

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIEGO ANDRADE LEAL

**TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À
SAÚDE NA UBS PACHECO EM PONTE NOVA, MINAS GERAIS**

Ponte Nova / Minas Gerais

2015

DIEGO ANDRADE LEAL

**TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À
SAÚDE NA UBS PACHECO EM PONTE NOVA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Zilda Cristina dos Santos.

Ponte Nova / Minas Gerais

2015

DIEGO ANDRADE LEAL

**TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À
SAÚDE NA UBS PACHECO EM PONTE NOVA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1– Prof^a.Zilda Cristina dos Santos– Universidade Federal do
Triângulo Mineiro -UFTM

Examinador 2 – Prof^a. Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de janeiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Às mulheres participantes das rodas de terapia comunitária, dedico este trabalho a todas elas que compartilharam suas vivências e cultura, seus sofrimentos e resiliência, que permitiram tanto o meu falar quanto o meu calar. Elas, mais do que eu, acreditaram neste projeto e foi com elas que eu construí os meus vínculos solidários nesse meu primeiro ano como médico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser O Benfeitor de tudo e de todos.

À Isabela, psicóloga do NASF, por ser uma inesperada companheira e orientadora.

À Bruno Terra, por ser meu braço direito e estimado amigo. Com sua ajuda pude compreender mais sobre mim.

À Talitha Maletta, por ser leal.

À Lucas Rennó, Wanderlúcio Andrade, Robson Lorenz, Pedro Dumont, Lucas Lacerda, acadêmicos da Universidade Federal de Viçosa, pelos risos e rodas da nossa Terapia.

A todos o meu muito obrigado!

“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho:
os homens se libertam em comunhão.”

Paulo Freire, 1968.

RESUMO

Introdução: O parco *empoderamento* da população usuária da UBS Pacheco, em Ponte Nova - MG, prejudica a co-responsabilização no cuidado em saúde, sobrecarregando os profissionais de saúde da unidade. A estratégia de cuidado e vínculo solidário denominada Terapia Comunitária (TC) contribui para ampliação do conceito de saúde e recuperação de sofrimento emocional, físico, social e mental.

Justificativa: A justificativa para o trabalho surgiu da observação de uma dependência no “pensar” em saúde ainda centrada na figura do médico pela comunidade e pela cultura enraizada no modelo de atenção às condições agudas, sendo carente o uso de estratégias alternativas de promoção e proteção à saúde.

Objetivo geral: O objetivo desse estudo é a implementação da TC como estratégia de promoção à saúde na localidade. **Metodologia:** A TC se estabelece em rodas, subdivididas em seis etapas, mediadas por terapeutas em processo de formação teórico-metodológico. Assim, os profissionais de saúde da UBS Pacheco e do NASF desempenharam os papéis de terapeutas em potencial, realizando revisão bibliográfica sistemática e, no mínimo, 10 rodas de terapia. Todas as rodas foram registradas e os discursos analisados qualitativamente quanto ao desenvolvimento de capacidades de resiliência e fortalecimentos de vínculos. **Plano de intervenção:**

A proposta de intervenção visa atuar nos seguintes nós-críticos para enfrentamento do problema: 1) ferramentas de promoção à saúde insuficientes, 2) ausência de educação popular em saúde de forma sistêmica, 3) vínculos emocionais nocivos.

Considerações finais: A TC demonstrou-se como um recurso promotor da saúde com inclusão social e prevenção do sofrimento psíquico viabilizada pela equipe de saúde da família, contribuindo para mudanças ocorridas no cotidiano dos colaboradores e voltadas para uma maior compreensão de si e do outro e para a capacidade de resiliência, bem como no fortalecimento dos vínculos sociais.

Palavras-chave: Terapia Comunitária, Vínculos solidários, Promoção à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The meager *empowerment* of the user population of UBS Pacheco, in Ponte Nova - MG, prejudices the co-responsibility in health care, overloading the healthcare professionals of that unit. The supportive bond and care strategy called Community Therapy (CT) helps to expand the concept of health working on the recovery of emotional, physical, social and mental distress. **Rationale:** The justification for the work came from the observation of a dependency on "think" in health still centered on the doctor coming from the community situated at the outskirts of the city and also from the culture rooted in the care model headed to the acute conditions, has been lacking the use of alternative strategies to promote and protect the health. **General Objective:** The aim of this study is the implementation of CT as health promotion strategy in the community. **Methodology:** The TC is established in wheels divided into six steps mediated by therapists in process of theoretic-methodological training. Therefore, the health care professionals from UBS Pacheco and from NASF played the role of a potential therapists, who sought grounds by a systematic literature review media and by performances of 10 therapy wheels. All the wheels were recorded and the speeches were analyzed qualitatively by the development of resilience capabilities and invigoration of entails. **Intervention plan:** The proposal of intervention seek acting on the following critical knots to face the problem: 1) insufficient health promotion tools, 2) absence of a popular education in health by a systemic form, 3) adverse emotional entails. **Final consideration:** CT demonstrated itself as a health promoter resource with social inclusion and prevention of the psychological distress enabled by the family health team, which contributes to changes occurring in the employees everyday focused on a greater understanding of the self and the other and on the capacity and resilience, along with the strengthening of social entails.

Key words: Community Therapy, Solidarity entails, Health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIRO	Fundamental Interpersonal Relations Orientation
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NASF-1	Núcleo de Apoio à Saúde da Família 1
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Primária
SAE/CTA	Serviço de Atenção Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento
SAMMDU	Serviço de Assistência Médica de Urgência de Ponte Nova
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
TC	Terapia Comunitária

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA

Tabela 1 – População residente em por Faixa Etária segundo Sexo, Ponte Nova-MG.	15
Tabela 2 – População residente em por Faixa Etária segundo Áreas, Ponte Nova-MG.	16
Tabela 3 – Priorização dos problemas levantados pela equipe da unidade básica de saúde Pacheco, equipe Rosa, em Ponte Nova/MG em 2014.	22

QUADROS

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “Ferramentas de promoção à saúde insuficientes”, na Equipe de Saúde da Família Pacheco sob responsabilidade da mesma, em Ponte Nova, Minas Gerais.	34
Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de educação popular em saúde de forma sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pacheco, em Ponte Nova, Minas Gerais	35
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Vínculos emocionais nocivos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pacheco, em Ponte Nova, Minas Gerais	36

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Cobertura Pela ESF e Percentual de Pessoas com Planos de Saúde Suplementar em Ponte Nova-MG de 2006 a 2012.	17
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E ALUSÃO HISTÓRICA	13
1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	14
1.3 UNIDADE DE SAÚDE	19
1.4 PLANO DE AÇÃO	21
1.4.1 PRIMEIRO PASSO: Identificação dos Problemas	21
1.4.2 SEGUNDO PASSO: Priorização dos Problemas	21
1.4.3 TERCEIRO PASSO: Descrição do Problema	22
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
4 METODOLOGIA	25
5 REVISÃO DA LITERATURA	30
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E ALUSÃO HISTÓRICA

A cidade de Ponte Nova situa-se à 180km da capital mineira, Belo Horizonte. Pertence à bacia do rio Doce, circundando o manancial rio Piranga, afluente do primeiro. Sua população de 57390 habitantes e densidade de 121,94 hab./km², de acordo com dados censitários de 2010, é gerida pelo prefeito Paulo Augusto Malta Moreira, vulgo "Guto Malta", cujo mandato irá até 2016. O secretário municipal de saúde e os coordenadores da atenção básica são, respectivamente, Ivan José da Silva e a enfermeira Thiany Silva de Oliveira e o médico Mauro Mansur. Estes atuam juntos cobrindo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em meados de 2003, uma população de mais ou menos 40.000 pessoas. Aliada a eles esta Kátia Aparecida Ermenegildo, coordenadora de atenção à saúde bucal.

Ponte Nova é um dos 853 municípios do estado de Minas Gerais. Localizado na mesorregião da zona da mata, esse município nos tempos do ciclo do ouro funcionava como pouso para viajantes que transitavam pela região das minas. Nessas regiões a escassez de alimento era uma adversidade constante. Ao final do século XVIII, em consonância com outras atividades, como a criação de rebanhos e o plantio de cereais, a cana-de-açúcar era cultivada na localidade. Nesse cenário, foi inaugurada em Ponte Nova, no ano de 1883, a Usina Anna Florência, primeira usina de beneficiamento de cana para a produção de açúcar cristal do estado de Minas Gerais. As usinas de cana-de-açúcar em Ponte Nova conheceram, então, um período de apogeu entre o final século XIX e o início do século XX.

Os Aimorés, primeiros habitantes daquela região, bacia do Rio Doce, apelidados pelos europeus de Botocudos, em alusão aos seus botoques, se mostraram resistentes em relação aos desígnios do colonizador europeu. Vários historiadores citam violentos ataques dos botocudos. O cônego Raimundo Trindade, falando sobre a instalação de uma paróquia na atual Abre Campo (MG), cidade da microrregião de Ponte Nova, cita os botocudos:

"Dom Frei João da Cruz, por provisão de 15 de outubro criou ali (Abre Campo) uma freguesia com título de Santa Ana e Senhora do Rosário da Casa da Casca. Esta paróquia, no entanto, não pode manter-se por muito tempo, em razão sobretudo de haver sido quatro ou cinco vezes atacada e uma literalmente arrasada a fogo pelo selvagem botocudo".

A origem e a fundação de Ponte Nova não fugiram à regência das outras cidades coloniais brasileiras. Se um pequeno núcleo surgiu às margens do rio Piranga, antes mesmo da chegada dos primeiros sesmeiros colonizadores, o arraial só adquiriu personalidade à época da construção de sua primeira capela e ponte, pelo padre João do Monte Medeiros e sua família, sendo que, naquela época, aquela personalidade canônica determinava, jurídica e administrativamente, a situação do lugar.

1.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município atualmente abrange uma área com raio de 471,07km. É predominantemente urbano (86% de sua população vivendo nesse ambiente), estando cadastrados 17.638 domicílios, distribuídos em 43 bairros e 2 distritos (Vau-açu e Rosário do Pontal), tendo como influência a microrregião do Vale do Piranga. Está a 436m de altura, possuindo, logo, um clima tropical de altitude.

De acordo com dados recentes extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre os aspectos socioeconômicos, a cidade possui índice de desenvolvimento humano 0,717 (2010). A renda média discriminada por domicílios urbanos e rurais são, respectivamente, de 2.275,93 reais (per capita de 510,00), e de 1405,65 (per capita 402,86). Quanto ao que diz respeito a estrutura de rede de abastecimento de água e rede de saneamento, tais valores ficam acima dos 90% de cobertura, sendo 90,42% para o abastecimento de água tratada e 94,83% de abrangência do sistema de esgoto. A rede elétrica também está disponível pra 99,77% da população.

A taxa de analfabetismo de Ponte Nova é cerca de 6,2%. A fração da população com idade acima de 15 anos que completou o ensino fundamental é de 97,05%. Acrescido a esse dado, podemos lançar mão do Índice de Desenvolvimento

da Educação Básica (Ideb) da cidade nos anos iniciais (primeiro ao quinto), alcançou 5,9 em 2011, já o Ideb nacional alcançou 5,0. O município não só ultrapassou a meta para 2011 (de 4,5), como também a proposta para 2013, que era de 4,8. No entanto, os resultados do Ideb de Ponte Nova para os anos de ensino a partir do quinto até o nono (ensino médio), foram abaixo dos números nacionais e também abaixo da meta estabelecida, demonstrando fraca atuação por parte do município. Nessa etapa do ensino, a oferta é prioritariamente das redes municipais, que concentram 3.914 matrículas no ensino fundamental (quase a metade do total de matrículas no município). O Ideb para os anos iniciais do ensino fundamental da rede municipal foi calculado em 5.222 municípios. A meta para 2011 foi alcançada por 4.060 deles (77,5%).

Cerca de 0,087% da população, vive em Ponte Nova, com menos de 100,00 reais de renda/mês. Possui um índice de pobreza de 31,54% e coeficiente Gini de 0,44. O Governo Federal adota como medida de extrema pobreza familiar rendimentos mensais abaixo de 70,00 reais por pessoa.

Ao observar os dados demográficos, constata-se que sua população feminina é majoritária, com número absoluto de 30.214 mulheres (cerca de 52% da população total), bem como predominantemente composta por adultos (47% na faixa etária entre 20 e 59 anos), seguida de adolescentes e crianças e, por fim, menor número de idosos. Os detalhes demográficos encontram-se na Tabelas 1 e 2.

TABELA 1. População residente em por Faixa Etária segundo Sexo, Ponte Nova-MG.

Sexo	Faixa Etária										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	293	1.335	1.875	2.244	2.314	4.860	4.203	4.056	3.341	3.257	27.778
Feminino	312	1.350	1.890	2.148	2.295	4.850	4.489	4.544	3.749	3.985	30.214
Total	605	2.685	3.765	4.392	4.609	9.710	8.692	8.600	7.090	7.242	57.390

Fonte: 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2001-2009.

TABELA 2. População residente em por Faixa Etária segundo Áreas, Ponte Nova-MG.

Área	Faixa Etária										Total
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Rural	210	391	493	503	568	597	951	843	794	855	6.205
Urbana	3.385	3.548	4.030	4.279	4.184	4.302	7.755	7.482	5.763	6.457	51.185
Total	3.595	3.939	4.523	4.782	4.752	4.899	8.706	8.325	6.557	7.312	57.390

Fonte: 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2001-2009.

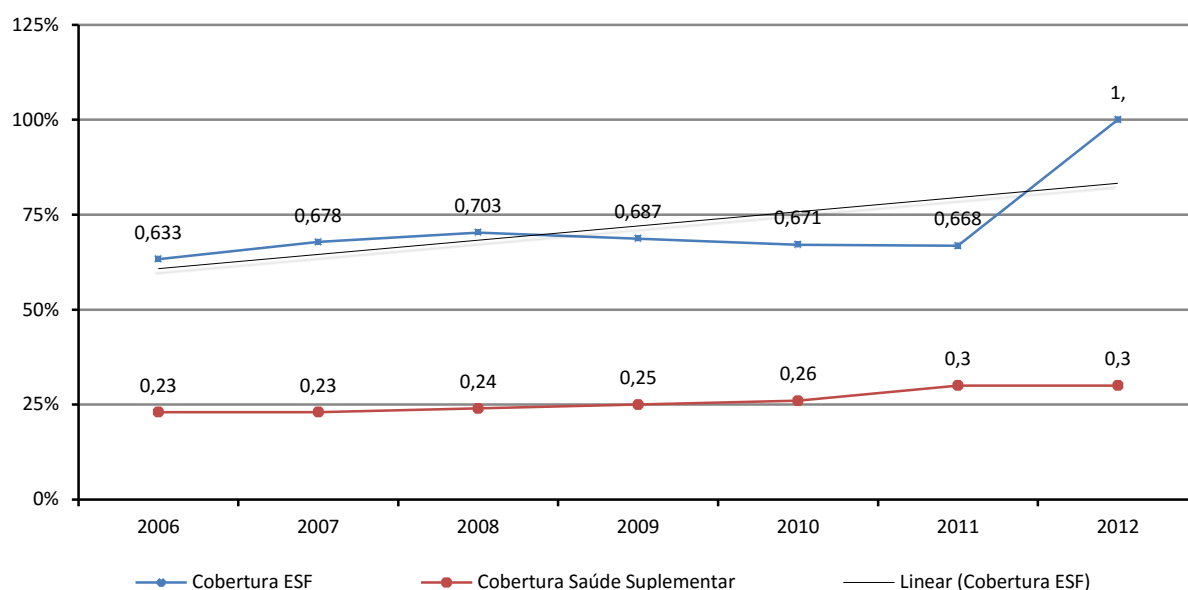
A agricultura e o comércio local foram as principais ocupações dos habitantes nas primeiras décadas do século XX. Em 1951, foi fundada a empresa Bartolomeu Cordeiro e Filhos Ltda, futura Bartofil, e já no início da década de 1970 iniciou suas atividades no setor industrial. Em 2004, ampliou-se ao construir um centro de distribuição, mudando sua razão social para BCR Comércio e Indústria S/A. De uma pequena rede regional com 8 lojas em 1958, a empresa se transformou em um atacadista com atuação nacional.

No entanto, ainda falta muito a esta grande empresa no que tange a saúde e cuidado com o trabalhador, pois a mesma possui uma rígida e exigente forma de trabalho com características meramente industriais para com seus funcionários. Hoje a BCR é formada pela Bartofil Distribuidora, Cotril Distribuidora, Ormel Distribuidora, Varejão Ormel, Atac, Cadernos Bartofil e Gráfica Bartofil. Um dos mais recentes empreendimentos no município ocorreu em março de 2000 com a inauguração do Frigorífico Industrial Vale do Piranga S/A, SAUDALI, tratando-se de controles na produção de alimentos, desde a granja de origem até o produto final.

Ponte Nova é o quarto maior pólo produtor de suínos do Brasil e o maior do Estado de Minas Gerais, resultado da parceria ímpar dos produtores de suínos, que saíram da condição de concorrentes para se tornarem sócios acionistas, em uma união histórica com o objetivo de agregar valor a sua matéria-prima. Em 2004 iniciou suas vendas para o mercado externo. Atualmente, a cidade é conhecida pela suinocultura, mas é setor terciário que contribui imensamente com o produto interno do município.

O Sistema Único de Saúde em Ponte Nova atingiu quase 100% de cobertura ao final de 2012, ano que obteve uma ascensão vertiginosa demonstrada no Gráfico 1 abaixo. Ainda possui de 17 a 30% de sua população coberta pela atenção suplementar.

Gráfico 1. Cobertura Pela ESF e Percentual de Pessoas com Planos de Saúde Suplementar em Ponte Nova-MG de 2006 a 2012.



Fontes dos dados: BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**.

A participação da receita própria aplicada em Saúde em Ponte Nova conforme a EC 29/2000 é de 20,53%. Sendo que cerca de R\$ 1.949.097,98 reais são destinados à atenção básica. O município conta com o apoio dos governos Federal e estadual, com transferências financeiras, para investimentos ampliados na saúde.

O município possui 2 Pronto Socorros (hospitalares) e 1 serviço de atendimento ambulatoriais de 12 horas, o SAMMDU. Não existe protocolo clínico padronizado de atendimento de urgência neste último. Quanto aos hospitais, estes são serviços de média complexidade, juntos somam 160 leitos disponíveis para o SUS. Atendem a macrorregião que se estende a cidades com fronteira com o estado

do Espírito Santo. Não existe, ainda assim, mecanismos para retorno do paciente internado à UBS, com garantia de continuidade do cuidado. Ambos, logo, trabalham de maneira dissonante com as UBSs, auxiliando parcialmente nos casos de média complexidade e não dispendo de uma central de leitos e internamentos de usuários encaminhados direto das UBS. Além disso, a cidade não possui um sistema móvel de urgência e emergência - SAMU, contando apenas com ambulâncias básicas (3 veículos no total) e com o corpo de bombeiros.

O município conta com um total de 835 profissionais atuantes no SUS, 108 com vínculo estatutário e 147 celetistas. Desde o ano passado (2013) integrou-se a iniciativa Mais Médicos e ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), tendo recebido uma dúzia de profissionais médicos, unindo-se aos 91 ACS e demais atores da atenção primária para viabilizar a cobertura das cerca de 40.000 pessoas. Existem 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais, 11 são exclusivas da ESF e 4 são unidades convencionais (3 na zona rural - Brito, Passatempo e Cedro; 1 UBS Pam - Pediatria, gineco-obstetrícia e saúde mental).

A ESF em Ponte Nova não possui um centro de regulação municipal, sendo esta função desempenhada em instância estadual. Atualmente possui 13 equipes. Cada uma é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem e 5 a 8 agentes comunitários de saúde (ACS). A maioria das equipes possuem profissionais de saúde bucal. Cada equipe é responsável, em média, por 2.400 a 3.700 pessoas.

O atendimento básico odontologista é realizado por 12 equipes de saúde bucal distribuídas nas UBS, contando com um cirurgião dentista e um técnico para cada equipe, cumprindo uma carga horária de 40h/semana, assim como os demais profissionais da atenção primária.

O sistema ainda possui 1 laboratório próprio, 1 equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e serviços de atendimento especializado próprio com consultas de neurologia, cardiologia, psiquiatria, cirurgia geral, dermatologia, oftalmologia, endocrinologia, Serviço de Atenção Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), bem com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O atendimento à saúde mental é realizado por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de forma articulada às unidades básicas de saúde e psiquiatria ambulatorial.

As UBS convencionais atendem em média 17.852 indivíduos. As equipes estão em processo incipiente de capacitação para adoção de instrumentos de abordagem familiar (genograma, FIRO, P.R.A.C.T.I.C.E, entre outros) e, portanto, o atendimento ainda é focado individualmente. Nas UBS, os agendamentos para consultas especializadas ocorrem através de cotas préestabelecidas para o município na procura direta dos usuários. O tempo médio de espera entre a solicitação e a realização da consulta especializada é 6 meses, com taxa de absenteísmo de 10%. Ainda está aquém de uma rede de cuidados adequada, sofrendo ainda com a carência de especialistas como reumatologista e infectologista. Além disso, a ficha de referência e contra-referência, via de regra, não é preenchida pelos profissionais especialistas.

Os profissionais dispõem de protocolos clínicos padronizados para atendimento aos usuários asmáticos, tuberculosos, bem como para o tratamento de feridas. A educação permanente acontece mediante o interesse ou a necessidade identificada pela coordenação de saúde municipal.

As UBSs contam ainda com Conselhos Locais de Saúde, porém, a maioria não participa do planejamento e do monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes. A atuação destes se restringe na reivindicação e reclamações quanto ao atendimento. Existe, entretanto, um Conselho Municipal de Saúde, presidido por Maria Cosme Damião, o qual realiza reuniões mensais e participa do plano de metas em saúde do município.

1.3 UNIDADE DE SAÚDE

Os bairros Sagrado Coração de Jesus (conhecido como Pacheco), Acabiara, Central e São Geraldo são todos situados na periferia de Ponte Nova, próximos à BR-262, rodovia que dá acesso aos municípios de Mariana e Ouro Preto. São bairros de características similares devido a proximidade, tanto no que diz respeito a perfil da comunidade quanto ao relevo.

A UBS Juquinha Lanna, vulgo UBS do Pacheco, localiza-se na Praça José Martins Soares, em ponto central entre os bairros adscritos, sendo uma unidade construída especificamente para atuar na atenção primária. A unidade possui sala de espera e recepção, sala de reuniões (com computador e acesso a internet),

cozinha, quatro banheiros (sendo dois exclusivos dos funcionários), sala para curativos e retirada de pontos cirúrgicos, um consultório odontológico, uma sala para cada enfermeira das duas equipes, um consultório com maca ginecológica, dois consultórios médicos com macas, um sala para dispensação de medicamento, expurgo e uma sala de arquivos. Funciona com duas equipes na ESF, equipes I e II (verde e rosa, respectivamente), no horário entre 7h00 e 17h00, com fechamento para almoço das 11h00 às 13h00. A equipe rosa é a responsável pelos bairros citados anteriormente, abrangendo cerca de 3.600 indivíduos. Tal equipe conta com 1 profissional de enfermagem (coordenadora da equipe), 1 médico (com vínculo empregatício na modalidade bolsista do PROVAB), 6 ACS, 1 técnico de enfermagem, 1 cirurgião dentista e 1 técnica de saúde bucal.

A equipe rosa possui 994 famílias cadastradas, distribuídas em 6 microáreas que interceptam os limites dos bairros. As taxas de escolaridade e analfabetismo desta população são ligeiramente inferiores a média do município, respectivamente, em 93% e 4%. O abastecimento de água e a rede de saneamento com rede de esgototôm, ambas, cobertura de 99,20%. Há energia elétrica para 98% da população. E o tratamento de água domiciliar é quase que inteiramente por filtração da mesma. A pirâmide etária da comunidade também é parecida com a da cidade, possuindo um maior número de adultos, sendo a maioria pertencente ao grupo feminino. As comorbidades mais prevalentes na população cuidada pela UBS do Pacheco estão de acordo com as taxas nacionais, lideradas por hipertensão e diabetes. Estas são as responsáveis, quase que sozinhas, pelos valores das taxas de morbidade e mortalidade dessas pessoas.

São encontradas uma creche e uma escola estadual, próximas ao posto de saúde, o qual tenta desenvolver atividades educativas em saúde para os alunos, porém, não muito eficazes no que diz respeito ao engajamento dos indivíduos como atores na produção de saúde. Aliás, esta é uma característica da população adscrita destes bairros, sendo passivos no cuidado à própria saúde e dependentes diretos dos profissionais da UBS. Existe, todavia, alguns centros de reunião da comunidade para cuidados com saúde, promovendo atividades físicas e palestras participativas, como a capela no São Geraldo ou a quadra poliesportiva, além de terraços na casa de alguns moradores.

A rotina da UBS se dá em torno da agenda de consultas e de algumas atividades de demandas outras preconizadas pelo ministério e orientadas pela

gestão municipal, não possuindo a equipe muita autonomia para gerir seu processo de trabalho. Com isso, faltam medidas alternativas de promoção e proteção à saúde da população que visem o *empoderamento em saúde* da mesma, visando a redução da dependência da medicina centrada no médico e continuação da transição do modelo de atenção condições agudas a saúde para o de atenção as condições crônicas.

1.4 PLANO DE AÇÃO

1.4.1 PRIMEIRO PASSO: Identificação dos Problemas

Os problemas aventados a seguir surgiram por meio de observação ativa e foram listados em ordem de prioridade após conversação com a Equipe Rosa da UBS Pacheco:

- **Elevada prevalência de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT)** – percebido em consulta médica;

- **Reduzido empoderamento em promoção da saúde individual e coletivo** – percebido através de consulta médica, visitas domiciliares e conversas com agentes comunitários;

- **Elevada prevalência de tabagistas e etilistas em uso nocivo** – percebido em discussão com a equipe e consultas médicas.

1.4.2 SEGUNDO PASSO: Priorização dos Problemas

Após discussão com a equipe, os problemas foram priorizados, conforme consta na Tabela 3. Nesta observa-se ordens crescentes de importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção dos problemas a serem enfrentados.

Vale ressaltar que há outros tantos outros desafios que incidem diariamente na rotina de uma equipe de saúde. No entanto, os problemas abaixo foram selecionados por serem prevalentes e de amplo impacto nas rotinas dos profissionais de saúde da unidade.

Tabela 3 – Priorização dos problemas levantados pela equipe da unidade básica de saúde Pacheco, equipe Rosa, em Ponte Nova/MG em 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de DORT	Média	3	Parcial	3
Reduzido <i>empoderamento</i>	Alta	1	Baixa	1
Elevada prevalência de tabagistas e etilistas em uso nocivo	Alta	2	Baixa	2

Legenda: A numeração correspondente às colunas nominais por urgência e seleção segue uma ordem crescente de prioridade de ações.

1.4.3 TERCEIRO PASSO: descrição do problema

O entendimento sobre alguns determinantes e condicionantes sociais e culturais como participantes no processo de adoecimento de um indivíduo ou do coletivo demanda a aplicação do conceito de promoção à saúde como medida de prevenção primária. O reduzido *empoderamento* da população usuária da UBS Pacheco prejudica a co-responsabilização no cuidado em saúde, sobrecarregando os profissionais e a equipe de saúde da unidade.

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa promover saúde antes de tudo, prevenindo o adormecimento psíquico, identificando situações e fatores de riscos que promovem sofrimento. No entanto, ainda são poucos os municípios que apresentam experiências de trabalho satisfatórias em grupos, cuja finalidade seja promoção da saúde e prevenção de adoecimento, bem como a inclusão social (GUIMARÃES, F.J. FERREIRA FILHA, M.O., 2006).

Após observação ativa de uma dependência no “pensar” em saúde ainda centrada na figura do médico pela comunidade situada na periferia do município de Ponte Nova (MG) e pela cultura enraizada no modelo de atenção às condições agudas, sendo carente o uso de estratégias alternativas de promoção e proteção à saúde, urge a necessidade de uma estratégia de base sistêmica e integrativa, capaz de abarcar e unificar os ideais do SUS.

A Terapia Comunitária insere-se no contexto de um projeto de transformação dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde. Com apoio da Pastoral da Saúde, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Ministério da Saúde, acelerado pela criação da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), houve uma grande expansão da TC em nível nacional, ganhando também cenários na América Latina e Europa (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012). No Brasil apesar de a metodologia da TC estar presente em diversas políticas, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que sua força está concentrada.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção voltado para Terapia Comunitária como estratégia de promoção a saúde na UBS Pacheco no município de Ponte Nova - MG.

Objetivos específicos:

- Iniciar a formação dos profissionais de saúde da UBS e NASF para uma escuta/ativa e empática do sofrimento e das inquietações dos usuários
- Trabalhar o *empoderamento* em saúde pela população e equipe de saúde na comunidade onde a UBS Pacheco situa-se.

4 METODOLOGIA

A Terapia comunitária necessita de terapeutas engajados e em processo de formação teórico-metodológico. Assim, contou-se com a participação dos profissionais de saúde da UBS Pacheco e NASF para desempenharem os papéis de terapeutas em potencial, os quais buscaram fundamentar-se por meio de revisão bibliográfica sistemática e realização de 10 (dez) rodas de terapia. Todas as rodas foram registradas e um pequeno número dos profissionais foi analisado quanto ao desenvolvimento de capacidades de comunicação e escuta empática e ativa como expressões de acolhimento. A metodologia da TC para realização das rodas é dividida nas etapas a seguir:

Fase Preparatória > Planejamento:

Antes de realizar as rodas é preciso definir locais e público-alvo. Os locais escolhidos são aqueles que permitem a organização das pessoas em círculos e possuem pouca interferência externa. A escuta e o contato visual são deveras importantes. A roda padrão é aberta ao público e qualquer pessoa da comunidade é convidada a participar. As rodas de TC podem ser conduzidas por um ou até três terapeutas.

Etapa I da Roda > Acolhimento

No primeiro momento deve-se ambientar o grupo, deixando os participantes à vontade, por vezes utilizando música baixa como cenário. Essa etapa é conduzida por um terapeuta, que realiza o acolhimento num período de 7-10 minutos.

O terapeuta deve iniciar a sessão dando as boas-vindas ao grupo e celebrando os aniversariantes daquele mês. Com isso, valorizam-se as pessoas e suas histórias de vida, no rito, através da celebração de seu nascimento, além de respeitar o direito de inclusão social.

Em seguida, o terapeuta comunitário apresenta uma síntese do que é a Terapia Comunitária e discorre sobre as 4 regras ou condições para o funcionamento do grupo:

1 – A regra de ouro da TC é o “silêncio” enquanto alguém estiver falando, evitando assim intimidar o sujeito que está se expondo. Permite uma escuta ativa, atenta e respeitosa. Todos podem falar, mas cada um de cada vez, pedindo a palavra ao levantar a mão. Observa-se nesse ponto um caráter democrático e pedagógico implícitos na terapia;

2 – A regra do “EU”. Deve-se falar sempre da própria experiência, usando sempre a 1a. pessoa do singular no momento em que se fala. Há a partilha de saberes e vivências, promovendo o *empoderamento* e a co-responsabilização e evitando as generalizações impessoais;

3 – A regra dos “Nãos”. Não se pode dar conselhos, fazer discursos ou sermões e, tampouco, julgar. As rodas de terapia não têm objetivo de convencer ou converter ninguém;

4 – A última regra básica se faz a luz da “antropologia cultural”. Entre uma fala e outra, qualquer participante do grupo pode interromper a reunião para sugerir uma música, um provérbio, um poema ou uma frase que ilustre a situação que está sendo narrada;

5 – Deve-se respeitar a história de cada pessoa e o sigilo é uma forma de expressar esse respeito quando os participantes voltam para as suas casas.

Os grupos são semanais ou de acordo com uma periodicidade pré-estabelecida, com duração da sessão em torno de duas horas.

Etapa II da Roda > Escolha do Tema

A segunda fase da roda de TC é a escolha de um “tema” ou uma “estória” de um participante do grupo. A duração dessa etapa varia de 7-10 minutos e seu objetivo é continuar promovendo empatia e respeito, convidando a fala e a coleta de uma história que o grupo se identifique e se solidarize naquele momento.

A importância de falar, o conteúdo da história e a pessoa que fala são os protagonistas da roda de TC naquele momento. As pessoas podem falar de qualquer coisa, desde um problema corriqueiro até um evento traumático e todos estarão no grupo para ouvir sem agredir ou julgar.

Quando as pessoas começam a falar de seus problemas, o terapeuta deve anotar o nome das mesmas e fazer uma síntese do que foi dito, sugerindo que sejam breves nesse primeiro momento. Ao final destas falas, o terapeuta deve

relembrar ao grupo os problemas apresentados e pedir para que o grupo escolha um daqueles, justificando sua escolha, para ser aprofundado. Feita a escolha da única história que será abordada naquela sessão, o terapeuta pergunta para as demais pessoas que expuseram suas questões, se está tudo bem para as mesmas do porque não terem sido escolhidas. Caso alguém demonstre insatisfação, o terapeuta propõe-se a falar com a pessoa ao final da sessão.

Etapa III da Roda > Contextualização

Na etapa de contextualização, o protagonista escolhido elucida um pouco melhor o seu problema, em torno de 10-15 minutos. O objetivo a partir daí é preservar o clima e ajudá-lo com empatia e perguntas reflexivas e abertas a entender o impacto do seu problema na sua vida e nas relações interpessoais, norteado sempre pela idéia de que o objetivo não é investigar o problema alheio e sim, compreendê-lo melhor. Não se pode julgar, fazer perguntas indutivas e nem dar conselhos. O outro objetivo dessa fase é conduzir a pessoa escolhida ao desencadeamento da reflexão sobre sua própria vida, enquanto a mesma tenta responder as questões levantadas pelo grupo, valorizando o potencial que a mesma tem para resolver suas questões. O protagonista pode, logo, ser o primeiro a alcançar a sua resiliência em relação ao sofrimento em questão.

O *mote* é uma pergunta-chave feita ao grupo para motivar a participação e a reflexão. A sua elaboração é feita nesta fase, mas a sua utilização se dá na próxima, a de problematização.

Etapa IV da Roda > Problematização

A fase de maior partilha da roda de terapia é a problematização. Nesta etapa, são destinados de 30-45 minutos para debate do tema exposto. Este momento estimula uma troca solidária, participativa e democrática, com muita riqueza cultural. O objetivo é motivar a troca de saberes e vivências.

O lançamento do *mote* se dá pelo terapeuta que conduz essa sessão, ao identificar e definir a situação-problema, cria um ou mais *motes* para promover a reflexão coletiva sobre o tema apresentado. O *mote* pode ser do tipo coringa ou simbólico.

O mote coringa consiste em lançar um questionamento que possibilite a identificação dos participantes com o problema apresentado, como: “Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para superá-la?”.

Quanto ao mote simbólico, ele pode ser definido através de uma metáfora, de um sentimento ou de palavras-chave que tenham surgido durante a contextualização. Nesse momento há um compartilhar de experiências dolorosas vividas e formas que as pessoas utilizaram-se para superar tais dificuldades. É nesse momento em que afloram as semelhanças, e também aparecem as diferenças na solução dos problemas.

Nesta etapa, os participantes passam a falar de si mesmos e de suas experiências relacionadas ao mote, como uma retribuição da experiência ouvida por eles.

“É o auge da horizontalidade, em que todos se reconhecem em sua condição humana, percebendo que ninguém está só e que todos estão incluídos nessa teia da vida, de dor e prazer, de alegrias e tristezas, de sofrimento e felicidade, de problemas e recursos para soluções.” (GUIMARÃES, F.J. FERREIRA FILHA, M.O., 2006).

Etapa V da Roda > Rituais de Agregação e Conotação Positiva

A última etapa da roda, com duração média de 10-15 minutos, é o momento de sínteses das falas e gratidão pelas trocas de experiências e pelas competências adquiridas. Existe nesse tempo, um ritual de agregação no qual se faz uma roda “de balanço”, quando o terapeuta sugere que o grupo forme um ou dois círculos, e então, enquanto o grupo abraçado realiza movimentos pendulares com o corpo, o terapeuta pergunta: “O que aprendi hoje nesta terapia? O que estou levando de aprendizagem?” Assim, mobiliza o grupo a falar da experiência, retribuindo e valorizando as vivências apresentadas.

O término da sessão caracteriza-se pela conotação positiva que o terapeuta comunitário deve dar ao fato que foi trabalhado naquele dia. Trata-se de valorizar, agradecer o esforço, a coragem, a determinação e a sensibilidade de cada um que, em muitas outras circunstâncias, tenta ofuscar a dor e o sofrimento. Não se trata de valorizar o sofrimento em si, e, sim, de reconhecer o esforço e a vontade de superar as dificuldades.

Pós-Roda > Avaliação

Esta etapa é reservada à equipe que conduziu a terapia comunitária.

Na avaliação do impacto da Terapia Comunitária, o terapeuta faz uma avaliação criteriosa sobre o impacto da Terapia Comunitária nas pessoas. Nesse caso sugere-se a aplicação de um questionário específico. Ao término da sessão, o terapeuta faz uma entrevista, seguindo o questionário daquela pessoa cujo tema foi escolhido. Passados trinta dias, o terapeuta aplica o mesmo questionário com as pessoas que apresentaram problemas, e verifica se elas apresentaram uma melhora. Observa-se o número de vínculos que as pessoas tinham no dia da crise e os que têm depois de passados os trinta dias; a referência ou os encaminhamentos para serviços especializados e as mudanças ocorridas no cotidiano dos participantes voltadas para uma maior compreensão de si e criação de redes sociais.

Na avaliação da condução da Terapia, procura-se descrever e criticar a condução da terapia e o impacto da sessão sobre cada um dos terapeutas, a fim de se verificar o processo de formação do terapeuta e o reconhecimento do grupo como fonte de conhecimentos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas décadas, um novo entendimento tem emergido a respeito da história natural das doenças, principalmente aquelas crônicas não infecciosas, por meio da relação de múltiplos determinantes e condicionantes promotores de mazelas individuais e coletivas. Esse paradigma colabora com uma mudança na formação e no exercício das profissões de saúde, bem como no modelo de atenção para uma perspectiva biopsicossocial (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012). O cotidiano das pessoas na era capitalista é marcado por problemas e sofrimentos provindos da desagregação social e perda de identidade cultural que acarretam danos à saúde de maneira sistêmica. Esse cotidiano está apoiado em gestos, linguagem e ações corriqueiras nascidas da cultura social de um indivíduo, cultura essa que influencia nos processos de cura e adoecimento.

A Terapia Comunitária é uma estratégia de cuidado de base sistêmica realizada em grupo com o objetivo de promover e proteger a saúde e auxiliar na recuperação do sofrimento emocional, mental, relacional, social e físico (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012). É uma roda de comunhão de experiências de vida, sofrimentos e resiliência, estando apoiada na prática do acolhimento, autonomia, corresponsabilidade, identidade cultural, vínculos e direito de pertencimento. Essa metodologia de cuidado possui seu cerne em princípios teóricos desenvolvidos neste último século: *o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a resiliência e a pedagogia de Paulo Freire*. Pela integração de saberes e experiências que promove, recebe a denominação de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e, sendo de orientação sistêmica, também é chamada de Terapia Comunitária Sistêmica (TCS) ou a junção Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCSI).

O pensamento sistêmico é o eixo teórico central da TC, possuindo ramos em todos os outros princípios teóricos anteriormente citados. Fundamenta-se na Teoria Geral dos Sistemas, criada pelo biólogo Ludwing Von Bertalanffy, por meio da compreensão das interrelações entre as partes e um todo, entre os fenômenos e acontecimentos em relação a uma realidade maior (BERTALANFFY, 2010). Sistema é definido como um conjunto de elementos interdependentes que constituem uma unidade funcional, produzindo características peculiares nessa união. A função da

terapia sistêmica é revelar as dinâmicas veladas abaixo dos sintomas e somatizações. A teoria sistêmica está presente na metodologia e conformação das rodas de TC, orientando as perguntas e criação do *mote* até a conotação de aprendizagem ao final de cada encontro.

A comunicação é fundamental para a fluência da TC. Todo sintoma pode ser entendido como uma comunicação de algo escondido, não verbalizado. A frase “Quando a boca cala o corpo fala, quando a boca fala o corpo sara!”, ditado popular e lema de muitas rodas de TC, incita-nos a pensar na eficiência das rodas no processo de atenuação dos sofrimentos. A clareza na comunicação é primordial ao terapeuta, facilitando o acolhimento, definindo as regras e deixando espaço para esclarecer dúvidas (GUIMARÃES, F.J. FERREIRA FILHA, M.O., 2006).

A antropologia cultural estuda o homem e seus registros no tempo, suas origens, seus desenvolvimentos e suas relações. A cultura possui duas características essenciais: recurso cumulativo (*conservador*) e recurso adaptativo (*transformador*). O primeiro justifica a passagem de características sociais herdadas entre as gerações. O segundo, por sua vez, explica a adaptação da realidade, incluindo hábitos e costumes, por meio da cultura, muito mais rapidamente que por meio da evolução biológica (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012). Nas rodas de TC, permite-se a ampliação dos saberes e a tolerância e respeito de crenças e valores, um exercício de humanidade atualmente.

Nas rodas de TC, a resiliência encontra seu lugar de destaque. Ao indivíduo é permitido por si mesmo encontrar seu potencial de superação e transformar carência em competência. Isso gera um impacto relevante na autoestima e autoconfiança das pessoas (BARRETO, 2008). A resiliência é um conceito derivado da física e refere-se à capacidade de adaptação a situações adversas sem perda das características essenciais, transformando “energias negativas” em superação de dores e problemas. Na TC, o foco está na problematização: “você faz parte do problema e da solução”. Uma vez que nem toda ação humana é resiliente e nem toda resiliência é consciente, cabe ao terapeuta comunitário facilitar o processo de resiliência, bem como a conscientização de sua existência (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012).

A base metodológica da TC é baseada na pedagogia ação-reflexão de Paulo Freire (1921-1997). Em sua metodologia dialética munida de ideais libertários e emancipatórios, Freire contrasta com sua simplicidade e concepção problematizadora

e dialógica a relação hierárquica educador-educando (FREIRE, 2014). Alfabetizava de maneira contextualizada e sistêmica, em meio ao cotidiano do aprendiz e com os recursos próprios do consciente do mesmo. A problematização é a arte de perguntar. A pergunta é o pretexto pedagógico que desconstrói paradigmas e suscita à reflexão e à aprendizagem. O mecanismo ação-reflexão de Freire é o caminho para a resiliência (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012). Na obra de Barreto (2008), observamos a grande influência de Paulo Freire como eixo teórico-conceitual da TC:

“Todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano. Estimula a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais promovendo a conscientização e estimulando o grupo por meio do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.” (BARRETO, 2008)

A TC recebe desses princípios teóricos validação mais que fundamental para produção de vivências e resultados significativos em meio às rodas. O trabalho de Freire engloba todos os outros princípios teóricos, reforçando a aplicação deles na educação em saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Carecem medidas alternativas de promoção e proteção a saúde da população adscrita à UBS Pacheco que visem o *empoderamento em saúde* da mesma, visando assim, a redução da dependência da medicina centrada no médico e continuação da transição do modelo de atenção condições agudas a saúde para o de atenção as condições crônicas.

A fim de mudar esse cenário, faz-se necessário atuar nos seguintes nós críticos: 1) ferramentas de promoção à saúde insuficientes; 2) ausência de educação popular em saúde de forma sistêmica, 3) vínculos emocionais nocivos. As ações orientadas para o enfrentamento de cada nó crítico encontram-se presentes nos quadros 1 a 3.

“Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “Ferramentas de promoção à saúde insuficientes”, na Equipe de Saúde da Família Pacheco sob responsabilidade da mesma, em Ponte Nova, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Ferramentas de promoção à saúde insuficientes
Operação	Terapia comunitária Integrativa Sistêmica
Projeto	Capacitação da equipe com princípios teóricos e metodológicos da Terapia Comunitária.
Resultados esperados	Pelo menos 2 profissionais atenderem a mudança postural e se tornarem potenciais terapeutas surgidos da equipe da UBS Pacheco.
Produtos esperados	TC como estratégia auxiliar e autônoma de promoção à saúde no território em que a unidade se encontra.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da equipe de saúde da família da UBS Pacheco
Recursos necessários	<p>Organizacional: Salão Paroquial perto da UBS; salas de reuniões na UBS Pacheco e salas da Escola Caetano Marinho;</p> <p>Cognitivo: Conhecimento acerca de princípios e metodologia específicos (Pedagogia de Paulo Freire, Teoria da Comunicação, resiliência, antropologia cultural e pensamento sistêmico) de Terapia comunitária;</p> <p>Políticos: Mobilização social;</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folderes educativos, convites e cartazes.</p>
Recursos críticos	Políticos: sensibilização e motivação da equipe de saúde da UBS Pacheco para o entendimento da importância de estratégias de promoção à saúde como meio de mudança do modelo de atenção as condições agudas de saúde ainda vigente.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde da família e NASF Motivação: Favorável
Ação estratégica de	Informações e conhecimento de outros exemplos de localidades que

motivação	empregam a TC como estratégia de promoção à saúde.
Responsáveis:	Diego Andrade Leal (médico)
Cronograma / Prazo	Setembro a dezembro de 2014.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Mudança postural de trabalho dos profissionais de saúde da UBS e NASF para uma escuta/ativa e empática do sofrimento e das inquietações dos usuários, como expressão de acolhimento.

“Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Ausência de educação popular em saúde de forma sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pacheco, em Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 2	Ausência de educação popular em saúde de forma sistêmica
Operação	Terapia comunitária Integrativa Sistêmica
Projeto	Realização de grupos operativos e educativos a respeito de temas surgidos de demandas negociadas entre equipe e comunidade
Resultados esperados	Surgimento inicial de <i>empoderamento em saúde</i> pela população e equipe de saúde na comunidade onde a UBS Pacheco situa-se.
Produtos esperados	Grupos operativos e educativos periódicos e as rodas da TC como estratégias auxiliares e autônomas de promoção à saúde no território em que a unidade se encontra.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da equipe de saúde da família da UBS Pacheco

Recursos necessários	<p>Organizacional: Salão Paroquial perto da UBS; salas da Escola Caetano Marinho; praça em frente ao posto; salas de reuniões e consultórios da UBS Pacheco;</p> <p>Cognitivo: Conhecimento acerca das condições sensíveis à atenção primária e passíveis de medidas promocionais, bem como conhecimento do território e suas dinâmicas interativas;</p> <p>Políticos: Mobilização social;</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, folderes educativos, convites e cartazes.</p>
Recursos críticos	Políticos: sensibilização e motivação da equipe de saúde da UBS Pacheco para o entendimento da importância de estratégias de promoção à saúde como meio de mudança do modelo de atenção as condições agudas de saúde ainda vigente.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde da família e NASF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Informações e conhecimento de outros exemplos de localidades que empregam a TC como estratégia de promoção à saúde.
Responsáveis:	Diego Andrade Leal (médico) / Isabela Fontes (psicóloga do NASF)
Cronograma / Prazo	Setembro a dezembro de 2014.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Engajamento da equipe durante o processo de intervenção e início da percepção de <i>empoderamento</i> dos pacientes sobre cuidados de saúde.

“Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Vínculos emocionais nocivos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pacheco, em Ponte Nova, Minas Gerais

Nó crítico 3	Vínculos emocionais nocivos
---------------------	-----------------------------

Operação	Terapia comunitária Integrativa Sistêmica
Projeto	Rodas de Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica como forma de criar vínculos solidários
Resultados esperados	Formação de vínculos solidários entre população e equipe de saúde da UBS Pacheco
Produtos esperados	Rodas frequentes da TC com ambiente respeitoso e propício para formação de vínculos solidários e de amizade na comunidade adscrita pela UBS Pacheco
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da equipe de saúde da família da UBS Pacheco
Recursos necessários	Organizacional: Salão Paroquial; salas da Escola Caetano Marinho; salas de reuniões e consultórios da UBS Pacheco. Cognitivo: Escuta atenta e empática, desenvolvimento de postura acolhedora, respeito cultural e capacidade de comunicação; Políticos: Mobilização social; Financeiro: Recursos audiovisuais, folderes educativos, convite e cartazes.
Recursos críticos	Políticos: sensibilização e motivação da equipe de saúde da UBS Pacheco para o entendimento da importância de estratégias de promoção a saúde como meio de mudança do modelo de atenção as condições agudas de saúde ainda vigente.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde da família e NASF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Informações e conhecimento de outros exemplos de localidades que empregam a TC como estratégia de promoção à saúde.
Responsáveis:	Diego Andrade Leal (médico) / Isabela Fontes (psicóloga do NASF)
Cronograma / Prazo	Setembro a dezembro de 2014.

Gestão, acompanhamento e avaliação	Mudanças ocorridas no cotidiano dos participantes voltadas para uma maior compreensão de si e criação de redes sociais.
---	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia comunitária pode ampliar os recursos de compreensão e de intervenção das equipes de profissionais da APS, interferindo diretamente nos determinantes psicossociais, com qualificação da promoção e da proteção da saúde das pessoas afiliadas à unidade, ampliando o rol de tecnologias para recuperação e a reabilitação da saúde (MENDONÇA, M.E. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C., 2012).

As rodas realizadas na comunidade contaram com uma média de 6 pessoas para cada reunião. Os encontros permitiram aos participantes compartilharem seus sofrimentos e vivências. Entre os temas mais escolhidos estavam presentes: “ingratidão de pessoas próximas”, “perda de entes queridos”, “solidão”, “criação dos filhos”, “exigências no trabalho”, “traição conjugal e separação”. As formas de enfrentamento mais aventadas foram: “Fé e perdão”, “apoio de amigos e familiares” e “busca de diálogo para sanar os conflitos”. As pessoas que tinha suas histórias ou temas escolhidos, os protagonistas, eram procuradas trinta dias após a realização da roda a fim de se constatar a formação ou não de vínculos ou início de um processo de resiliência. Foram observadas formações de poucos vínculos sociais entre os membros da comunidade além dos já pré existentes. No entanto, a capacidade de percepção sobre os problemas pessoais aumentou e o sofrimento em alguns casos foi atenuado. A maioria dos participantes frequentou o mínimo de três rodas de terapia.

A TC demonstrou-se como um recurso promotor da saúde com inclusão social e prevenção do sofrimento psíquico viabilizada pela equipe de saúde da família, contribuindo para mudanças ocorridas no cotidiano dos colaboradores voltadas para uma maior compreensão de si e do outro e para a capacidade de resiliência, bem como no fortalecimento dos vínculos sociais. Isto foi evidenciado pela conformação de experiências em outros trabalhos e pela mobilização dos participantes em busca de uma melhor qualidade de vida para si e para a comunidade.

REFERENCIAS

BARRETO, A.P. Terapia Comunitária: passo a passo. 3. ed. Fortaleza: LCR; 2008.

BERTALANFFY, L.V. Teoria geral dos sistemas. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em 20 mai. 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CARVALHO, Jarbas Sertório de. Aspectos da indústria açucareira no município de Ponte Nova. Instituto Pontenovense de História. Ponte Nova, 1954.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

FUNDAÇÃO DE PONTE NOVA. Disponível em: <http://www.pontenet.com.br/pontenova/fundacao.html>. Acesso em: 24 mai. 2014.

GUIMARÃES, F.J. FERREIRA FILHA, M.O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.8, n.3, p.404-14, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm. Acesso em: 21 Jan 2015 23:30h.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Cidades. Ponte Nova. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315210&idtema=16&search=minas-gerais|ponte-nova|sintese-das-informacoes>. Acesso em: 20 mai. 2014.

MENDONÇA, M.E. Abordagem Comunitária: Terapia Comunitária. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap.32, p. 274-287.

MINAS GERAIS. Prefeitura municipal de Ponte Nova. História. Disponível em: <http://www.pontenova.mg.gov.br/home/index/paginas/historia.asp>. Acesso em: 24 mai. 2014.