESF-----	Equipe de Saúde da Família
NASF -----	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NESCON -----	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS -----	Organização Mundial de Saúde
ONG -----	Organização Não-Governamental
PNPIC-----	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.
RH-----	Recursos Humanos
SciELO -----	Scientific Electronic Library Online
SUS -----	Sistema Único de Saúde
TC-----	Terapia Comunitária
TCC -----	Trabalho de Conclusão de Curso
UFMG -----	Universidade Federal de Minas Gerais
UAP-----	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UBS-----	Unidade Básica de Saúde
UBSF-----	Unidade Básica de Saúde da Família
USP -----	Universidade de São Paulo
USFs -----	Unidades de Saúde das Famílias

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. DESENVOLVIMENTO.....	09
2. 1. Atenção básica e prevalência dos problemas mentais.....	09
2.2. Saúde mental e Atenção Básica à Saúde, e a política do NASF.....	11
2.3. Terapia Comunitária: origens e diretrizes.....	12
2.4. Metodologia de trabalho na Terapia Comunitária.....	14
2.5. Registro de experiências exitosas utilizando-se a TC.....	16
3. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	18
4. REFERÊNCIAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

A finalidade deste Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Coletiva em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi aprofundar estudos acerca das orientações dadas pela equipe de saúde da família às pessoas que fazem uso contínuo de medicação controlada para transtornos mentais e dependem da troca de receitas para a aquisição de novos medicamentos.

A vinda mensal destas pessoas às Unidades Básicas de Saúde (UBS's) ou Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) para a consulta com o médico e a enfermeira tem sido uma oportunidade para ampliar as ações de avaliação do estado de saúde e de educação para a saúde desta população.

O objetivo geral deste trabalho foi contribuir para melhorar a qualidade da assistência dos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) às pessoas que fazem uso de medicação controlada e dependem do médico da ESF para trocar a receita e adquirir novos medicamentos.

Os objetivos específicos foram conhecer, analisar e implantar propostas da terapia comunitária para fortalecer a saúde mental dos usuários que vão a Unidade Básica de Saúde da Família para troca de receitas e/ou receber medicação para distúrbios mentais.

Espera-se com os resultados deste estudo contribuir com as reflexões que estão sendo feitas buscando articular atenção básica em saúde mental e equipe de saúde da família, expandido a estratégia da Terapia Comunitária no SUS.

A metodologia utilizada foi a revisão narrativa (TAVARES, 2010). Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos e da legislação das políticas públicas, selecionados a partir dos objetivos propostos neste estudo.

Os textos lidos foram obtidos em sites científicos (Scielo) e institucionais (Ministério da Saúde). Os critérios de seleção foram: 5 anos de publicação, exceto os que tratam da descrição histórica das políticas de saúde mental no Brasil.

Após a leitura dos textos selecionados realizou-se sua leitura e resenha buscando desenvolver os objetivos deste estudo.

Ao mesmo tempo em que desenvolvia as leituras, partilhei o conhecimento obtido com a Equipe de Saúde da Família do município onde trabalho, ressaltando a

importância, sensibilizando e motivando a equipe para a implementação da Terapia Comunitária (TC), utilizando-se estratégias das Rodas de Conversa no atendimento aos pacientes cadastrados no grupo que mensalmente vão ao posto em busca de medicação controlada para distúrbios mentais. O relato da revisão realizada e da experiência implantada na minha unidade constitui o corpo deste trabalho.

2. DESENVOLVIMENTO

2. 1. Atenção básica e prevalência dos problemas mentais

Entre os males vividos pelo homem as doenças mentais são gradativamente maiores nas demandas dos serviços de saúde nos últimos tempos. Barros e Magia (2007) citam estudo do Ministério da Saúde, realizado em 2006 afirmando que mais de 12% da população geral do país, em diversas faixas etárias apresentam transtornos mentais, sejam eles leves ou severos.

O sofrimento emocional de um modo geral é revelado através de queixas clínicas, muito frequentes, pois todo sofrimento de saúde é também e sempre mental.

A partir da Reforma Psiquiátrica, desde a década de 80, propõe-se uma transformação no modelo de assistência ao paciente com sofrimento psiquiátrico. Surge a Política Nacional de Saúde Mental que tem como objetivo reduzir o número de leitos dos hospitais psiquiátricos fortalecendo a rede extra-hospitalar, com ações que visam à mudança no cuidado, aproximando o paciente da família, da sociedade, promovendo a re-apropriação de sua vida e de seu processo saúde doença. (BERLINCK et al, 2008).

Esta redução no número de leitos é amparada pela Lei nº 10.216 de abril de 2001, no entanto concomitante a criação de serviços comunitários de assistência a saúde mental. Estes serviços comunitários permeiam a assistência integral a estes pacientes, promovendo a desinstitucionalização de pessoas com o longo histórico de internações. A rede de Saúde Mental é composta então por serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios, Centros de convivência e cultura, dentre outros (SOUZA et al, 2007).

São vários os sofrimentos mentais que poderiam ser atendidos na Atenção Primária em Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (2001). Entre eles a coexistência de depressão e ansiedade, apontados como os problemas psicológicos mais frequentes entre os idosos atendidos na Atenção Básica (BRASIL, 2006 (a)).

No texto das diretrizes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Ministério da Saúde (2008):

Estudos desde a década de 80 demonstram que, entre os outros pacientes que procuram as Unidades de Atenção Primária à Saúde, uma grande proporção apresenta transtornos mentais, revelados que entre 33% a 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (.p:35)

Fortes, Villano e Lopes realizaram estudo em 2008 onde classificam como Transtornos Mentais Comuns (TCM) aqueles distúrbios que não preenchem os critérios para diagnóstico de ansiedade e depressão, mas apresentam sintomas muito importantes que trazem a incapacitação funcional, fazendo os pacientes procurarem a assistência necessária e muitas vezes serem sub-diagnosticados.

Referem ainda que 90% das manifestações psiquiátricas caracterizam por serem distúrbios não-psicóticos, principalmente a depressão e a ansiedade, os quais apresentam sintomas de fadiga, insônia, irritabilidade, dificuldade de memória (FORTES, VILLANO, LOPES; 2008)

A ansiedade é uma experiência humana bem comum, assemelha-se ao medo, representando um sinal de alarme para situações que ameaçam a nossa integridade física ou moral, no entanto passa a ser patológica quando torna-se uma emoção desagradável e incômoda, o que provoca prejuízo no desenvolvimento social ou profissional das pessoas. São vários os transtornos causados pela ansiedade, podemos citar o transtorno do pânico, fobias específicas e sociais, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros tantos (DUNCAN, 2006).

Já a depressão está comumente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física, acometendo em maior quantidade as mulheres, sendo em geral um transtorno crônico e recorrente (DUNCAN, 2006).

Entendendo a importância no acompanhamento de todos os pacientes que apresentem em suas mais comuns queixas, situações que se enquadrem nestes Transtornos Mentais Comuns, anteriormente citados, verifica-se então a importância da Atenção Básica como ponto estratégico na criação de redes para o suporte a estes pacientes. Pois como porta de entrada para escuta mais acolhedora a estes casos a Atenção Básica a Saúde conta com a Estratégia Saúde da Família como aliada para captação precoce e mais rápida desta demanda em Saúde Mental.

2.2. Saúde mental e Atenção Básica à Saúde, e a política dos NASF's .

A Atenção Básica à Saúde constitui a porta de entrada do SUS, onde devem ser realizados os cuidados essenciais, tais como promoção, prevenção, reabilitação, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns. (BRASIL, 2001),

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para estruturar a Atenção Básica, melhorar o acesso com o foco na família. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foi em 1994 e atualmente conta com uma equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e auxiliar ou técnico de enfermagem, abrangendo uma população média de três mil pessoas por equipe (BRASIL, 2001).

A organização da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família veio melhorar as condições de saúde da população adstrita, com melhor qualidade de atendimento, facilidade de acesso, aproximando a comunidade do serviço de saúde. Seja de forma coletiva ou individual, a clientela recebe atendimentos que visam minimizar fatores de risco para algumas doenças e estimular hábitos de vida saudáveis o que melhora a condição de saúde da população (BRASIL, 2003).

Além de atendimentos diversos as equipe de Saúde da Família destacam-se pelo papel de construtores de parcerias, sejam elas com a comunidade ou com órgãos afins, dentro do próprio serviço de saúde ou com empresas privadas, sempre com a finalidade de promoção e prevenção a saúde da população assistida. Exemplos destas parcerias são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), as Secretarias de Assistência Social, Secretarias de Educação, Associações de bairros, entre outras.

E a partir destas parcerias e com a finalidade de aumentar a rede de ações das equipes é que em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com a finalidade de:

.apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, à territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010 p:7)

Existem duas modalidades de NASF com diferentes profissionais os quais atuarão em parceria com as equipes de Saúde da Família, melhorando a qualidade da atenção prestada. Exemplo de profissionais que estão incluídos nas equipes de NASF são Educador Físico, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, entre outros. As ações mais comuns estão divididas em áreas estratégicas. Estas áreas visam o atendimento dos grupos prioritários, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, entre outros (BRASIL, 2010)

Além do NASF o Ministério da Saúde incentiva na implantação deste a adesão à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS). Tais práticas procuram estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação de saúde e também reforçam a criação de redes para atenção aos pacientes de Saúde Mental.

Dentre estas práticas temos a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Terapia Comunitária entre outras (BRASIL, 2006 b).

2.3. Terapia Comunitária: origens e diretrizes

A Terapia Comunitária (TC) centra sua ação na reflexão sobre o sofrimento causado pelas situações estressantes. Permeia um instrumento que possibilita a construção de redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilização de recursos, além do aproveitamento das competências dos indivíduos próprios de cada comunidade, valorizando a herança cultural de modo a acolher a população de forma calorosa (ROCHA et al, 2009).

Segundo o Instituto Ser (2010), esta pratica consiste em um espaço social que busca transformar carências em competências.

É uma prática que busca a valorização das diferenças e dos referenciais positivos de cada indivíduo. Aliada principalmente a Atenção Básica a Saúde, pois como já dito é onde acolhemos pacientes que sofrem e que se encontram em crises, e que necessitam da fala para expressão destas angústias.

Em entrevista á revista eletrônica responsabilidadesocial.com, durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, realizado em 2003 a psiquiatra Henriqueta Camarotti lembra que:

A metodologia da Terapia Comunitária (TC) foi criada e sistemazatizada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, em 1987, na favela de Pirambu, Fortaleza - CE. A TC surgiu nessa favela em resposta a duas necessidades: atender a milhares de pessoas com problemas emocionais e psíquicos e adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas por aquela comunidade. Desde o início, o professor Adalberto Barreto percebeu que não poderia trabalhar na favela do mesmo modo como trabalhava no hospital ou no consultório, prescrevendo remédios e abordando as pessoas individualmente. Entendeu que a lógica de consultas médicas não responderia às necessidades daquelas pessoas. A maioria era imigrante que deixava sua comunidade de origem e se agregava desordenadamente nas periferias das grandes cidades, em condições de miséria e sem apoio do Estado. Dr. Barreto concluiu que a prioridade para aquele grupo era a criação de uma rede social de solidariedade. (site <http://www.mismecdf.org/novosite/tci-historico.php>).

Portanto, entende-se que a Terapia Comunitária pode contribuir para que a coletividade aliada ao seu saber cultural é capaz de proporcionar a superação dos sofrimentos e anseios de uma determinada comunidade.

Segundo seu criador, Adalberto Barreto (2008), a Terapia Comunitária (TC) é formada por cinco pilares: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, resiliência e pedagogia de Paulo Freire.

Entendendo como se busca apoio nessa prática é necessário compreendermos seus pilares, descritos pelo autor como:

Pensamento sistêmico permeia os conceitos de sistemas humanos e os problemas gerados por estes, lembrando que o comportamento de um membro deste sistema afeta de forma importante toda a rede, portanto a base é a resolução dos problemas pelo grupo através da interação.

Teoria da Comunicação: A consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro.

A Antropologia Cultural resume-se em conviver com as diferenças e construir uma sociedade mais tolerante com sua pluralidade. A **Resiliência** se aflora quando a carência gera competência. (BARRETO, 2005 p:12)

Barreto (2005) afirma ainda que os cinco pilares da Terapia Comunitária são sustentados pela metodologia da problematização de Paulo Freire, utilizada por ela na troca de experiências e saberes, onde cada indivíduo é dotado de um saber e que essa troca é que gera um saber coletivo.

Segundo este autor, para se tornar terapeuta comunitário não é exigido nenhuma capacitação prévia, apenas que o indivíduo tenha perfil para tal, principalmente que este seja envolvido em trabalhos comunitários. Portanto entende-se que o enfermeiro do Programa de Saúde da Família está inteiramente ligado com sua área de abrangência, onde o espaço está criado, gerando então as Rodas de Terapia Comunitária, criando os vínculos e mudando vidas para melhor.

2.4. Metodologia de trabalho na Terapia Comunitária

BARRETO (2005) descreve que a TC desenvolve-se em 6 fases:

- 1º fase: o acolhimento

Nesse momento deve-se organizar o local, para receber de forma agradável os participantes, para que estes se sintam em um ambiente familiar, aproveitando de músicas regionais. Importante organizar os participantes em círculo de maneira que todos possam ver a pessoa que está falando. É sugerido que a roda de terapia seja conduzida por um terapeuta e um co-terapeuta, de maneira a organizarem da seguinte maneira, o co-terapeuta faz o acolhimento e passa a palavra ao terapeuta, este conduz o desenvolvimento e o co-terapeuta retoma fazendo o fechamento. Ambos contribuem em qualquer momento da terapia, dando o apoio necessário, seguindo sempre a ordem das fases.

O co-terapeuta começa dando as boas vindas podem usar músicas, dinâmicas, para promover uma boa recepção aos participantes de modo que estes se sintam a vontade, “quebrando o gelo”. Em seguida celebra-se os aniversariantes do mês, como forma de partilha e valorização da vida. É feita uma explicação do que é a Terapia Comunitária e orientado sobre as regras:

- 1 – Silêncio: enquanto o outro fala, evitando intimidar quem está se expondo;
- 2 - Falar de si: da própria experiência, usando sempre a primeira pessoa do singular: eu;
- 3 - Não dar conselhos, fazer discurso ou sermões;
- 4 – Propor músicas, provérbios, piadas entre a fala dos participantes;
- 5 - Respeitar a história do outro, pois a Terapia Comunitária é um espaço de escuta, compreensão do sofrimento do outro.

É sempre aconselhável que se finalize o acolhimento com uma dinâmica interativa. Por fim é passada a palavra ao Terapeuta que ira conduzir a roda.

- 2° fase: escolha do tema

O Terapeuta explica a importância de se falar e orienta ao grupo sobre a escolha do tema. Pergunta se alguém gostaria de partilhar algum sofrimento ou alegria, e pede que levantem a mão quem quiser falar. Pede que a pessoa se identifique e em poucas palavras diga o que está angustiando no dia, ou mesmo a partilha de uma conquista. São abordados alguns temas e um destes serão escolhidos pelo grupo para maior explicação através de uma votação. São agradecidos os outros temas expostos e passado pra próxima fase.

- 3° fase: Contextualização

Contextualizar se resume em pedir mais informações sobre assunto. Neste momento o terapeuta pede a pessoa que teve o tema escolhido pelo grupo que explique melhor o seu problema, não ultrapassando quinze minutos. Os participantes podem fazer pergunta para entenderem melhor o que está sendo falado pelo locutor, no entanto não fugindo as regras propostas. O objetivo dessa fase a fazer com que a pessoa que está expondo seu problema faça uma reflexão acerca de sua própria vida, valorizando o potencial que tem para resolver seus problemas. Após a pessoa ter exposto seu problema o terapeuta agradece e passa pra fase seguinte.

- 4º fase: Problematização

Nesta etapa a pessoa que expôs seu problema fica em silêncio e o terapeuta propõe o mote. Mote é a pergunta chave que irá permitir a reflexão dos participantes durante a terapia. Existem vários tipos de mote, o coringa: consiste em lançar um questionamento que possibilite a identificação de outras pessoas com o problema apresentado. “Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para superá-la?”

Já o mote simbólico ou específico surge das palavras-chaves anotadas pelo terapeuta durante a contextualização, podem ser vários. Os participantes ao se identificarem com o mote, proposto pelo terapeuta, irão expor suas experiências de modo a propor as superações.

- 5º fase: Encerramento – rituais de agregação e conotação positiva

O encerramento é sempre um momento muito especial, os participantes sugerem músicas, falam do que aprenderam, poemas. As pessoas referem-se aos seus valores, as buscam suas crenças, remetem a cânticos religiosos. O término da terapia caracteriza-se pela conotação positiva, a qual permite, igualmente, que os indivíduos repensem seus sofrimentos de forma mais ampla, ultrapassando os efeitos imediatos da dor e da tristeza, para dar um sentido mais profundo a crise e poder melhor identificar os recursos pessoais e assim reforçando a auto-estima. Por fim é feita uma teia, uma corrente de apoio, ombro a ombro e cada um fala o que está levando deste espaço de partilha.

- 6º fase: Apreciação

Este é o momento em que os terapeutas procuram avaliar a condução da Terapia Comunitária e o impacto da sessão sobre cada um. São avaliadas todas as fases da TC: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.

2.5. Registro de experiências exitosas utilizando-se a TC

O Movimento da Terapia Comunitária Integrativa, que concentra os seguidores da TC de Barreto em todo o país já possuía, em 2010, cerca de 12.000 seguidores, segundo Gomes (2010).

Para esta autora, o uso da Terapia Comunitária reforça na comunidade o estímulo em buscar alternativas para lidar com os problemas do cotidiano. Para ela, o grande mérito da TC foi agregar os saberes acadêmico e popular, como forma de ampliar as possibilidades de solução dos problemas vividos no cotidiano. Ressalta que esta metodologia deva ser validada como política pública pelo Ministério da Saúde e inserida nas ações de atenção primária a saúde, investindo na capacitação de profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuem como terapeutas comunitários, em suas equipes de abrangência.

Por fim Gomes (2010) registra o reconhecimento da aplicação da TC pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas da Presidência da República como um método que contribui na prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e familiares de dependentes químicos. Esta Secretaria, segundo Gomes, 2010 investiu na capacitação de 800 profissionais e lideranças comunitárias em TC nos anos de 2005 e 2006, fortalecendo assim a rede de assistência.

Outra autora encontrada, Ferreira Filha et al (2009) apresenta resultados positivos na aplicação da TC no alívio do sofrimento de pessoas que sofrem de dor. Percebeu-se que a dor diminui de intensidade quando é compreendida na sua expressão oral, já que na terapia comunitária ocorre um momento que permite as pessoas se sintam chamadas para expressar seu sofrimento do cotidiano e por sua vez relatam o alívio da dor. Segundo esta autora os aspectos de alívio são percebidos através de alguns depoimentos feitos durante a partilha e ressalta também que a TC não se propõe a resolver problemas, mas a transformar redes solidárias de fortalecimento da auto-estima de pessoas, famílias e comunidades, de onde ocorre a mudança, através do empoderamento.

Ferreira Fillha et al (2009) reforçam que a Terapia Comunitária propõem a valorização pessoal e fortalecimento de vínculos. Por valorização pessoal a autora registra os depoimentos dos participantes que referem aspectos valorativos que se encontram alicerçados nas teorias de conhecimento das situações de vida de cada um. Por fortalecimento de vínculos a autora retrata que a TC revela o resgate da riqueza de identidade humana, onde passa a existir a melhor relação com os demais da comunidade desenvolvendo assim resiliência e sustentabilidade diante das dificuldades que lhes poderiam causar sofrimento mental.

3. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Como enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família no Município de Patos de Minas, Minas Gerais avalio que houve modificação na minha prática cotidiana a partir de reflexões surgidas no decorrer do curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da UNASUS – UFMG NESCON.

Em Agosto de 2009 dei inicio a minha formação no pólo formador de Governador Valadares, juntamente com outros 14 colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Patos de Minas.

Foram quatro meses de estudos, com viagens quinzenais e intenso aproveitamento de todo o conteúdo. Logo após o terceiro módulo e com as leituras escolhidas para desenvolver o TCC demos início às rodas de conversas em minha área de abrangência.

Aproveitando de um Grupo de Troca de Receita Controlada que já fora implantado em minha equipe, onde os clientes vão trocar suas receitas de medicações, em sua maioria para a ansiedade, depressão, angústia, iniciamos a Roda de Terapia na área de abrangência.

Convidamos estes pacientes e o incentivamos, em roda de conversa para que se sentissem a vontade para falar sobre essas angústias, medos, depressões, e aliar a Terapia Comunitária a redução do uso abusivo de medicações controladas.

Atualmente realizamos rodas semanais, todas as quintas feiras, sempre antes dos Grupos de Trocas de Receita Controlada.

Notamos que esta atividade vem ganhando espaço e que alguns pacientes aumentaram sua resiliência no enfrentamento e busca de solução par os seus problemas, reduzindo de forma gradativa o uso de medicações. Além disso, tem estreitado os vínculos entre trabalhador e usuários, tornando a atenção oferecida mais humana e de qualidade.

É uma experiência nova para os pacientes e para a equipe, que está aprendendo novas habilidades e competências na difícil arte e ciência de cuidar da saúde no Sistema Único de Saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2005.

BARROS, J. de O.; MANGIA, E. F. Rede social e atenção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.18, n. 3, p. 135-142, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v18n3/06.pdf> Acesso em 10 de fev de 2011.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso Acesso em 25 Abr 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica- O Vínculo e o Diálogo Necessários - Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em 01 de Nov. de 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. DIRETRIZES DO NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília. 2010. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf Acessado em 12 de out de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006 (b). 192 p. il.(b) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf Acesso em 27 de mai de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no

SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. –(a) (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/npic.pdf> Acesso em 12 de mar de 2011.

CAMAROTTI, Henriqueta. Entrevista Disponível em: http://www.responsabilidadesocial.com/article/article_view.php?id=171 Acesso em 12 de mar de 2011.

DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R.J.. Medicina ambulatorial: **Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p. il.

FERREIRA FILHA. M. O.; DIAS, M. D.; ANDRADE, F.B.; LIMA, E.A.R.; RIBEIRO, F.F.; SILVA, M.S.S.; A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):964-70. disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm> Acesso em 30 de set de 2011.

FORTES, Sandra; VILLANO Luiz Augusto Brites; LOPES, C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2535.pdf> Acesso em 24 de out de 2010.

GOMES Doralice Oliveira Gomes. [A terapia comunitária como política pública. 26 de fev de 2010. Movimento de Terapia Comunitaria Integrativa. Disponível em www.consciencia.net/a-terapia-comunitaria-como-politica-publica](#) Acesso em 26 fset de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS Política e Prestação de Serviços de Saúde Mental PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Atlas do Desenvolvimento. 2001. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch4_po.pdf Acesso em 12 de jan de 2011.

ROCHA, Ianine Alves da et al . A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500006&lng=en&nrm=iso. Acessado em 20 de nov de 2010.

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli et al . A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, Aug. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400006&lng=en&nrm=iso. Acessado em 20 de nov de 2010.

VILLANO, L.A.B. **Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral**. 1998. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1998.

TAVARES, E. C. Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática. 2010. Disponível em <http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m=tcc&ma=orientador/espacotcc> Acesso em 12 de abr de 2011.