

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF/RENASF

NEUMA MARINHO DE QUEIROZ SANTOS DA COSTA CUNHA

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E A VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA:
UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO HUMANIZADO
NA ESF?**

NATAL-RN

2014

25.7.14

NEUMA MARINHO DE QUEIROZ SANTOS DA COSTA CUNHA

A TERAPIA COMUNITÁRIA E A VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA
ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO HUMANIZADO NA ESF?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Geórgia Sibeles Nogueira da Silva.

NATAL-RN

2014

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Santos, Neuma Marinho de Queiroz.

A terapia comunitária e a vivência de estudantes de medicina: uma estratégia de ensino aprendizagem do cuidado humanizado na ESF / Neuma Marinho de Queiroz Santos. - Natal, 2015.
122f: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Geórgia Sibeles Nogueira da Silva.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Ensino médico - Dissertação. 2. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. 3. Estudante de medicina - Dissertação. 4. Terapia comunitária - Dissertação. I. Silva, Geórgia Sibeles Nogueira da. II. Título.

RN/UF/BSA01

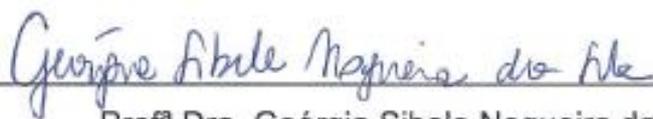
CDU 61:378

Neuma Marinho De Queiroz Santos

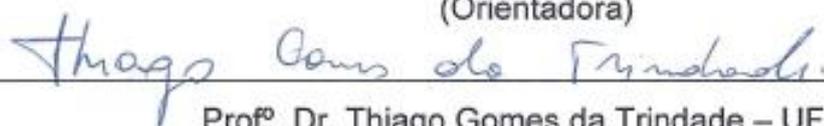
**A TERAPIA COMUNITÁRIA E A VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA
ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM DO CUIDADO HUMANIZADO NA ESF?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

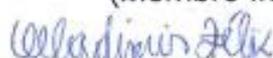
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª.Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva - UFRN
(Orientadora)



Prof^º. Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN
(Membro Interno ao Programa)



Prof^º. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva – UnP
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 19 de dezembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Aos maiores tesouros e verdadeira razão da minha vida: Flávio, grande amigo e parceiro, nossos filhos - Letícia com sua profunda sensibilidade e sabedoria, Leonardo com sua irreverência e sinceridade e Laís com sua doçura e amorosidade -, que me compreenderam em tantas ausências e em meio aos momentos de tribulação e desânimo, sempre me fizeram sorrir, aqueceram o meu colo com maravilhosos abraços, muitos beijos e mostraram que com amor, valorizando as potencialidades, muito mais que as limitações, nós nos tornamos bem mais fortes e capazes de enfrentar qualquer adversidade. A eles dedico esta conquista.

AGRADECIMENTO

Tenho a característica de ser uma profissional muito mais encantada com a prática do que propriamente com a academia. O grande prazer de ser mestre está na oportunidade de aprender e ensinar coisas novas diariamente, seja com alunos, pacientes, professores, colegas de trabalho, amigos da vida e familiares que nos acompanham nessa trajetória, proporcionando-nos o conhecimento de novos saberes com uma intensidade muito maior do que a que os livros podem nos ofertar. Creio que aí esteja o meu maior encantamento com a Terapia Comunitária, desde o momento em que a conheci através do Dr. Adalberto Barreto e pude constatar a potencialidade que tem de transformar vidas. Mas nesse percurso é necessário muito estudo para alcançarmos os resultados que desejamos, diante disso, concluir a pesquisa e a escrita de uma dissertação de mestrado é para mim motivo de profunda gratificação.

Enumerar as pessoas e situações que me prepararam e fortaleceram para que hoje alcançasse esta meta talvez não seja possível, pois tudo iniciou há muito tempo, quando ainda sequer vislumbrava me tornar médica, tampouco professora...

Meu primeiro e maior agradecimento é a Deus, que me presenteou com uma família abençoada, que me permitiu transformar-me no que sou hoje.

À minha “primeira escola”, meus pais Neuzon e Lourdinha, que me ensinaram com o exemplo a importância dos verdadeiros valores da vida e me proporcionaram a maior de todas as riquezas: a oportunidade de valorizar a educação e a família.

À minha orientadora Dr^a. Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, que estando à frente da coordenação de nosso Mestrado permitiu que esse sonho pudesse ser realizado, e me fez crescer em diversos aspectos ao longo dessa caminhada, com olhar cuidadoso sobre o nosso trabalho, ensinando-me a importância de buscar sempre o melhor.

Aos professores e colegas do MPSF, que fizeram este período tão rico no que se refere ao potencial de ampliar nossos horizontes.

Aos meus alunos, verdadeira fonte de aprendizado e gratificação, que me impulsionam a buscar sempre mais.

Aos meus pacientes e suas famílias, com tantos ensinamentos diários, os que ainda me acompanham e os que já partiram, desde os pequeninos prematuros em leitos de UTI, até os mais idosos que tenho o privilégio de acompanhar como médica de família e comunidade. E de forma especial a todos que nos enriqueceram com tantos ensinamentos nas rodas de Terapia Comunitária.

Aos meus colegas de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, com os quais partilho alegrias e dores, avanços e retrocessos, perdas e ganhos na imensa roda viva que é a vida na sua maior intensidade. Em especial aos que compõem a minha equipe de trabalho: Iêda, Lígia, Lúcia, Gorete, Fábio, Manoel e Terezinha sempre tão parceiros e confiantes em todas as minhas apostas, até mesmo as mais ousadas.

A Patrícia Arboés, amiga querida de faculdade e companheira próxima em toda essa caminhada, da Terapia Intensiva Pediátrica à Medicina de Família.

Às queridas gestoras de nossa UBS, Gorete e Armanda, pelo enorme apoio.

Aos meus colegas de docência, que alternaram tantas vezes as posições de parceiros e orientadores no decorrer desta caminhada, em especial a Karla Amorim e Thiago Trindade.

E à minha família, marido e filhos, meus grandes incentivadores de todas as horas, Flávio, Letícia, Leonardo e Laís. Riane muito mais que uma irmã, sempre amiga, médica, confiante e companheira em qualquer momento.

RESUMO

Diante de um cenário repleto de críticas a um modelo médico que privilegia a doença e não o doente são muitos os argumentos que defendem a necessidade de resgatar a relação humanizada entre médico e paciente. Tornou-se imprescindível formar durante a graduação médica um profissional capaz de realizar um cuidado integral, menos instrumental e mais humanizado. No entanto, apesar dos avanços do projeto pedagógico do curso de Medicina, ainda nos deparamos com inúmeros desafios no processo de formação. Este estudo teve como objetivo geral compreender se a vivência do estudante de Medicina com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Atenção Primária- APS /Estratégia Saúde da Família- ESF, apresenta potencial para se configurar enquanto estratégia de ensino-aprendizagem para o cuidado integral e humanizado. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com estudantes do curso de Medicina do décimo ao décimo segundo período que tiveram vivência com a TCI como parte do Internato de Medicina de Família e Comunidade - MFC. Utilizamos entrevistas em profundidade com roteiro e recorremos, para análise das narrativas, à Hermenêutica Gadameriana. Foi possível constatar que até ingressarem no internato de MFC os estudantes desconheciam a TCI, e suas preconceções revestiam-se de caráter depreciativo. A vivência com a TCI possibilitou a ressignificação dos preconceitos e construção de novos conceitos. Estagiar na ESF e participar da TCI revelou potencialidades para o aprendizado do Cuidado Humanizado por meio do exercício prático com experiências que privilegiam a construção de vínculos; a autonomia do paciente; a realização da longitudinalidade no cuidado do paciente; o reconhecimento do poder de resiliência dos pacientes, na força do coletivo, no compartilhar das dores, na força de uma boa comunicação, nos ganhos do exercício da escuta qualificada. A ausência de modelos do que fazer foi substituída por vivências de dores e alegrias no aprendizado do tornar-se médico. As dores falavam das dificuldades estruturais (insumos), no lidar com as vulnerabilidades sociais dos usuários e a dificuldade de realizar uma boa comunicação com os pacientes. As alegrias foram experimentadas na constatação do exercício do Cuidado Humanizado. Questões como dificuldades estruturais, baixo número de pessoas com formação em TCI, e pouco tempo de vivências com a TCI, aparecem como limitações para sua utilização como ferramenta pedagógica. Por sua vez, o potencial reflexivo e capaz de provocar ressignificações sobre o saber fazer diante da dor do outro está muito presente nas narrativas, sinalizando o potencial de aprendizado com a TCI. Portanto, este estudo advoga que a participação dos alunos na TCI, além de poder oferecer aos estudantes uma estratégia de ensino-aprendizagem para o Cuidado Humanizado, representa a possibilidade de ampliar os

horizontes destes futuros médicos em um olhar bem mais consciente das dificuldades e potencialidades de um profissional na ESF, contribuindo para a formação de profissionais mais sensibilizados e preparados para realizar uma abordagem integral e humanizada da pessoa e de sua comunidade, contribuindo para uma APS/ESF, mais resolutiva e gratificante para todos.

Palavras-chave: Ensino Médico. Terapia Comunitária. Estratégia de Saúde da Família. Cuidado Humanizado. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Before the scenario full of criticism about a medical model that gives privilege to the diseases and not to the diseased, there are many arguments that defend the need of redeem the humanized relationship between doctor and patient. It became indispensable to mold during the medical graduation a professional capable of perform a special care, less instrumental and more humanized; however, even though the advances of the pedagogical program of the medical graduation, we still face numerous challenges in the process of molding. This study has as general goal to understand if the students medicine experience with the Integrative Community Therapy (TCI) at the Primary Attention – APS/Family Healthy Strategy-ESF, presents potential to configure itself while strategy of teaching-learning to the integral and humanized care. It was held a qualitative research with the students of the medical graduation from the tenth to the twelfth semester that had experience with the TCI, as part of the Boarding of Family and Community Medicine – MFC. We used interviews with script and we resorted to analyze the narratives to Gadamerian Hermeneutics. It was possible to find that before join the boarding of MFC, the students were unaware the TCI and their preconceptions lined up with depreciated character. The experience with the TCI enabled the reframing of the prejudices and the build of new concepts. Internship in ESF and participate of TCI revealed potential to learning of the humanized care by the practical exercise with experiences that privilege the built of ties; the autonomy of the patient; the fulfillment of the longitudinality at the care of the patient; the acknowledgment of the power of resilience of the patients, at the strength of the collective, at the pain sharing, at the strength of a good communication, at the gains of qualified listening exercise. The absence of models of what to do was replaced by experiences of pains and joys at the learning of becoming a doctor. The pains spoke of the structural difficulties (inputs), at the get along with the socials vulnerabilities of the users and the difficult of perform a good communication with the patients. The joys were experienced at the finding of the humanized care exercise. Questions as structural difficulties, low number of people with TCI degree, a shortly experience of with TCI, show up as limitations to its utilization as pedagogical tool. In turn, the reflective potential is capable of cause resignifications about the know-how before the pain of the other being very much present at the narratives, signaling the potential of the learning of TCI. Therefore, this study advocate that the participation of the students at the TCI, beyond the power of offering the students a teaching-learning strategy to the humanized care, represents the possibility of enlarge the horizons of those future doctors at a glance much more conscious of the difficulties and

potential of a professional at the ESF, contributing to the graduation of more sensitized professionals and prepared to perform an integral and humanized approach of the person and his/her community, contributing to an APS/ESF more resolute and rewarding to everyone.

Key words: Medical Education. Community Therapy. Family Healthy Strategy. Humanized Care. Medicine Students.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP- HUOL	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes.
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI/ TC	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS Estrela do Mar	Codinome dado a UBS onde ocorrem os encontros de TCI.
UFC	Universidade Federal do Ceará.
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA E A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA.....	20
2.1	CONHECENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA.....	20
2.2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), O ENSINO DA MEDICINA DE FAMÍLIA COMUNIDADE (MFC) E A REORIENTAÇÃO DO SABER FAZER MÉDICO	28
2.3	O ENSINO MÉDICO, A (DES)HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E A TCI	30
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1	QUADRO TEÓRICO.....	38
3.2	ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS DA PESQUISA.....	39
3.2.1	Colaboradores, o lugar da pesquisa, e o instrumento	39
3.2.2	O piloto	41
3.2.3	O trabalho de campo	41
3.3	TRATAMENTO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS	43
3.4	ANÁLISE DE RISCOS, MEDIDAS DE PROTEÇÃO	47
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	48
4	COMPREENDENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: DOS PRECONCEITOS À COMPREENSÃO NA PRÁTICA	49
4.1	CONCEPÇÕES SOBRE A TCI: PARTINDO DE PRECONCEITOS.....	49
4.2	A PRÁTICA COM A TCI: RESSIGNIFICANDO CONCEITOS.....	56
5	O CUIDADO HUMANIZADO E O FUTURO MÉDICO.....	61
5.1	O NÃO ENSINO DO CUIDADO HUMANIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA. ..	62
5.2	O CUIDADO HUMANIZADO E A ESF: ENSINANDO SOBRE O “INEXPLICÁVEL”.....	66
6	A VIVÊNCIA COM A TCI NA APS/ESF: DORES, ALEGRIAS E O APRENDIZADO DE SER MÉDICO	71
6.1	DAS DORES: AS DIFICULDADES NO COTIDIANO DA APS/ESF	71
6.2	DAS ALEGRIAS: QUANDO O CUIDADO É VIVENCIADO	77
7	TERAPIA COMUNITÁRIA: UMA POSSIBILIDADE DE ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM PARA O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE NA ESF?.....	80

7.1	POTENCIALIDADES PARA O APRENDIZADO DO CUIDADO HUMANIZADO PARTIR DA TCI.....	80
7.2	LIMITAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DA TCI COMO ESTRATÉGIA ENSINO APRENDIZAGEM.....	84
7.2.1	Dificuldades estruturais	85
7.2.2	Carência de profissionais da esf com capacitação em TCI.....	86
7.2.3	O baixo número de vivências de TCI.....	87
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	104
	ANEXOS	112

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se
não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

1 INTRODUÇÃO

Na atuação profissional da autora deste estudo, enquanto médica e docente, atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), foi possível observar que muitas pessoas buscam assistência inúmeras vezes por questões de sofrimento emocional, que acabam repercutindo em sua condição geral de saúde. Alguns destes usuários/pacientes transitam por atendimentos de diversos especialistas e, apesar disso, não recebem o adequado cuidado. Acreditam que o médico irá trazer uma solução mágica para seus problemas e na verdade esse processo acaba se repetindo ciclicamente onde as "medicações" não conseguem combater as "doenças", haja vista que as motivações em grande parte surgem de "dores da alma". É descrito por Lacerda *et al* (2007, p.250) "uma sensação de mal estar generalizado com uma diversidade de sintomas, tais como irritabilidade, nervosismo, ansiedade, angústia, dores no corpo, acrescido da falta de perspectiva de vida". O uso abusivo de medicações, muito comum nesses pacientes, contribui para agravar ainda mais o quadro clínico com o surgimento de uma série de efeitos colaterais indesejados, além de não possibilitar a elucidação das questões de base e o desenvolvimento de estratégias coletivas para enfrentamento dos problemas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Percebe-se a grande dificuldade que os médicos e os futuros médicos demonstram em lidar com "queixas vagas", subjetivas, e que não consigam relacionar diretamente a causas orgânicas. Esses pacientes são, muitas vezes, considerados "chatos e difíceis", pela dificuldade de compreensão e abordagem, e, ainda, pelo distanciamento que há entre as vidas de um e outro (médico/estudante- usuário).

Diversos autores alertam sobre a existência de críticas com repercussão mundial sobre a forma como a Medicina se achava constituída e ao modelo médico, privilegiando a doença e não o doente. Defendem a necessidade de resgatar a relação humanizada entre médico e paciente, direcionando a escuta terapêutica não só para os relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos que permeiam o adoecer (AYRES, 20009; TESSER, 2009; SILVA JUNIOR, 2006; GUEDES; NOGEUIRA; CAMARGO JÚNIOR, 2006; MARTINS, 2004).

Nessa direção é conhecido o fato da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) ser um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, onde se estimula a corresponsabilidade na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2008).

É durante o nono período do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, quando parte destes alunos tem o primeiro contato com a APS, durante o estágio supervisionado de Medicina de Família e Comunidade, que a autora deste projeto observa uma boa oportunidade de, durante as sete semanas do estágio, eles vivenciarem a participação em encontros de terapia comunitária, articulando de maneira mais concreta os conhecimentos acerca da integralidade do cuidado e da importância da humanização nas relações médico-usuário/família-equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

É oportuno ressaltar que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade essencialmente clínica, que visa integrar práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades de forma abrangente, cujo cenário de prática é a atenção primária à saúde (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

O trabalho em saúde capaz de produzir cuidado anda em parceria com os processos relacionais entre todos os envolvidos: gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários. Neste cenário surgem as tecnologias duras, leves-duras e leves. Com as tecnologias duras e leves-duras está em evidência o saber profissional centrado, intimamente associado às relações com as máquinas e equipamentos e sua operacionalização. Quanto às tecnologias leves, considera-se que o trabalhador está exposto a uma dinâmica de “trabalho vivo”, que flui entre todas as partes envolvidas, com a valorização dos sentidos e significação dos encontros (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Sabemos que as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), podem ser consideradas como estratégias de revitalização do sistema de saúde e de mudança no padrão biologizante e medicalizante do cuidado e da promoção da saúde. Entretanto, é evidente o

despreparo político e técnico de profissionais da saúde para atuar com PICs no sistema único de saúde - SUS (AZEVEDO; PELICIONNI, 2012). Compartilhamos do pensamento dos referidos autores quando julgamos primordial fomentar um processo educativo que forme profissionais em sintonia com as diretrizes do SUS.

É possível que a vivência da TCI no curso do internato de MFC, possa favorecer o desenvolvimento de conhecimentos na abordagem da pessoa e não da doença, condição esta fundamental para melhorar a atuação e a competência deste profissional. O que tem sido visto até o momento é ainda o estudante chegando à Unidade Básica de Saúde (UBS), com o perfil de formação bastante tecnicista, no sentido de privilegiar a tecnologia dura, como se houvesse uma supremacia "a priori", desta modalidade, em relação às demais tecnologias (leve e leve-dura), possivelmente fruto do modelo de formação médica vigente que privilegia a especialização e a fragmentação do indivíduo. Diante disto, considera-se oportuna e relevante a pesquisa, uma vez que diversos estudos demonstram a importância de inserir o futuro profissional médico em cenários de prática que proporcionem o aprendizado de uma abordagem mais abrangente, intensamente contextualizada, conectando sabedorias diversas (SOUZA et al., 2013; COSTA et al., 2012; GIFFONI; SANTOS, 2011; MORETTI; PIRES, 2009; CAMPOS; FORSTER, 2008; SUBTIL; SILVA, 2007).

O potencial de aprendizado que a TCI pode ofertar aos seus participantes em qualquer contexto tem merecido atenção e reconhecimento. Sabemos que na oportunidade em que a TCI foi criada, o Dr. Adalberto Barreto lançou mão deste cenário para introduzir estudantes de Medicina e Psicologia como parte importante em sua formação enquanto futuros profissionais. Observamos registros de pesquisas na literatura, avaliando concepções de estudantes de Enfermagem sobre a terapia comunitária (CARVALHO et al., 2013; HORTA; CALDEIRA, 2011), trazendo reflexões sobre oportunidades de melhorar o cuidado da saúde mental a partir da TCI, como instrumento de ensino no curso de Enfermagem (BORGES; JAPUR, 2005), e acentuando a importância de se utilizar a TCI como instrumento pedagógico na formação de psicólogos com a perspectiva de oferecer aos alunos(as) uma visão diferente em relação à promoção e à prevenção em saúde nas comunidades (FUENTES-ROJAS, 2011). Entretanto, não foi identificado nenhum estudo que procurasse investigar a percepção do estudante de Medicina, quanto à vivência neste espaço e se há impacto desta atividade em seu aprendizado, enquanto futuros profissionais.

Barreto (2008) nos alerta de que “o sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos”, como geralmente é feito. É necessária a utilização de outras estratégias para

acolhermos essa demanda de “dores da alma” que nos apresentam nas Unidades Básicas de Saúde, para alcançarmos melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

A TCI surge como um espaço capaz de acolher essas demandas, que no consultório médico nem sempre podem ser contempladas, de forma mais transversal, aproximando as pessoas e evidenciando muito mais as semelhanças do que as diferenças. Permite o exercício de reflexões individuais, promove interação entre os profissionais de saúde e pacientes, e transforma muitas vezes o nosso olhar em diversas situações. Inserida na ESF, a TCI contribui para a realização de diagnóstico epidemiológico local e recebe a demanda de “sofrimento” que sobrecarrega agendamentos da assistência clínica para os grupos de TCI.

Há relato de que estudantes de Medicina, participantes de rodas de TCI com a comunidade, constataam a dimensão das diferenças entre as questões do próprio sofrimento e o da comunidade em geral, quando as questões destacadas dentre os estudantes se referiam a dificuldades acadêmicas ou de ordem pessoal, enquanto que o universo de problemas da população como um todo se relacionava a problemas familiares, situações graves de saúde e financeiras (TEIXEIRA et al., 2008).

Consideramos a possibilidade de que quando os alunos se deparam com a vivência com a TCI, eles podem ter acesso a um espaço que possibilite vivenciar o aspecto fundamental para o cuidado da humanização, ou seja, assegurar à palavra sua dignidade ética, o que implica dizer, permitir que a dor, o sofrimento e o prazer, possam ser expressos pelos sujeitos através de suas falas e reconhecidos pelo outro (BRASIL, 2009; SILVA JUNIOR, 2006). Pode ser que essa experiência, por vezes absolutamente nova para eles, permita uma ampliação na forma de olhar, possibilite considerar o outro - seus pacientes -, de forma mais humanitária, verificando de perto, dores e problemas de naturezas múltiplas, a partir do olhar de seu protagonista, e não pelos relatos da mídia ou outras fontes de informação a que tenham tido acesso. O fato é que muitos pesquisadores vêm demonstrando a existência de um aprendizado no ensino médico, que favorece o distanciamento dos pacientes durante toda a formação (SILVA JUNIOR, 2006, 2014; SILVA; AYRES, 2010, KOIFMAN, 2011, BATISTA et al., 2004). Nessa direção, corroboramos com o pensamento de Silva Junior (2006, 2014) quando afirma que a negação do contato humano elimina o reconhecimento do sofrer do outro através da palavra. A dor é mensurada, medicada, mas não reconhecida em seu significado, pois a palavra fica reduzida a meras informações na anamnese (SILVA JUNIOR, 2006).

Diante deste contexto foi iniciado um grupo de TCI, com a perspectiva inicial de atender à necessidade destas pessoas, nos atendimentos em uma Unidade de Saúde da Família

(USF) em Natal-RN. A USF funciona em um bairro da zona leste de Natal, com população estimada em torno de 30.000 habitantes, ruas estreitas, grandes ladeiras, localizado sobre uma região de dunas, região litorânea com visão privilegiada do mar, e que tem sua marca registrada em um farol que ilumina e traz beleza à paisagem da comunidade. Local onde vivem pessoas simples e trabalhadoras que vêm enfrentando nos últimos anos grandes dificuldades e sofrimento com a ocorrência de situações frequentes de violência na comunidade, principalmente relacionadas à invasão do tráfico de drogas na região. Concordamos com Giffoni e Santos (2011), quando nos dizem que “A vivência de privações atravessa praticamente todas as experiências de vida das pessoas pertencentes às chamadas classes populares, submetidas à ausência quase total de direitos humanos”. Essa é também a realidade que encontramos em nosso cenário de atuação.

A ação ocorre, envolvendo equipe multiprofissional da Unidade de Saúde em parceria com professora e alunos do Estágio Supervisionado de Medicina de Família e Comunidade, nono período de uma universidade pública do Rio Grande do Norte, que utilizam esta unidade de saúde como campo de estágio e supervisão pedagógica. Os encontros estão programados para ocorrer quinzenalmente, utilizando-se o espaço físico da própria unidade de saúde.

A comunidade é informada sobre o grupo de TCI pelos agentes de saúde e demais profissionais da unidade de saúde, mas também a partir da informação que circula entre os próprios participantes do grupo. Nesses encontros as pessoas têm a oportunidade de expressar suas angústias, temores e preocupações, configurando, dessa forma, uma estratégia de promoção da saúde mental na APS. Além disso, a dinâmica do grupo favorece o fortalecimento de vínculos entre os integrantes da comunidade, onde todos se envolvem na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano (BARRETO, 2008; LAZARTE, 2010; GUIMARÃES, VALLA, 2009).

Os alunos do internato de Medicina participam dos grupos, como parte do processo ensino-aprendizagem, em especial no universo da APS/ESF. Pretende-se com a participação deles na TCI favorecer a ampliação da sua percepção quanto ao contexto social dos pacientes assistidos em consultas ambulatoriais e domiciliares, contribuindo para uma abordagem integral, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde, o que será fundamental em sua formação, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer (NEDER, PINHEIRO, 2010; MORAES, 2008; CUNHA, 2005; RIBEIRO; AMARA, 2005).

Tudo isso se observa no exercício da alteridade, procurando apreender o outro, na plenitude de sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Ou seja, isso

pressupõe a via mais curta da comunicação humana, que nada mais é que o diálogo, a capacidade de entender o outro a partir de sua experiência de vida e da sua interioridade.

Diversas motivações e questionamentos impulsionam à construção deste estudo, que pretende compreender de que forma o estudante de Medicina reconhece a TCI? Quais as suas percepções sobre a TCI? Em que medida a vivência desses alunos com a TCI constitui de fato uma estratégia de aprendizagem capaz de facilitar a realização de um Cuidado Humanizado que os aproxime de um saber fazer mais integral diante do sofrimento do outro? São questões fortes que mobilizam nosso percurso e justificam a importância da realização desse estudo, que tem como horizonte contribuir com a formação de médicos capazes de uma Medicina menos cindida e mais humana. Portanto, o objetivo geral desse estudo é compreender se a vivência do estudante de Medicina com Terapia Comunitária na APS/ESF se configura enquanto estratégia de ensino-aprendizagem para o cuidado integral e humanizado. E tomo os seguintes objetivos específicos para o seu percurso: Identificar as concepções (conceitos e preconceitos) sobre a TCI; Identificar as concepções sobre Cuidado Humanizado em saúde; Identificar a existência ou não de situações na vivência dos estudantes com a TCI, que possibilitem o aprendizado em relação ao Cuidado Humanizado; Investigar as potencialidades e dificuldades da vivência dos estudantes com a TCI para o aprendizado em relação ao Cuidado Humanizado.

Espera-se com este estudo conseguir reflexões que nos auxiliem no uso da TCI dentro da formação médica. Talvez surjam mais questões, entretanto lançaremos a discussão em busca de interlocutores.

Deus não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos.

Adágio popular

2 REVISÃO DE LITERATURA E A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

Para a compreensão sobre a construção do problema de pesquisa faz-se necessário dialogar com autores que abordam o histórico da TCI, situando o leitor no contexto da atenção primária em saúde, trazendo a relação da especialidade médica de família nesse cenário. Em seguida, refletimos sobre o modelo de racionalidade médica que vem desfavorecendo o Cuidado Humanizado. Racionalidade médica, cuidado e humanização, categorias teóricas que serão trabalhadas ao longo da dissertação ao se dialogar com o campo da pesquisa por meio das falas dos colaboradores (os estudantes de Medicina). Por fim, trataremos o questionamento quanto à possibilidade da TCI se configurar enquanto uma estratégia ensino-aprendizagem que possa favorecer o aprendizado de competências para a realização de um Cuidado Humanizado.

2.1 CONHECENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um método terapêutico criado pelo professor Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará (UFC), a partir de conhecimentos fundamentados na Etnopsiquiatria, Saúde Coletiva, Teoria Sistêmica, Antropologia Social, na Teoria da Comunicação, na Teoria da Resiliência e na metodologia freireana de educação popular. Permite abordar e acolher o sofrimento humano, tão recorrente na sociedade moderna, incentivando o fortalecimento de redes sociais, com a perspectiva de prevenir a evolução de problemas familiares e sociais para doenças, como dependências químicas e depressão, possibilitando que todos juntos busquem alternativas para lidar com os problemas do cotidiano (GOMES, 2010; MORAIS, 2010; ANDRADE et al., 2009).

A TCI surgiu a partir de uma crescente demanda de pessoas com sofrimento emocional que buscavam apoio jurídico na comunidade de Quatro Varas, na favela do Pirambu, em Fortaleza - CE, junto ao projeto de apoio aos direitos humanos da favela. Na ocasião, meados da década de 1980, o coordenador deste projeto era o advogado Airton Barreto, que observou ser a maior demanda desta comunidade, as questões sociais e familiares, bem como seus

problemas psicológicos, não havendo como dar conta destas questões apenas com intervenções judiciais.

Deste modo, verificou-se a importância de oferecer um suporte para as “dores da alma” desta população. Nessa ocasião convidou seu irmão o Dr. Adalberto Barreto, médico psiquiatra, teólogo, antropólogo e professor da Faculdade de Medicina da UFC para atender a esta comunidade (ANDRADE et al., 2009).

Os atendimentos médicos foram iniciados de forma individual, com prescrições medicamentosas, assim como os realizados em nível hospitalar e ambulatorial. Entretanto, rapidamente foi observado que a lógica das consultas médicas prescritivas, não atenderia às necessidades daquele universo, quer seja qualitativa ou quantitativamente. Seria necessário construir outra forma de abordagem, mais eficaz e resolutiva. Diante deste contexto, percebeu-se que a criação e o fortalecimento de uma rede social era prioridade naquela população, que se constituía naquele momento de migrantes, oriundos do interior de país, e se amontoavam em condições de pobreza extrema e sem apoio do Estado. Estava sendo iniciada uma nova forma de cuidado que tem muito a nos ensinar sobre o saber fazer em Medicina.

Apresentaremos agora parte da metodologia dos encontros de Terapia Comunitária de acordo com Barreto (2008). Os encontros são divididos em cinco etapas. São elas o acolhimento do grupo, a escolha do tema, a etapa de contextualização do problema, a problematização propriamente dita e o encerramento.

1) Acolhimento: No início dos encontros, que acontecem sempre na perspectiva de trabalharmos em roda, permitindo a todos se verem, e proporcionando a horizontalidade das relações, realizamos um aquecimento do grupo, visando prepará-lo para a partilha. Realizam-se dinâmicas, socializam-se as regras que asseguram a escuta respeitosa e protegem das manifestações ideológicas. Incluem assegurar o silêncio, falar sempre de si, não dar conselhos, evitar discursos e juízos de valor, e propor canções, ditados populares, anedotas, etc., sempre que pertinentes ao tema em discussão. Estimulamos ainda a celebração de datas ou eventos importantes para os participantes, como aniversários, conquista de um emprego, etc.

2) Escolha do tema: Momento em que as pessoas expressam suas vivências, que ao término devem ser sempre restituídos pelo terapeuta, com foco no sofrimento e não no problema. Propor ao grupo que escolha uma das situações apresentadas, reforçando que as escolhas são importantes em tudo o que realizamos na vida.

3) Contextualização: Nesta etapa a pessoa que foi escolhida tem a condição de falar mais detalhadamente sobre sua preocupação, dando-se a oportunidade aos participantes da

roda para fazerem perguntas que permitam maior compreensão do contexto, enquanto permite ao indivíduo selecionado observar seu sofrimento a partir de outros olhares. As perguntas devem favorecer a reflexão sobre si e laços familiares, profissionais, sociais que o envolvam, sendo importante evitar perguntas investigativas.

4) Problematização: Esse é o momento em que a situação relatada pelo protagonista faz suscitar vivências semelhantes entre os participantes da roda e que estratégias utilizaram para enfrentar a dificuldade.

5) Encerramento: É o momento em que se revelam a profundidade das experiências e o que vai favorecer ou dificultar a mudança em si e no outro. Promovem-se rituais de agregação onde se estimula que os participantes expressem sua gratidão e admiração frente à capacidade de enfrentar adversidades e qualidades que foram percebidas durante aquele encontro de TCI.

As bases teóricas da TCI estão fundamentadas em cinco pilares: a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, o Conceito de Resiliência e a Pedagogia de Paulo Freire (BARRETO, 2008).

Para a Teoria Geral dos Sistemas, a concepção sistêmica abrange o mundo numa perspectiva de relações e de integração, valorizando o todo e suas relações com as partes que o constituem (CAPRA, 2000).

Acerca desta perspectiva, Pasello (2007) reforça a teoria de que partindo da compreensão do todo, é possível compreender melhor não apenas a somatória de suas partes, mas a articulação entre elas, com suas características, peculiaridades e necessidades próprias.

De acordo com Mendes (2011), do ponto de vista prático, o pensamento sistêmico permite que uma pessoa – líder, pai e mãe de família, governante, professor, etc. - avalie os acontecimentos em todo o contexto e suas possíveis implicações, a fim de buscar solução capaz de contemplar todas as partes envolvidas.

Segundo Barreto (2008), toda situação precisa ser compreendida, partindo-se do contexto em que ocorre, enquanto parte de um todo complexo e cheio de ramificações envolvendo o biológico, o psicológico e o social. A abordagem sistêmica é sempre interativa, é necessário estar consciente desse todo, para poder compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, e passar a vivenciar a noção de corresponsabilidade.

A Teoria da Comunicação de Paul Watzlawick (1967), outro pilar da TCI, defende que a comunicação entre dois indivíduos se fundamenta em cinco axiomas. São eles: É impossível não se comunicar; Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação; A

natureza de uma relação está dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes; Os seres humanos se comunicam de forma digital e analógica; As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença.

- É impossível não se comunicar.

Estamos sempre interagindo com o outro, seja ao agir, olhar, falar... Há diversas formas de se comunicar, mesmo que o desejo seja o da não comunicação, como por exemplo, quando queremos passar a mensagem da indiferença;

- Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação.

Aqui é importante destacar que o entendimento de um contexto relacional é fundamental para o entendimento da comunicação. Algumas vezes o verbalizado ou até mesmo sinalizado com gestos de concordância, pode não condizer com a informação transmitida. Momentos onde estas interfaces da comunicação estão bem evidentes podem ser observados, por exemplo, em reuniões de equipe em que temas polêmicos vêm à discussão e nitidamente se observam posturas de apatia, gestos de concordância de cabeça, que na realidade tenderiam mais à discordância, entretanto, por questões de poder nas relações hierárquicas, acabam por ser omitidas; comentários com sentido invertido (ironias) onde o *ótimo* significa *péssimo* ou *todos vão participar é igual a ninguém tá nem aí!*

Outra situação bem característica para se atentar a estas questões pode ser observada na relação médico-paciente, quando são realizadas orientações em relação à mudança de hábitos de vida, os chamados hábitos saudáveis (prática regular de atividade física, ingestão reduzida de sal, açúcar e gorduras, combate ao tabagismo...), e aqui isso se agrava quando essas recomendações se dão de forma prescritiva, o que frequentemente se observa é que este indivíduo assume uma postura silenciosa e “concordante”, entretanto já sai da consulta médica ciente de que não realizará as recomendações. Isso se deve ao fato de a relação entre profissional e paciente não privilegiar a escuta do outro, suas formas de entendimento, seus sentimentos, preocupações, dúvidas...

- A natureza de uma relação está dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes;

A historicidade que permite entender como essa relação foi construída ao longo da vida dos sujeitos envolvidos na comunicação, influencia como cada uma das partes se comporta.

Isto pode ser observado em diversas circunstâncias, desde relações conjugais duradouras e bem sucedidas, em que até “os silêncios” são absolutamente interpretados; indo ao extremo oposto com situações como relações de disputa e negociação entre partes, onde agressões, desconfiança, desinteresse, podem comprometer o processo de comunicação a ponto de se instalar um círculo vicioso, ocasionando perda da capacidade de resolução de conflitos por intermédio da comunicação, consequentemente rompendo vínculos e minimizando a importância do outro. Estas situações podem ser vivenciadas na família, no ambiente de trabalho, em todos os contextos relacionais.

- Os seres humanos se comunicam de forma digital e analógica;

A comunicação digital se refere à forma comunicativa dos conteúdos explícitos, que pode ser verbal ou gestual. A comunicação analógica revela a o modo relacional da comunicação, ou seja, recursos não verbais, absolutamente subjetivos, como expressões faciais, postura, sinais paralinguísticos (ex: entonação de voz). O processo de comunicação é simultâneo e se dá por múltiplos canais de expressividade, o que significa dizer que ao mesmo tempo em que falamos também podemos sorrir ou chorar, variar nosso timbre, ritmo e entonação vocal, gesticular. Enfim, é impossível falar uma palavra sem qualquer entonação e este aspecto determina o sentido da mensagem.

- As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.

De acordo com esse axioma, o comportamento dos interlocutores se desenvolve a partir do comportamento inicial do emissor, em sequência temporal. Afirma que as formas de comunicação podem ocorrer de modo complementar ou simétrico. Como exemplo podemos apresentar uma situação onde o interlocutor inicia a fala de forma agressiva e o outro reage com tranquilidade e compreensivamente, aqui se observa a complementaridade ou diferença. Neste mesmo contexto, caso o interlocutor responda com agressividade, teremos um comportamento simétrico ou baseado na igualdade.

De acordo com Barreto (2008), a teoria da comunicação coloca a comunicação como o elo unificador entre indivíduos, família e sociedade. Afirma ainda que a riqueza e a diversidade das possibilidades de comunicação entre as pessoas permitem que se vá além das

palavras, na busca por entendimento e compreensão de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido como sujeito e cidadão.

É no ato da comunicação entre si, que os homens adquirem consciência do seu próprio eu e passam a fazer parte viva de sua própria realidade (CAMAROTTI et al., 2009).

É nesse sentido que a TCI, através da comunicação, partilha as experiências ofertadas na roda e amplia as possibilidades de ressignificação e de transformação do eu de cada participante (CARÍCIO, 2010).

Já a influência da Antropologia Cultural se dá à medida que esta ciência procura conhecer a humanidade, compreender os problemas humanos e o modo de enfrentá-los (HOEBEL; FROST, 1995). Os referidos autores afirmam que a Antropologia Cultural, no universo da Antropologia, é imprescindível para a saúde pública, uma vez que investiga como mudar os métodos para uma sociedade conseguir alimentos, modificar hábitos alimentares, práticas de saneamento e outras questões, com a perspectiva de melhorar a saúde da população.

A Antropologia Cultural como referencial para TCI busca compreender que os próprios indivíduos atribuem ao seu comportamento, como alvo de grande interesse para a vida cotidiana, a vivência de seus desafios, alegrias, hábitos de vida. Na TCI, o processo de cura, passa pelo resgate das raízes dos valores culturais, que despertam no indivíduo o sentimento de segurança e pertencimento a uma cultura, muitas vezes negado pela sociedade, mas que pode ser experienciado no espaço coletivo (BARRETO, 2008; MORAIS, 2010; CARÍCIO, 2010; GUIMARÃES, FERREIRA FILHA, 2006).

A resiliência, por sua vez, é uma palavra, cujos significados, apesar de não se tratar de terminologia recente, ainda são bastante desconhecidos para muitos no Brasil (YUNES, 2003). A autora alerta para a importância de cautelosa investigação de sentido, que possibilite o uso criterioso do termo.

O conceito de resiliência perpassa aspectos dos campos físicos, biológicos e psíquicos. Do latim *resiliens*, significa voltar para trás, recolher-se; do inglês *resilience*, significa elasticidade, capacidade de recuperação. Na biologia o conceito evoluiu e incorporou a noção de adaptabilidade quanto ao ecossistema que frequentemente precisa se reorganizar frente a adversidades para se manter preservado. Na psicologia, refere-se à capacidade da pessoa de enfrentar as adversidades, manter uma habilidade adaptativa, ser transformado por elas, recuperar-se ou conseguir superá-las.

As pessoas reagem de forma diferenciada à exposição aos estímulos estressores externos e internos, cada uma delas tem seu próprio limiar, e quando as respostas a esses estímulos ficam descontrolada estamos diante de uma situação de crise.

As crises são perturbações e desorganizações que ocorrem em determinados períodos da vida das pessoas, famílias, grupos, sociais, instituições e da sociedade. Nessas ocasiões podem apresentar sinais do tipo: incapacidade do indivíduo de resolver seus problemas, tendência para atitudes extremistas, e perda de rumo, não sabendo o sentido ou o que fazer da vida (BARRETO, 2008).

De acordo com Sales e Sougey (2012), da mesma maneira que há vulnerabilidade para condições de adoecimento, há também relato de maior resistência ao enfrentamento de experiências traumáticas de vida, fato este que, através da resiliência, pode facilitar uma recuperação mais efetiva da experiência vivida. Defendem que entender a forma como houve o processamento traumático, pode contribuir para compreensão de determinados sintomas.

Barreto (2008) ressalta a magnitude de se utilizar estes períodos de crise como oportunidade para aprendizado e crescimento pessoal, bem como familiar e comunitário, uma vez que permite refletir sobre erros cometidos, reavaliar os relacionamentos, assim como buscar novos modos de agir e de relacionar.

Quanto à Pedagogia de Paulo Freire, a metodologia da TCI apresenta muitas semelhanças com a função do educador à luz da perspectiva freireana, uma vez que enquanto instrumento pedagógico propõe uma prática de diálogo com tempo para falar e para ouvir, buscando teorizar sobre a realidade, partindo-se da vivência dos problemas expostos, com resgate de histórias de vida como fonte de saberes (GUIMARÃES; VALLA, 2009; MORAIS, 2010; CARÍCIO, 2010).

Freire (2005) defende uma educação libertadora e transformadora, que implica na ação e reflexão dos homens sobre o mundo para dessa forma transformá-lo.

Brennand (2001) em consonância com a metodologia freireana, afirma que o diálogo é imprescindível para se ampliar o debate sobre o processo de construção do conhecimento como mola propulsora para formação de indivíduos, competentes na argumentação e nas formas de interação, em condições de participarem de sistemas de ação cada vez mais complexos, de maneira socialmente competente e individualmente autônoma.

De acordo com Barreto (2008) dentre os objetivos da TCI, estão a valorização da autonomia do indivíduo a partir do fortalecimento do autoconhecimento, fortalecimento do papel da família e sua rede de relações sociais; valorização das instituições, práticas culturais e tradições, permitindo a comunicação entre o saber científico e o saber popular, estimulando

a participação como condição essencial para promoção da consciência coletiva, tornando-o estimulado para ser agente de sua própria transformação.

Neste percurso, a TCI vem se consolidando ao longo dos anos como uma prática com contribuições para a qualidade de vida das pessoas, com resultados relevantes na atuação junto às comunidades, em especial com maiores vulnerabilidades sociais, o que possibilitou que adquirisse status de política pública nas esferas municipal, estadual e federal (CAMAROTTI, GOMES, 2008). Tais benefícios fundamentaram a TCI como uma política em várias áreas como a educação, saúde, segurança pública, justiça e ação social, com boa efetividade e baixo custo (GUIMARÃES, VALLA, 2009).

A TCI encontra-se também em países como França, Suíça e Uruguai, e no Brasil, ocorre em todos os Estados através de um coletivo que já ultrapassa 13.000 terapeutas comunitários formados por meio de parcerias com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária- ABRATECOM (ABRATECOM, 2009).

O Ministério da Saúde, por sua vez, iniciou projetos para implantar a Terapia Comunitária Integrativa na rede de Assistência à Saúde no SUS em parceria com a Associação Brasileira de Terapia Comunitária ABRATECOM, em 2007. Entretanto, o primeiro convênio com o Ministério da Saúde, de número 2397, que pretendia desenvolver as competências necessárias para promover as redes de apoio social, como também capacitar profissionais de saúde e lideranças comunitárias para atuar na Atenção Básica/saúde da Família, só se firmou em 2008 (AZEVEDO; PELICIONNI, 2012). O reconhecimento desta modalidade terapêutica como uma política pública de saúde na atenção básica às famílias direciona investimentos para a capacitação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família com foco na Terapia Comunitária Integrativa. A meta é que a prática da TCI seja incorporada às ações da ESF (GOMES, 2010; ANDRADE et al., 2009; GUIMARAES; VALLA, 2009).

Ao longo deste processo de descobertas e crescimento, o reconhecimento da importância da TCI para a saúde se consolida com a 14ª Conferência Nacional de Saúde em 2011, a partir das diretrizes em defesa da vida, que determina assegurar o acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços; institui a criação de núcleos municipais de práticas integrativas e complementares em saúde, com o reconhecimento da terapia comunitária como política pública.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), O ENSINO DA MEDICINA DE FAMÍLIA COMUNIDADE (MFC) E A REORIENTAÇÃO DO SABER FAZER MÉDICO

E qual é a natureza do deserto? É uma terra onde todos vivem uma vida falsa, fazem as mesmas coisas que os outros fazem, do modo como lhes foi ensinado, sem que ninguém tenha coragem de viver sua própria vida.

Joseph Campbell

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como política nacional de saúde em 1994, com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS.

Segundo Starfield (2004), a Atenção Primária a Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se obtenha efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, requer um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. Constitui-se na porta de entrada na rede assistencial dentro do sistema de saúde, e se caracteriza principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

A ESF, no contexto de atenção à saúde no Brasil, é proposta pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam por meio da promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 1997; BRASIL- PORTAL DAB).

Diante disto, observam-se características bem peculiares que fazem um contraponto ao modelo até então vigente no País, o modelo biomédico. Tudo isso se dá em um contexto de influências como: evolução do SUS, experiência de modelos de atenção à saúde no Brasil, perfil epidemiológico brasileiro e pressão internacional por políticas de atenção primária. (ANDRADE et al., 2009).

Medicina de Família e Comunidade (MFC), por sua vez, é reconhecida internacionalmente como especialidade médica de excelência da APS, nessa ótica é considerada, junto à APS, uma especialidade médica com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde, especialmente nos cenários de crises e reforma sanitária, como o

que se vive tanto na esfera nacional quanto internacional (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

Esta especialidade tem potencial transformador, tanto no âmbito da prática médica como na formação de recursos humanos, incentivando o desenvolvimento de pesquisas, favorecendo uma atuação inspirada em bases mais humanas e comunitárias, privilegiando a promoção de assistência integral à saúde, contribuindo para maior efetividade no cuidado ao indivíduo e à família. Seus princípios e práticas estão centrados na pessoa e não na doença, considera o processo saúde-adoecimento como fenômeno complexo, que recebe influências multifatoriais, biológicas, psicológicas, socioambientais e espirituais e, por consequência, intimamente relacionado à estrutura familiar e comunitária do indivíduo (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

Segundo Vicente e Cols (2012) a MFC enquanto disciplina acadêmica e a APS como cenário de educação em saúde, precisam ser inseridas na universidade de maneira nuclear. Nessa direção, baseando-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (2001), estão sendo promovidas mudanças mais significativas no ensino médico no Brasil. A Medicina de Família e Comunidade tem tido importância fundamental, haja vista a superposição entre seus princípios e práticas e as recomendações incorporadas às diretrizes (Artigo 3º, Parágrafo único).

Portanto, a Medicina de Família e Comunidade e a Estratégia de Saúde da Família estão intimamente relacionadas quanto aos seus principais aspectos norteadores. O médico de família e comunidade, assim como os demais profissionais integrantes da ESF, precisa estar capacitado para o exercício do processo de trabalho, desenvolvido no cenário de atuação das Unidades de Saúde da Família, que necessita: privilegiar reflexões constantes sobre o cotidiano na ESF, detectar potencialidades e dificuldades existentes, desenvolver estratégias e habilidades que fortaleçam a relação com o usuário, o trabalho interdisciplinar e as ações que favoreçam, de modo geral, uma melhor assistência das necessidades em saúde (STROSCHEIN; ROCCHÉ, 2011).

Dentre as competências do médico de família e comunidade, são fundamentais: ser acolhedor, pois é aí onde se inicia o vínculo médico-paciente; preservar o vínculo com o paciente e a família, oportunizando melhora da relação, maior adesão terapêutica e outros ganhos; desenvolver habilidade de comunicação, uma vez que precisará transitar em espaços que dizem respeito à intimidade das pessoas, famílias e comunidades.

Estudos demonstram que a inserção do estudante do curso médico nas equipes de ESF, pode resultar em um serviço mais efetivo e de qualidade, aumento da satisfação do

profissional e diferencial positivo na formação dos estudantes (ALBUQUERQUE et al., 2007; CALDEIRA et al., 2011).

Campos (2007) ressalta a importância de se valorizar o ensino na atenção básica, na perspectiva de atender a uma demanda social inelutável em nosso País, ampliando-se os cenários de prática em saúde, honrando-se a promessa de formar bem nossos alunos.

Analisando as diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e ABEM, 2009), observamos que as potencialidades da APS para o ensino da Medicina na graduação continuam subaproveitadas e em posições marginais na formação do pensamento clínico, não permitindo uma maior contribuição para a humanização do cuidado no ensino médico.

2.3 O ENSINO MÉDICO, A (DES) HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E A TCI

Pensamos demasiadamente

Sentimos muito pouco

Necessitamos mais de humildade

Que de máquinas

Mais de bondade e ternura

Que de inteligência.

Sem isso,

A vida se tornará violenta e

Tudo se perderá.

Charles Chaplin

É sabido que até o início do século 20, a atuação médica era pautada em uma abordagem geral do indivíduo e seu contexto. Entretanto, com o desenvolvimento da pesquisa biomédica e a incorporação crescente de tecnologias, que ocorreram no final do século XIX e início do século XX, mudanças ocorreram neste cenário. A abordagem médica, antes vista como satisfatória, passa a ser questionada como de baixa efetividade, e o médico passa a gozar de menos prestígio na sociedade que nos dias de hoje. (FERREIRA, 2006; BARROS, 2002).

Todo esse processo vem se consolidar com o relatório Flexner, que ao criticar o modelo então vigente, defende a expansão da Medicina especializada (BARROS, 2002).

A Medicina como base no cuidado instrumental e intervencionista, a partir de então, só acelerou o seu desenvolvimento, com ampliação dos recursos técnicos e arsenal terapêutico, principalmente após a Segunda Guerra Mundial (FERREIRA, 2006). Desde então se observa uma desaceleração na formação de médicos generalistas, com modificações no perfil de atuação do profissional, que progressivamente se transformam em superespecialistas, habilitados na execução de exames complexos e especializados, com capacidade para realizar diagnósticos precisos e propor tratamentos eficazes (ALVES et al., 2009).

Corroborando esta tendência de formação médica centrada no modelo biomédico, Ferreira (2006) considera que outros fatores como o possível descrédito por parte da sociedade, que atribui maior competência ao saber técnico especialista, bem como a percepção por parte dos próprios profissionais, que vislumbram na especialização uma possibilidade maior de solução dos problemas de saúde e conseqüentemente maior prestígio social e retorno financeiro, também sejam condicionantes neste processo de desvalorização do médico generalista.

Muitos estudos afirmam que devido à formação médica fundamentar-se no modelo biomédico, tal situação favorece a construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais, tanto dele próprio quanto dos pacientes (MARCO, 2006; SOARES, 2008; SILVA, 2010; PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

A formação biomédica, privilegiando a abordagem fragmentada do paciente, a valorização de exames e instrumental técnico, na maior parte das vezes desconsidera o relato dos pacientes, considerado “impreciso” ou “subjetivo”, de acordo com a objetividade do olhar mecanicista (CAMARGO JUNIOR, 2005; TRAVERSO-YÉPZ; MORAIS, 2004; GUIMARÃES, VALLA, 2010).

Nessa perspectiva, não se escuta e não se olha o doente, ausculta-se e examina-se o seu corpo. Não há diálogos medicalizam-se as queixas (SILVA, 2006).

Para Gadamer (2002) a capacidade constante de dialogar, ouvir o outro, parece ser a verdadeira elevação do homem à sua humanidade.

Segundo Silva (2006), sendo dotado da habilidade de linguagem e comunicação, o homem pode compartilhar, construir e reconstruir os sentidos. A mediação das palavras é necessária para assegurar nossa humanidade, sendo que, quando a comunicação é falha é que as barbaridades surgem. Logo esse processo destrutivo, aqui caracterizado como desumanizado, pode estar exposto ao não se olhar no olho do paciente, não reconhecer sua demanda existencial, negar suas motivações, verdades, privilegiando o ato meramente técnico em detrimento da palavra (SILVA, 2006).

No universo das mudanças propostas e em processo de implementação nas últimas décadas, na formação médica, a humanização tem sido considerada como um dos pilares para a realização do cuidado integral, da promoção da saúde, buscando uma visão holística do homem, em que aspectos psicológicos e sociais estão intimamente relacionados aos aspectos biológicos, implicados no processo saúde-doença-cuidado, na perspectiva de ampliar a capacidade de autonomia do paciente. (SILVA, 2006; ALVES et al., 2009; CASATE; CORRÊA, 2012).

De acordo com Ayres (2004) para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde, devemos considerar na relação profissionais de saúde-paciente alguns aspectos fundamentais que precisam ser compreendidos, tais como: projetos de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade.

Adotamos o conceito de Ayres sobre o cuidado quando ele afirma que cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. “O cuidado busca ser um ‘espaço relacional’ que trata o assistido também como sujeito” (AYRES, 2002, p. 5).

Em suas palavras, temos a conceituação: “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22).

Partindo desta compreensão a Política Nacional de Humanização nos traz reflexões acerca dos processos de formação dos profissionais de saúde. Evidencia a importância de inclusão do indivíduo em formação no cotidiano dos serviços de saúde, considerando primordial que estes estudantes busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS e de seu princípio da integralidade, alterando as práticas de saúde e dos sujeitos nelas implicados.

Pasche e Passos (2010, p. 17) enfatizam que:

[...] não se trata de apontar modelos políticos-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho, mas principalmente, indicar modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num *ethos* da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar.

No contexto da educação médica, inserir o estudante em uma abordagem humanística significa romper com estruturas fragmentadas dos cursos, disciplinas isoladas e não integradas, favorecendo a especialização precoce deste aluno. Privilegiar cenários de prática, que permitam a concentração deste aluno com a comunidade, assim como a utilização de metodologias que permitam a associação entre a formação e as necessidades sociais é um

caminho a ser percorrido (MARINS, 2007; ALBUQUERQUE et al., 2008; ALVES et al., 2009).

A diretriz curricular do curso de Medicina da UFRN preconiza que o profissional egresso do curso médico deverá ter formação geral, humanista, crítica e reflexiva, sendo capaz de atuar, com abordagem integral do ser humano.

Concordamos com Alves et al. (2009, p. 559), quando afirma que “a despeito do avanço do projeto pedagógico, ainda se evidencia um descompasso entre os preceitos estabelecidos e a implementação efetiva do processo”, no que se refere ao perfil deste egresso do curso médico da UFRN.

Promover saúde e assistência humanizada vai além da melhoria da qualidade da relação médico-paciente-cliente, requer espaços nos quais a relação dialógica e a subjetividade do usuário possam ser valorizadas, com possibilidades de reflexão crítica e ação, possibilitando ao usuário maior autonomia, construção de novos significados e condições para atuar como agente de mudança na sociedade (TRAVERSO-YÉPZ; MORAIS, 2004).

É fato que com a implantação da ESF e a proposta de reorientação do modelo estruturante de saúde, a produção do cuidado deve operar de forma central a partir das tecnologias leves, aquelas inscritas nas relações, no momento em que se realizam os atos produtores de saúde, e em tecnologias leves-duras, as inscritas no conhecimento técnico estruturado, o saber específico de cada núcleo profissional (MERHY; FRANCO, 2003).

Cuidado, enquanto uma categoria capaz de reconstruir práticas em saúde, recompondo competências, relações e implicações tantas vezes fragmentadas, empobrecidas e desarmônicas (AYRES, 2009), é a busca de muitos autores aqui anunciados, bem como é a nossa aposta, por se tratar de um constructo filosófico e teórico, com implicações éticas e políticas que se traduzem em uma prática transformadora em saúde, capaz de, ao produzir saúde, produzir subjetividades (SILVA, 2014).

Segundo Silva (2006), cuidado implica necessariamente a construção ou resgate do espaço privilegiado de um encontro terapêutico entre médicos e pacientes capaz de possibilitar a compreensão da real demanda do paciente; implica a busca por um espaço relacional que trate o assistido como sujeito. Para tal, acessa outro tipo de saber: “Uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários, esgotando aí seu sentido” (AYRES, 2002, p. 22).

Trata-se de uma sabedoria prática – conceito derivado da sabedoria aristotélica. Para Aristóteles, a ética é um saber prático, o que vale dizer que se trata de um conhecimento daquilo que só existe como consequência de nossa ação e, portanto, depende de nós. Por sua vez, o saber prático distingue-se em *práxis* ou técnica. A ética é uma *práxis*. Pois o agente, a ação e a finalidade do agir são inseparáveis. Na *práxis* ética, somos aquilo que fazemos e o que fazemos é a finalidade boa ou virtuosa. Na técnica, ao contrário, o agente, a ação e a finalidade da ação estão apartados, sem uma relação de dependência (SILVA, 2006).

A TCI surge, então, como uma ferramenta de cuidado com características de tecnologia leve, investindo na autonomia do outro, no fortalecimento de vínculos, favorecendo o desenvolvimento de relações harmônicas que potencializam a capacidade resiliente das pessoas (FERREIRA FILHA *et al.*, 2009; DIAS, 2011). Podemos dizer que ela recorre à sabedoria prática que surge a partir da escuta nesses encontros e atinge, por vezes, o êxito técnico.

2.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E O ENSINO DO CUIDADO HUMANIZADO: UM ENCONTRO POSSÍVEL?

A escola médica tem fundamentado seu processo de ensino no modelo biomédico que transmite conhecimentos científicos de forma neutra, descontextualizada, em um formato linear onde essas informações se acumulam desde o ciclo básico até o fim da graduação, semelhante à construção de um edifício onde não se concebe a cobertura sem a fundamentação dos alicerces (AGUIAR, RIBEIRO, 2010). Tal formato vem sendo recorrentemente questionado quanto à capacidade de produzir conhecimento profissional útil, ou seja, aquele capaz de preparar o indivíduo para as verdadeiras demandas do processo de trabalho (SCHÖN, 2000).

Nas últimas décadas surgiram diversas ações em direção à mudança desse quadro. A perspectiva não é apenas a de atender diretrizes curriculares, mas busca responder às transformações na sociedade. Inúmeras iniciativas nos cursos de Medicina, reformas curriculares etc., têm ocorrido com o propósito de melhorar a formação do futuro médico.

O atual momento, de acordo com Braga (2014):

Há certo grau de consenso a respeito da existência de uma crise da saúde, crise da saúde pública, crise do papel da Medicina dentro do contexto saúde/doença, crise das relações entre os médicos, outros profissionais e a população, crise na formação dos profissionais de saúde. Mais do que nunca é essencial que as instituições de ensino trabalhem, para a formação integral do estudante de Medicina, com

competência técnica, atitude ética e humanista, que seja ao mesmo tempo um profissional criativo, com senso de responsabilidade social e cidadania, preparado para enfrentar desafios.

De acordo com Pereira (2004, p.21): “o corpo docente e por extensão, o discente, tendem a conceber as humanidades como supérfluas”. Exercer uma Medicina que possa ser considerada humana exige necessariamente que o paciente seja o centro de seu objeto de investigação e objetivo da intervenção terapêutica. É necessário haver acesso do estudante de Medicina à convivência direta com médicos ou preceptores do próprio curso, possibilitando a formação de um modelo identificatório, posto que somente o contato com a hierarquia do hospital-escola, na maioria das vezes não é suficiente para esta construção de forma adequada (Castro, 2004).

Nessa direção, e, sabendo-se dos inúmeros desafios do Ensino e da Aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na Graduação e Pós-Graduação (SBMFC, 2007), buscar apontar estratégias de enfrentamento para lidar com esses desafios é uma necessidade de todos que integram a rede de ensino- serviço na atualidade.

A capacitação de profissionais aptos a atuarem na ESF para a promoção de um atendimento integral, que impõe lidar, também, com as demandas de saúde mental, colocando a TCI como uma ferramenta capaz de responder parte desta demanda profissional, vem sendo definida por diversos autores, tais como: Padilha, Oliveira, 2012; Silva, 2010; Guimarães; Valla, 2010; Soares, 2008.

Padilha e Oliveira (2012) apontam para a importância do profissional de saúde que exerça a função de terapeuta comunitário relegar seu conhecimento técnico a um segundo plano e suscitar a troca de experiências de vida e um clima de acolhimento para o sofrimento cotidiano relatado pelos usuários participantes de um grupo de TCI. Nesta perspectiva é possível estabelecer postura empática contribuindo para que se desenvolva uma nova tecnologia para o acolhimento das demandas de saúde. Os mesmos autores destacam a quase inexistência de estudos acerca do pensamento coletivo dos profissionais de saúde sobre essa nova tecnologia de cuidado (PADILHA; OLIVEIRA, 2012)

Alguns autores têm defendido assertivamente que esta modalidade terapêutica é capaz de atuar na saúde numa perspectiva integrativa, onde a compreensão da cultura, história de vida, contextos sociais, políticos familiares e comunitários são fundamentais, possibilitando levar à compreensão do sofrimento através da rede das relações, em função de não concentrar a atenção na doença, e sim na promoção da saúde; vai além do sintoma e da patologia, priorizando essencialmente o potencial daquele que sofre. (ANDRADE et al., 2009)

Os referidos autores são enfáticos ao afirmarem que a TCI pode ser um recurso efetivo e promissor para a imensa demanda por serviços de saúde. Poucos registros se encontram na literatura relacionando a TCI e o ensino médico (ANDRADE et al., 2009).

Horta e Caldeira (2011), em estudo avaliando a TCI na perspectiva do graduando de enfermagem, fazem observações importantes quanto a percepções de cuidado deste estudante quando afirmam conseguir ampliar a visão sistêmica sobre o indivíduo e família; a capacidade dos encontros de TCI de fortalecer a autonomia e a consciência social da comunidade. Outro achado relevante é que, desenvolvendo técnicas de escuta, acolhimento, credibilidade no processo grupal, pode-se perceber o ser humano e seu sofrimento em uma rede relacional, considerando a TCI uma rica estratégia de promoção de saúde mental.

Cabe destacar que a íntima relação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino-aprendizagem possibilita identificar o processo de trabalho como espaço privilegiado de execução de serviços e ensino em saúde (MARINS, 2007).

De acordo com Anderson e Rodrigues (2008), mais do que em qualquer outro cenário, a clínica da Atenção Primária compreende que há diversas formas de se expressar. Afirmar e negar. Silenciar, falar baixinho ou até mesmo gritar. Muitas queixas se manifestam através de rubores, suores e tremores. Lágrimas rolam, e a linguagem corporal é repleta de significados. Os mesmos autores defendem a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que progressivamente vêm sendo apropriadas pela educação médica em geral, e que se revelam instrumentos valiosos para subsidiar práticas de educação em saúde do ponto de vista individual, familiar e comunitário (ANDERSON; RODRIGUES, 2008).

Está cada vez mais evidente a necessidade de formar profissionais preparados para enfrentar as novas demandas da sociedade, o que implica em inseri-lo desde o início da formação acadêmica em práticas e contextos reais. A atividade prática nesses cenários envolve muitas dimensões que ultrapassam a fundamentação teórica. Entretanto, esse conhecimento construído com base na experiência é mais difícil de ser trabalhado que o conhecimento técnico, considerando-se ainda o agravante de não ter a mesma “valorização” do conhecimento sistematizado, relegado a compor o nominado “currículo oculto”, com indiscutível impacto no ensino de atitudes profissionais, mas ainda pouco considerado na problematização que precisa pautar o desenvolvimento dos currículos na saúde (AGUIAR, RIBEIRO, 2010).

Nesse sentido, um aspecto importante a ser considerado na integração ensino-serviço é a presença do estudante de Medicina, motivando a prática reflexiva dos profissionais, muitas vezes dominados pelo automatismo da prática; como consequência há diminuição dos erros e

naturalmente melhoria do cuidado prestado. Tal ação se dá em via de mão dupla, uma vez que o estudante, imerso no cotidiano dos serviços, encontra recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado, a partir de situações problema que atuam como mola propulsora no processo de formação, baseado nas reflexões sobre a prática que vem sendo reproduzida (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Partindo da hipótese de que a concepção do estudante e futuro médico, acerca da importância do vínculo, do cuidado e do diálogo nas relações que estabelece durante o processo de trabalho e conseqüentemente na vida, pode ser ampliada após a vivência realizada nos encontros de terapia comunitária, é que dirigimos nosso olhar para algumas inquietudes que poderão ser mais bem esclarecidas no decorrer deste estudo: é possível aquisição de competências (novos conhecimentos, habilidades e atitudes) por meio da vivência dos estudantes com a TCI na prática realizada durante o estágio supervisionado do internato do Curso de Medicina? Será o tempo um fator limitante para a maior efetivação desta metodologia? Os alunos compreendem o que são a TCI e o Cuidado Humanizado?

Frequentemente vemos o conceito de competência associado ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a realização de determinada função. Essa definição herdada do conceito de McClelland, professor de psicologia da Universidade de Harvard nos anos 1970, permite uma série de reflexões complexas, apesar da definição aparentemente simples (YÁNIZ, 2008).

O conhecimento surge como “o saber” que adquirimos ao longo da vida, na família, nas escolas, etc. Segundo Aurélio (2010) envolve o “Ato ou efeito de conhecer. Ideia, noção de alguma coisa. Saber, instrução, cabedal científico: homem de grandes conhecimentos”. A habilidade é descrita como a capacidade de saber fazer algo ou alguma coisa, ou o conhecimento técnico, para Aurélio (2010): “Qualidade daquele que é hábil; capacidade, destreza, agilidade”. A atitude, de acordo com Aurélio (2010) é “Exteriorização de um intento ou propósito: atitude hostil. Norma de proceder, comportamento”, ou seja, os comportamentos que apresentamos diante de situações e das atividades que desenvolvemos em nosso cotidiano. Consideramos, portanto, que a competência engloba raciocínio, cognição, valores pessoais, julgamento e comunicação, aplicados na resolução de diferentes tipos de problemas (FRANCO et al., 2014).

Concordamos com o conceito de competência que trabalha uma abordagem holística, onde o desenvolvimento de características cognitivas, psicomotoras e afetivas combinadas, possibilitam diversos modos de se realizar tarefas fundamentais e peculiares de determinado exercício profissional com êxito. Dessa forma, diferentes combinações permitem que a pessoa

desenvolva seu estilo próprio, adequado e resolutivo, capaz de enfrentar as diferentes demandas do cotidiano, seja na esfera profissional, familiar ou de outra natureza. (AGUIAR; RIBEIRO, 2010; LIMA, 2004; RIBEIRO, 2003).

Será que podemos estar diante de mais uma estratégia capaz de despertar a reflexão crítica desses futuros profissionais e caminhar para melhorar a atuação e competência médica, no sentido de promovermos um olhar mais abrangente da pessoa em todo o seu universo, e não apenas da queixa motivadora da avaliação clínica, tantas vezes, senão “mascarada”, apenas a ponta de um iceberg que acaba por passar despercebido?

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 QUADRO TEÓRICO

Somente após a definição do problema a ser estudado é que se torna possível escolher a metodologia do estudo. De acordo com Serapioni (2000, p.189), as metodologias não são nem apropriadas e nem inapropriadas, até que sejam aplicadas a um problema específico de pesquisa. Iniciada uma pesquisa, a fim de aprofundar o conhecimento de um problema, é necessário saber: Qual é o objeto de interesse dos pesquisadores? Qual é a natureza do problema que se pretende investigar?

Segundo Minayo (2002) além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para análise, o método tem que ser operacionalmente exequível.

Para o presente estudo utilizamos uma pesquisa qualitativa por corroborar com Minayo (2000, 2002), ao defender que a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. Esta abordagem se preocupa em investigar um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser traduzidos na operacionalização de variáveis; aprofunda-se nos significados das ações e relações humanas, num olhar não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Para análise e interpretação das entrevistas recorreremos à Hermenêutica Gadameriana.

Para Gadamer (2003), o propósito da hermenêutica é esclarecer o milagre da compreensão, descobrindo os sentidos das ações humanas. O autor nos ensina que todo conhecimento do mundo é mediado pela linguagem e que todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo. Deve-se ressaltar que tal compreensão está relacionada ao espaço e ao tempo, pelos limites dados a partir da historicidade humana.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do diálogo na produção do conhecimento, sendo o diálogo algo que se constitui na participação dos dialogantes. Os autores e sujeitos desta pesquisa estão expostos a um permanente diálogo, e o fenômeno vai sendo modificado durante o processo de pesquisa e aprofundado durante o trabalho de análise.

3.2 ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS DA PESQUISA

3.2.1 Colaboradores, o lugar da pesquisa, e o instrumento

Os colaboradores desta pesquisa foram estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, do décimo ao décimo segundo período. A previsão inicial seria de trabalharmos com um número mínimo de nove alunos, sendo três alunos para cada período, entretanto, durante a realização do trabalho de campo este número cresceu para onze estudantes, por procura espontânea ao tomarem conhecimento da realização da pesquisa e coleta de dados. Houve variação no número de alunos entre os períodos, sendo cinco alunos do décimo, dois alunos do décimo primeiro e quatro alunos do décimo segundo período.

O curso de Medicina da UFRN é constituído por doze períodos, sendo sua grade curricular dividida em disciplinas, e constando os quatro períodos finais de internato. Durante a graduação os alunos atuam em serviços diversos, a exemplo do Hospital Universitário Onofre Lopes, Maternidade Escola Januário Cicco, hospitais de urgência e pronto atendimento, enfermarias clínicas e cirúrgicas, unidade de terapia intensiva, Hospital de Pediatria, serviços ambulatoriais das diversas especialidades e Unidades de Saúde da Família.

É durante o nono período, quando se inicia o internato, que os estudantes passam pelas disciplinas de Medicina de Família e Comunidade (MFC), Saúde Coletiva e Infectologia, sendo, nesta oportunidade, as turmas divididas em três grupos para que os alunos possam realizar as atividades práticas, alternando-se através de rodízio entre as três disciplinas ao longo do semestre.

Para uma melhor compreensão do cenário em que estão inseridos os colaboradores da pesquisa - os estudantes de Medicina -, contextualizaremos a dinâmica do Internato de MFC. Nesta disciplina o terço da turma que participa de cada rodízio, em média dezesseis alunos/grupo, precisa ser subdividido em duplas para que sejam enviados às respectivas USF da rede municipal de Natal, totalizando cinco unidades onde realizarão os seus estágios, podendo haver USF que receba mais de uma dupla. Neste campo recebem apoio

supervisionado por preceptores da rede municipal de saúde com supervisão dos docentes da disciplina de MFC/UFRN.

Apenas uma das USF da rede municipal realiza o trabalho com a terapia comunitária. Esta UBS/USF está localizada em bairro de periferia, e aqui a chamaremos de “UBS Estrela do Mar”, por se tratar de uma UBS com privilegiada localização, com vista para o mar, que funciona como campo de estágio da UFRN para diversos cursos na área de saúde, tais como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Gestão em Saúde, dentre outros.

Em geral quatro alunos deste grupo do internato de MFC estão lotados para estágio integral na “UBS Estrela do Mar”. A observação quanto a realizar “estágio integral” na referida UBS se justifica pelo fato de que alguns estudantes do internato de MFC que estão lotados em outros serviços de saúde da família do município, precisam se deslocar de suas USF de origem em dias específicos, a fim de participarem dos ambulatórios de geriatria e saúde mental, da disciplina de MFC, que só acontecem na “UBS Estrela do Mar”. Do total de alunos que participam de cada rodízio no internato de MFC, apenas os quatro estudantes que têm como unidade permanente de estágio esta UBS participam dos encontros de Terapia Comunitária Integrativa. Ao longo de um semestre, ao menos doze alunos de cada turma do curso de Medicina, vivenciaram a TCI na “UBS Estrela do Mar” durante o rodízio, que ocorreu no período entre agosto de 2012 a dezembro de 2013, havendo a participação de estudantes de três turmas do curso de Medicina, que vão do décimo ao décimo segundo período da graduação.

A realização da pesquisa de campo ocorreu nas dependências do curso de Medicina, no prédio onde funciona a Unidade de Medicina Familiar Comunitária, em uma das salas e com total privacidade.

Convém lembrar que a entrevista é a estratégia mais utilizada em trabalho de campo, uma vez que trata de um instrumento decisivo para o alcance dos sistemas de valores mais importantes, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão às situações conflitivas e as experiências vivenciadas (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (2008, p.185):

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informação é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transporte, através de um porta-voz, às representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

3.2.2 O piloto

Nas pesquisas qualitativas, o “roteiro de entrevista”, instrumento de coleta de dados a ser utilizado, necessita de ajustes frequentes, em decorrência da aplicação de pré-testes, ou seja, de entrevistas preliminares. Não é raro o pesquisador perceber, nessas ocasiões em que aplica o pré-teste, que o roteiro exige adequações (Nogueira-Martins et al., 2004).

O piloto foi realizado nas dependências da Unidade de Medicina Familiar e Comunitária, que funciona como espaço de ensino da UFRN, com dois alunos do curso de Medicina desta universidade, sendo um deles do décimo e outro do décimo primeiro período, e que haviam participado de encontros de TCI na “UBS Estrela do Mar”. Os alunos foram convidados através de meio eletrônico, e realizaram a entrevista em um turno das 8 às 11h, de dias letivos, em dezembro de 2013. A entrevista realizada está descrita através de roteiro de instrumento de coleta (Anexo 1). As entrevistas foram gravadas em gravador eletrônico, do tipo *tablet*, e posteriormente transcritas, com a devida autorização dos entrevistados. Após análise do processo de coleta e dos dados obtidos, não houve necessidade de modificações do roteiro, que atendeu aos nossos objetivos.

O estudo piloto nos deu segurança para manter o instrumento, mesmo demonstrando que algumas questões relacionadas à vivência com a TCI se apresentavam espontaneamente ainda no primeiro momento da conversa, quando discutíamos acerca da compreensão da estratégia. O local de coleta também foi mantido por ser considerado acessível para todo o grupo.

3.2.3 O trabalho de campo

As entrevistas foram realizadas no prédio onde funciona a Unidade de Medicina Familiar Comunitária. Aconteceram nos turnos da manhã das 8h às 12h e à tarde, das 14h às 17h, em quatro turnos durante a semana.

Os horários e o local foram escolhidos de acordo com a conveniência das pessoas entrevistadas, por se tratar de local dentro do espaço acadêmico e considerado de fácil acesso para todos, assim como os horários seguiram a mesma direção, uma vez que as entrevistas foram realizadas já no período de férias para os estudantes.

As entrevistas foram agendadas por meio virtual, a partir da criação de um grupo constituído por todos os alunos que realizaram o estágio de MFC na “UBS Estrela do Mar”, após convite realizado pela pesquisadora.

A seleção dos possíveis integrantes a participarem do estudo foi intencional, com a perspectiva de possibilitar a participação de alunos do décimo ao décimo segundo período, que tivessem vivência com a terapia comunitária. Os critérios de inclusão dos alunos foram:

- a) Ser aluno do curso de Medicina da UFRN;
- b) Já ter concluído o nono período;
- c) Ter realizado o Internato de Medicina de Família e Comunidade na USF da rede municipal, que desenvolve o trabalho com encontros de Terapia Comunitária;
- d) Estar em condições físicas e psíquicas de dar o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa.

Previmos inicialmente um número mínimo de nove estudantes, que pretendíamos distribuir sendo três em cada um dos períodos finais do curso. Este número foi maior que o previsto devido à busca espontânea de alguns alunos quando informados do conteúdo da pesquisa. Entretanto, no grupo de alunos do décimo primeiro período só compareceram dois estudantes, pois vários dos alunos que haviam realizado o rodízio na USF estavam em viagem realizando estágio opcional em outros Estados e alguns, fora do País. Não houve comprometimento para o estudo, uma vez que esse número de colaboradores foi ampliado nos demais períodos.

A pesquisadora realizou a apresentação do método, esclarecimentos e a solicitação do consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como a coleta do instrumento, tendo a entrevista acontecido em dias e horários previamente agendados e de acordo com a conveniência dos colaboradores.

Do total de 11 estudantes, 4 são homens e 7 são mulheres. Com a finalidade de preservar a identidade de nossos colaboradores, atribuímos aos grupos nomes de pássaros para denominá-los em todo o relato, uma vez que, para estar em sintonia com as necessidades de crescimento que o processo de ensino-aprendizagem nos apresenta cotidianamente, é preciso estar aberto a novos voos e novos horizontes, sem jamais esquecer nossas origens. São eles: Garça-branca*, Tico-tico*, Beija-flor*, Arara* e Bem-te-vi* (estudantes do quinto ano no décimo período do curso de Medicina); João-de-barro* e Rolinha* (estudantes do sexto ano no décimo primeiro período do curso de Medicina) e Garça-azul*, Papagaio*, Pomba* e Sabiá* (estudantes do sexto ano no décimo segundo período do curso de Medicina).

É importante lembrar que na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra não se considera relevante, nesta investigação o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições, e as conexões causais pelas interpretações (TURATO, 2005).

Apresentamos a seguir um quadro síntese dos entrevistados:

Quadro 1 – Síntese dos entrevistados

CODINOME DOS COLABORADORES	SEXO	IDADE	ANO/PERÍODO DO CURSO
Bem-te-vi	Fem.	25	5º ano- Décimo período
Arara	Fem.	23	5º ano- Décimo período
Tico-tico	Masc.	23	5º ano- Décimo período
Garça-branca	Fem.	23	5º ano- Décimo período
Beija-flor	Fem.	24	5º ano- Décimo período
João-de-barro	Masc.	25	6º ano- Décimo primeiro período
Rolinha	Fem.	24	6º ano- Décimo primeiro período
Papagaio	Masc.	25	6º ano- Décimo segundo período
Garça-azul	Fem.	25	6º ano- Décimo segundo período
Pomba	Fem.	24	6º ano- Décimo segundo período
Sabiá	Masc.	25	6º ano- Décimo segundo período

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS

As entrevistas foram gravadas com anuência do entrevistado, sendo posteriormente transcritas, e as observações anotadas em diários de campo. As transcrições obedecerão rigorosamente à forma pela qual o sujeito se expressa, incluindo eventuais erros, pausas, repetições, hesitações ou truncamento de palavras.

O processo de análise das falas dos colaboradores foi feito à luz da perspectiva hermenêutica gadameriana, que segue os seguintes passos:

- (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa;
- (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos;
- (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos;
- (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa;
- (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;
- (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos (SILVA, 2012).

É importante destacar que na análise dos resultados, à luz da hermenêutica gadameriana, implica dizer que a interpretação segue ancorada na premissa de que partimos sempre de ideias preconcebidas. Nesse sentido, para essa perspectiva é torna-se cômico dessas ideias. “O que importa é estar ciente o tanto quanto possível das próprias presunções, e levá-las em conta na interpretação” (Kvale, 1996, p. 50).

Minayo (2002) ressalta que a compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais inicia não são arbitrarias. Gadamer (2002) chama tais opiniões de “preconceitos”. Quer dizer, um juízo que se forma antes do exame definitivo de todos os momentos determinantes segundo a coisa em questão.

Para este autor o reconhecimento da existência de preconceitos é condição indispensável à compreensão. Ele afirma que o importante para o intérprete é apropriar-se seletivamente das suas opiniões e preconceitos, estando consciente dos seus próprios pressupostos. Ou seja, para compreender não é necessário descartar as opiniões próprias, apenas abrir-se à opinião do outro. Essa abertura implica colocar as opiniões do outro em alguma relação com as próprias opiniões (SILVA GSN; AYRES JRCM, 2006).

Gadamer afirma:

[...] uma pessoa que procura compreender um texto está preparada para que este lhe diga algo. Por isso uma mente preparada pela hermenêutica deve ser, desde o princípio, sensível à novidade do texto. Mas este tipo de sensibilidade não implica nem «neutralidade» na questão do objeto, nem a anulação da personalidade dessa pessoa, mas a assimilação consciente dos significados prévios e dos preconceitos. O que importa é estar consciente da sua própria predisposição, para que o texto se possa apresentar em toda a sua novidade e conseguir, assim, afirmar a sua própria verdade, por oposição aos nossos sentidos (GADAMER, 2002b, p. 253,238).

Ao confrontar os significados apreendidos a partir da fala dos entrevistados, referentes à sua vivência na APS, foram construídas as categorias de análise ou eixos temáticos.

As categorias ou eixos temáticos foram compostos a partir dos achados de cada subtema (“Concepções sobre a TCI”, “Concepções sobre o Cuidado Humanizado”, “Vivência com a TCI e APS: Aprendendo a ser médico”), obtidos por meio das entrevistas, cuja realização do processo de análise e interpretação das falas para o alcance desses resultados ocorreu mediante uma leitura hermenêutica, conforme já descrito.

O quadro analítico abaixo apresenta uma síntese ilustrativa dos resultados obtidos no processo de configuração das categorias e eixos temáticos.

Quadro 2 - Síntese Analítica

OBJETIVOS	QUESTÕES DO ROTEIRO	NARRATIVAS (respostas)	UNIDADES DE SENTIDO	CATEGORIAS OU EIXOS TEMÁTICOS	CAPÍTULOS
Identificar as concepções (conceitos e preconceitos) sobre a TCI	<ul style="list-style-type: none"> - Fale sobre sua experiência com a terapia comunitária - Como você compreende a TCI? - Antes de ter experiência com a terapia comunitária, o que você conhecia sobre ela? - O que você já tinha escutado falar? Quais impressões você tinha? - Mudou alguma coisa depois de ter vivenciado um encontro de TCI? 		<p>Preconceitos</p> <p>Desconhecimento</p> <p>Embasamento científico</p> <p>Menor valia</p> <p>Experiência prática</p> <p>Vínculo</p> <p>Disponibilidade para escuta</p> <p>Eficácia</p> <p>Aquisição do conceito</p> <p>Compreensão diante da compressão</p> <p>Não ensino</p> <p>Tecnicismo</p> <p>Modelos do que fazer</p> <p>ESF e escuta qualificada, vínculo, autonomia, atendimento longitudinal</p> <p>Aprendendo sobre o cuidado</p> <p>Situação de risco e vulnerabilidade</p>	<p>Concepções sobre a TCI: partindo de preconceitos</p> <p>A prática com a TCI: resignificando conceitos</p> <p>O não ensino do Cuidado Humanizado na graduação médica</p> <p>O cuidado humanizado e a ESF: ensinando sobre o “inexplicável”</p>	<p>Capítulo 4: TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: dos preconceitos à compreensão na prática</p> <p>Capítulo 5: O CUIDADO HUMANIZADO E O FUTURO MÉDICO</p>
Identificar as concepções sobre cuidado humanizado em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as teorias, as tecnologias que 				

<p>Investigar se a vivência dos estudantes com a TCI possibilita aprendizados em relação ao Cuidado Humanizado.</p>	<p>aprendem sobre cuidado humanizado no curso?</p> <p>- Onde aprende? Com quem?</p> <p>- A ESF possibilita algum aprendizado nesse sentido?</p> <p>- Você poderia me falar que situações são mais difíceis, durante a abordagem de um paciente na APS, em seu cotidiano de estudante?</p> <p>- E momentos de gratificação?</p> <p>- A vivência com a TCI, interferiu de algum modo nas suas atitudes e habilidades enquanto futuro médico, na abordagem dos pacientes que acompanha? Como?</p>		<p>Dependência química</p> <p>Violência</p> <p>Privação socioeconômica</p> <p>Ausência de insumos</p> <p>Vínculo Longitudinalidade</p> <p>Reconhecimento</p> <p>Gratidão</p> <p>Cuidado</p> <p>Resiliência</p> <p>Comunicação</p> <p>Abordagem integral</p> <p>Escuta</p> <p>Potencialidades práticas para o cuidado</p> <p>Limites estruturais</p> <p>Formação</p> <p>Tempo de vivências na TCI</p> <p>Habilidade e atitudes/ ensino-aprendizagem</p>	<p>Das Dores: as dificuldades no cotidiano da APS/ESF</p> <p>Das alegrias: quando o cuidado é vivenciado</p> <p>A TCI e os aprendizados sobre o Cuidado Humanizado: uma estratégia ensino - aprendizagem na ESF</p>	<p>Capítulo 6: A VIVÊNCIA COM A TCI NA APS/ESF: dores e alegrias no aprendizado do ser Médico</p> <p>Capítulo 7: TCI: uma possibilidade de estratégia de ensino-aprendizagem para o Cuidado Humanizado em saúde na</p>
--	--	--	---	--	--

	<p>- A TCI possibilitou que tipo de aprendizagem para você?</p> <p>- Quais as dificuldades ou limites do aprendizado pela TCI?</p>				ESF?
--	--	--	--	--	-------------

Fonte: Dados da pesquisa (2014).

3.4 ANÁLISE DE RISCOS, MEDIDAS DE PROTEÇÃO

Esclarecemos que a inclusão no estudo não trouxe benefícios e nem prejuízos materiais ou financeiros. A pesquisa não apresentava fator de risco ou prejuízo de nenhuma ordem aos participantes. No entanto, foi assegurado aos participantes que se fosse mobilizado algum conteúdo de ordem emocional eles poderiam ser encaminhados ao serviço de psicologia da unidade de saúde, bem como a pesquisadora responsável possuía condições de oferecer uma boa escuta. Todo o processo transcorreu sem intercorrências de nenhuma ordem.

Devemos salientar o fato de que ter um espaço de escuta no que se refere às questões de formação profissional, certamente beneficiou todos os envolvidos durante o processo, e beneficiará a partir dos futuros desdobramentos da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela resolução 466/2012 (BRASIL/MS/CNS, 1996). Diante disto, antes do estudo ser desenvolvido, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP-HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, que defende a integridade e dignidade da pesquisa, favorecendo sua realização dentro dos padrões éticos e por estar diretamente vinculada à instituição proponente. Aprovada pelo CEP-HUOL nº CAAE: 18196813.2.0000.5292 (ANEXO 4).

Os colaboradores do estudo receberam informações sobre os objetivos, justificativas e metodologia da pesquisa, podendo recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, se assim resolvessem. Após os esclarecimentos, todos os participantes aceitaram participar do estudo voluntariamente, realizando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 2) e Consentimento Pós-Esclarecido (ANEXO 3).

Foram respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade, assegurando-se o anonimato das informações e depoimentos dos participantes, garantindo-se incondicionalmente a publicação dos resultados e o uso exclusivo para a finalidade desta pesquisa.

4 COMPREENDENDO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: DOS PRECONCEITOS À COMPREENSÃO NA PRÁTICA

Adotamos a concepção de Barreto (2010), quando afirma ser a TCI um lugar de promoção de encontros entre as pessoas em diversos cenários da comunidade, acolhendo positivamente a história de vida de seus participantes, capaz de favorecer o resgate da identidade, da autoestima e maior percepção das potencialidades de resolução de seus problemas, a partir das competências locais, valorizando dessa maneira o modelo coparticipativo. Está alicerçada na construção de vínculos solidários e promoção da vida (BARRETO, 2008).

Traremos aqui algumas concepções sobre a TCI, a partir das narrativas de nossos colaboradores. Pudemos verificar que até a participação nos encontros de TCI, realizados durante o internato de MFC, esta modalidade de trabalho com a comunidade era completamente desconhecida para os alunos participantes deste estudo.

Havia para alguns, ideias pré-concebidas que variavam da curiosidade à desvalorização da prática, considerada de pouca valia por não reconhecerem o aspecto científico, tão valorizado na academia. Após a vivência com a TCI, as definições ainda não são claramente estabelecidas, entretanto, todos os participantes destacam potencialidades desta estratégia em diversos aspectos e é possível identificarmos a reavaliação de seus preconceitos. Características como capacidade de compartilhar vivências, exercício da resiliência, a contemplação das diferenças, valorização da horizontalidade, a capacidade de ensinar-aprender e empoderamento da comunidade surgem nas diversas falas de nossos colaboradores.

4.1 CONCEPÇÕES SOBRE A TCI: PARTINDO DE PRECONCEITOS

Ara a totalidade do grupo a estratégia era completamente desconhecida, até o momento em que foram apresentados à TCI, na ocasião do internato de MFC, entretanto alguns alunos referem uma ideia prévia (construída a partir de relatos de colegas que vivenciaram a experiência?) do que seria o encontro de TCI.

O preconceito é prejulgamento. De acordo com Gadamer (2003) o prejulgamento é a antecipação não problematizada de um conceito, é pronunciado sem exame completo e definitivo de todas as questões relevantes.

As falas abaixo ilustram tal julgamento em relação à TCI e a falta de informações que contestem a opinião inicial:

As impressões que eu tinha com relação a [...] a essa metodologia não eram nem tão boas [...] até acho que era mais questão de preconceito, porque eu não [...] **não sabia como era**. Eu imaginava que fosse só uma reunião de pessoas que fossem só falar sobre o que sentiam, os problemas que tinham, e que isso não iria ter uma repercussão assim [...] tão definidora como eu vi [...] durante o [...] o período que eu passei na Medicina da Família. (BEIJAFLORES*-10º PERÍODO)

Antes de passar pelo Internato de Medicina de Família e Comunidade, **eu nunca tinha ouvido falar** em Terapia Comunitária. (JOÃO-DE-BARRO*-11º PERÍODO).

É objeto de estudo da Educação elucidar quais mecanismos de poder em uma sociedade possibilitam a validação de algumas formas de conhecimento como verdade, mantendo outras no terreno da opinião ou do mito.

Quanto aos preconceitos relatados pelos estudantes, as impressões prévias em sua maioria tinham caráter negativo, e se relacionavam a estratégias consideradas por eles de pouca valia e baixa efetividade para a comunidade, possivelmente em decorrência dos colaboradores desconhecerem a evidência científica da estratégia, quando este cientificismo ainda consiste para alguns no principal referencial de validação na atuação médica.

Eu não conhecia a terapia comunitária, eu nunca tinha ouvido falar, não sabia nem que existia [...] eu não sabia se **aquilo** era realmente documentado, ou se começou apenas por iniciativa própria, mas [...] uma coisa que a senhora via que dava certo! Eu não acreditava [...] **não sabia que tinha um embasamento científico para isso**. (PAPAGAIO*-12º PERÍODO).

O desconhecimento quanto ao embasamento científico de práticas como a TCI nos fala sobre o não reconhecimento do lugar de outros saberes no cotidiano, do saber fazer em Medicina daqueles que não representam o engendramento técnico alardeado e anunciado pelos critérios tradicionais de cientificidade.

Nessa direção, alguns autores defendem que a produção do cuidado deve operar nuclearmente a partir das tecnologias leves, ou seja, aquelas estruturadas a partir das relações, no momento em que se realizam os atos produtores de saúde, e em tecnologias leves-duras, que se fundamentam a partir do conhecimento técnico estruturado, o saber inerente a cada núcleo profissional (MERHY; FRANCO, 2003).

A Terapia Comunitária Integrativa pode ser considerada como ferramenta de cuidado fundamentada na tecnologia leve, ao valorizar a capacidade do outro, o fortalecimento de vínculos, possibilitando relações harmônicas que reforçam a capacidade resiliente das pessoas (CARÍCIO, 2010; DIAS; FERREIRA, 2007).

Considerar que uma determinada prática ou conduta tem evidência científica, não implica, necessariamente, em afirmar sua absoluta veracidade. Um grande equívoco que se observa é pensar que seguir métodos pré-estabelecidos é o mesmo que “dizer a verdade”, entretanto é importante saber que o que caracteriza a ciência é o seu caráter redutor (MARTINS, 2004).

Para entendermos um pouco melhor:

Na redução, perdem-se muitos aspectos do objeto real, tanto aspectos não quantificáveis por natureza (e não menos reais e efetivos por isso), quanto outros aspectos quantificáveis, mas que não entraram no estudo em questão. Sendo assim, os resultados da redução necessariamente serão incompletos, refletirão uma única perspectiva, ou algumas poucas. Mas assim é a Ciência, e disso ela tira suas vantagens e ao mesmo tempo encontra seus limites. (MARTINS, 2004).

Martins (2003) explica que a ciência médica é científica, mas apenas no sentido inócuo de que se utiliza de resultados de pesquisa científica, seguindo métodos considerados atualmente válidos de redução formal. Nesses termos é preciso admitir que a Medicina é científica, mas jamais será somente científica, pois é também terapêutica.

A Medicina, ao aplicar seus conhecimentos científicos aos fenômenos humanos - portanto, a situações singulares, recheadas de idiosincrasias, valores, interconexões e experiências não generalizáveis - não pode ser entendida com uma ciência pura (SCHRAIBER, 1993, 1997; PEREIRA, 2005). É constituída por um componente humanístico que constitui a arte da Medicina, orientando-a na aplicação da ciência ao fenômeno humano (PARKIN, 1987).

Em alguns relatos é possível observar preconceito quando percebemos a dificuldade em acreditar que algo que se considerava “tão simples” pudesse efetivamente contribuir para melhorar a vida das pessoas. O “tão simples” aqui está muito ligado à questão da escuta, do não reconhecimento da escuta enquanto uma tecnologia leve, importante no cuidado em saúde.

Sou um cara que fui um pouco descrente no início em relação a isso, porque, sabe, parece algo tão simples: é só você chegar lá e **se dispor a ouvir o que ele tem para falar [...] eu me perguntava: como é que isso pode, de fato, ajudar essa pessoa?** Mas a verdade é que eu tive uma grata surpresa, sim. E

você vivenciando a experiência, vendo [...] vendo a reação das pessoas, eh [...] vendo o quanto [...] o quanto a face dela melhorava depois daquele encontro, **a gente percebia o quanto estava fazendo a diferença. Por mais que parecesse simples.**” (JOÃO-DE-BARRO*- 12º PERÍODO).

Outros estudantes avaliavam a prática negativamente, relacionando “trabalhos em grupo” a ações de pouco impacto para os participantes. Observamos também uma conotação depreciativa relacionada a trabalhos que abordem a religiosidade, ao comparar a TCI com a concepção preconceituosa que eles tinham de que trabalhos realizados por grupos religiosos não produzem resultados efetivos. Em suas palavras, achavam que era: espécie de “reunião de igreja”. A narrativa do Beija-flor explicita melhor:

As impressões que eu tinha com relação a [...] a essa metodologia não eram nem tão boas [...] Eu não conhecia, imaginava que era como se fosse **uma reunião de igreja** [...] assim, não que tivesse contexto religioso, mas que cada um ia falar e [...] que ia ficar [...] assim, por isso mesmo. (BEIJA-FLOR* – 10º PERÍODO).

Valorizar uma maior aproximação entre profissionais e usuários, contribuindo para a formação de espaços de trocas de saberes, onde o diálogo seja a peça motriz destes encontros, permitindo a construção de novos modos na assistência desejada é uma necessidade para os profissionais na ESF (BORGES; JAPUR, 2005). A APS pela significativa aproximação e integração com a dinâmica de vida da população, constitui-se em espaço privilegiado para este processo. Estas iniciativas não representam inovações, pois já se desenvolvem há décadas com resultados comprovados, possibilitando inclusive uma maior participação da população no sistema de saúde do que a oferecida pelos conselhos e conferências de saúde (VASCONCELOS, 2009).

Grupos religiosos, de vizinhança, pastorais, etc., são redes comunitárias que precisam ser valorizadas, pois se configuram em importantes espaços de solidariedade e apoio social. É necessário destacar que para adentrar neste cenário os profissionais precisam se desapegar de suas verdades e estar abertos às novidades que surgem ao longo desta relação entre profissionais e usuários, em uma atitude de curiosidade e respeito às mais diversas possibilidades de organizar a vida, apresentadas nos grupos sociais. (GUSSO; LOPES et al, 2012).

Na tentativa de compreender o estranhamento de nossos colaboradores, quanto à importância de trabalhos em grupos que abordem religiosidade, precisaremos nos reportar à história. Até poucas décadas, ciência e religião eram espaços historicamente antagônicos,

principalmente na cultura ocidental, tão adepta do pensamento linear (causalista e simplificador) e seduzida pelos avanços tecnológicos, o que certamente favorece o distanciamento e a existência de conflitos entre religiosidade e pensamento científico (SOUZA et al., 2001).

Atualmente podemos afirmar que a religiosidade de uma pessoa afeta seu corpo, sua mente, e interfere em sua relação com os outros. Publicações científicas em revistas como *Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Archives of Internal Medicine*, *JAMA*, tem dedicado cada vez mais espaço a temas religiosos. Entretanto, esta temática, ainda desperta em muitos círculos, motivo para desconfiança e inquietação (SOUZA et al, 2001). No Brasil, alguns estudos descrevem o fato de que as religiões “reinterpretam a experiência da doença e modificam a maneira pela qual o doente e a comunidade percebem o problema”, e, dessa forma, promovem um alívio da dor e da aflição (RABELO, 1993).

Apesar de nossa sociedade ser regida por padrões de cientificidade e racionalidade, está claro que a religião ainda é um *locus* privilegiado de experiência com o sagrado. Sabemos que a busca por contextos religiosos em momentos de aflição parece demonstrar que a fé contribui para o estabelecimento de uma sensação de bem estar e controle da vida, o que, conseqüentemente, acaba interferindo positivamente no estado de saúde das pessoas (MOTA et al, 2012).

Diante do exposto é possível perceber o quanto o território de atuação na ESF e serviços públicos de saúde exige novas habilidades dos profissionais e a academia segue formando pessoas despreparadas para a APS (FUENTES-ROJAS, 2011).

Outra parte do nosso grupo de colaboradores afirmou não ter qualquer ideia prévia relacionada à TCI, e a surpresa positiva com a vivência de um encontro com essa metodologia fica evidente.

Eu acho que eu **não tinha nenhuma ideia do que seria**. Pensei que pudesse ter, sei lá, um psicólogo, aquele negócio de terapeuta, mas mesmo assim não [...] não veio nenhuma ideia [...] formada [...] do que seria. Mas [...] **depois eu [...] aprendi que é realmente algo que é valioso**, e que a gente tem que se apropriar para melhorar as coisas. Eu vi que é uma coisa [...] **que pode ser usada na prática**. (ROLINHA-11º PERÍODO).

Eu nunca tinha ouvido falar da Terapia Comunitária. Eh [...] mas eu não sabia qual impacto que aquilo teria para a saúde da população [...] **Pra mim aquela terapia se mostrou uma coisa muito eficaz, não para tratar apenas “a cabeça”, como a gente chama, mas muitos dos problemas físicos das pessoas que estavam ali**. (ARARA* -10º PERÍODO).

Direcionado pelas normas ou direcionado à produção de procedimentos, o estudante, na condição de “médico”, pode se dirigir ao paciente como objeto, numa abordagem focal, fragmentada, avaliando qual a melhor intervenção a instituir, a partir das evidências científicas. Neste universo, desconsidera o saber do outro (frequentemente atribuído à “crença”) reduzindo-o a “saber de menor valia”, uma vez que não se associa a condição de “saber tecnológico”, promotor de um processo de cuidado legítimo (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No entanto, o encontro com a perspectiva de “não tratar apenas a cabeça” na TCI possibilita a esses estudantes um novo olhar quanto ao cuidado, capaz de validar a tecnologia presente na escuta de qualidade.

Apenas uma aluna revelou concepções tanto positivas quanto depreciativas a respeito da TCI, a partir do relato de colegas. Afirmou não ter qualquer conhecimento prévio, e destacou que apenas vivenciando a metodologia foi possível tecer suas considerações próprias. Esta aluna revelou a dificuldade de alguns estudantes de Medicina em valorizar as tecnologias leves no cuidado, e o impasse em reconhecer o que de fato “é mais importante” na assistência a um paciente, quando nos disse ter ouvido comentários positivos (valorizando o encontro entre a comunidade e a equipe) e negativos (desqualificando como algo pouco produtivo na agenda de trabalho da ESF), pois a equipe “para” de trabalhar naquele momento. Neste contexto fica explícita a valorização das ações curativas, aí representadas pelo atendimento clínico. Segue a ilustração de sua fala:

Eu, particularmente, **não tinha nenhuma ideia minha**. Mas [...] eu já tinha ouvido [...] eu tinha ouvido duas versões sobre Terapia Comunitária. Já tinha ouvido gente dizendo que [...] ah, é um momento que todo mundo fica lá, mas que às vezes não sai nada, porque as pessoas ficam envergonhadas [...] tudo. E [...] mas é um momento extra na Unidade de Saúde. Mas já tinha ouvido também pessoas dizendo que era um momento muito bom, que [...] eh [...] funcionava, que muitas pessoas falavam, e que, de maneira geral, o resultado era muito produtivo. Eu criei a minha própria versão, que é um momento, assim, que é muito bom, é muito produtivo. Vale a pena pra cada um. Não é termos de [...] ah, porque a Unidade de Saúde para de funcionar naquele turno pra ter um grupo de conversa. Não é só isso. É que o grupo de conversa, ele funciona para cada pessoa de maneira individual, pra cada um ele tem um resultado especial. **Então, agora minha ideia é de que a Terapia Comunitária faz com que a gente tenha uma visão mais humana das pessoas.** (POMBA*- 12º PERÍODO).

No que se refere a demonstrar o preconceito relacionado ao aspecto positivo, somente uma aluna considerou como favorável a impressão prévia, a partir da denominação da

estratégia, por atribuir à capacidade de resolução de muitos problemas, dentro do próprio grupo, sem a participação de um profissional especialista, a exemplo de um psicólogo, considerando este o maior ganho para a comunidade. Diz a estudante:

[...] eu nunca tinha ouvido falar. [...] E eu acho que é assim pro SUS que tem um [...] uma carência muito grande de profissionais na área da psicologia, organizar esse pessoal que [...] que tem problemas psicológicos [...] ele [...] conseguir superar um pouco. E fiquei surpresa com o sucesso que [...] que tem lá em Aparecida, com a grande demanda de pessoas que procuram a unidade só para fazer esta Terapia Comunitária, mesmo sem [...] sem precisar do atendimento clínico. (BEM-TE-VI*-10º PERÍODO).

Neste relato foi possível detectar uma percepção positiva da atividade, mesmo estando evidente o total desconhecimento da prática. O fato se deve à analogia realizada pela aluna com a denominação da estratégia “Terapia Comunitária”. A aluna considerava a estratégia válida, caso fosse direcionada a populações carentes, considerando a falta de profissionais especializados para atender a essa demanda.

Nessa direção, Fuentes-Rojas (2011) nos fala da grande demanda da comunidade para o atendimento psicológico e das dificuldades dos serviços para contemplar essa demanda individualmente, o que finda por ocasionar a espera prolongada em filas para o atendimento.

É importante destacar o quanto vai ficando evidente que o desconhecimento da metodologia e a impossibilidade de acompanhar o grupo geram a incerteza de sua validade e são razões para que um aluno não reconheça a efetividade da estratégia.

[...] já tinha ouvido falar sobre [...] sobre esse tipo de atividade, mas na prática não. E [...] para as coisas que ela se propõe também não tinha nenhuma vivência [...] nem teórica nem prática. Minha experiência foi durante o internato de Saúde da Família [...] eh [...] em Aparecida, eu participei de uma reunião com o grupo. Mudou porque eu conheci, soube [...] como é que se faz na prática [...] assim [...] o traquejo, assim, da coisa. Mas, assim, a gente não tem propriedade para falar realmente [...] eh [...] dizer que [...] que é uma coisa muito boa para [...] para [...] resolutiva e tudo o mais, até porque eu não fiz o acompanhamento, o segmento desse programa. Na verdade, nunca... nunca tinha parado para pensar realmente [...] mas não tinha propriedade, também não... não... não recomendaria [...] (TICO-TICO*-10º PERÍODO).

Os resultados analisados refletem que alguns aspectos que fundamentam o preconceito quanto à desvalorização da Terapia Comunitária Integrativa por parte do grupo em estudo, tem raízes no fato dos estudantes ignorarem as características da TCI, até a vivência de um encontro. Nas falas de nossos colaboradores a baixa efetividade da metodologia é reforçada

pelo desconhecimento de seus fundamentos teóricos e caráter científico. Observa-se uma dificuldade em validar ações como a simplicidade de ouvir o outro surge através da falta de conhecimento da tecnologia leve; o não reconhecimento do potencial de cuidado e efeito de autoajuda do usuário através dos trabalhos em grupo, inclusive atribuindo conotação depreciativa à estratégia ao compará-la com grupos religiosos, evidenciando o desconhecimento do potencial de autoajuda dos trabalhos em grupos, tenham ou não como eixo central o desenvolvimento da espiritualidade.

4.2 A PRÁTICA COM A TCI: RESSIGNIFICANDO CONCEITOS

Podemos observar que após a vivência, a compreensão do significado de uma roda de TCI está clara para a maioria dos estudantes, apesar de não haver um conhecimento mais aprofundado de seu “passo a passo”, reforçando inclusive a importância de se participar de eventos desta natureza, como verificamos quando tentavam definir a estratégia.

Foram destacados os seguintes aspectos quanto à concepção da TCI: promove o compartilhamento das vivências a partir dos sentimentos; favorece o exercício da resiliência; possibilita a contemplação das diferenças; implica em uma atuação que promove a horizontalidade entre os presentes; e favorece a capacidade de ensinar-aprender, que naturalmente se estabelece. Evidenciaram também que todas essas questões contribuem para favorecer o vínculo e a maior autonomia dos participantes.

Vejam os exemplos de narrativas abaixo:

[...] Era um compartilhamento de vivências, e ali o foco não era em cima de doenças, do problema, e, sim, do sofrimento que aquelas pessoas estavam vivenciando. E como [...] é assim [...] a partir do **compartilhamento dessas vivências** [...] cada um entender que eram [...] eram diferentes, e que por isso não se devia [...] eh [...] aconselhar. E pelo fato de ser diferente, respeitar a diferença [...] Mas o que eu achei [...] bacana porque você via aquilo tudo como um [...] um [...] **algo horizontal**, e que ali o terapeuta tava só como um mediador, estabelecia um **vínculo** maior com os usuários [...] e [...] é isso. (BEIJA-FLOR*-10º PERÍODO).

A Terapia Comunitária é uma estratégia de saúde para que as pessoas, elas possam compartilhar experiências, refletindo, assim, sobre suas situações vivenciadas, seus sofrimentos, eh [...] mais como uma forma de reflexão, de compartilhar, formar vínculos. (GARÇA-BRANCA*-10º PERÍODO).

A fala abaixo ilustra o aspecto da autonomia dos usuários:

Terapia Comunitária é um momento, que a experiência de outras pessoas, vai ajudar as pessoas a refletirem sobre suas próprias experiências e sobre como resolver os seus problemas, baseado no que outras pessoas viveram. E que essa conversa faz a própria pessoa encontrar o caminho de resolver seus problemas, sem que os outros lhe digam como fazer isso, né. (GARÇA-AZUL* 12º PERÍODO).

No que diz respeito à capacidade de enfrentar melhor as adversidades, o aprendizado da resiliência, vejamos a fala de uma colaboradora:

É uma ferramenta que ajuda [...] eh [...] os pacientes, no caso, os participantes da roda, a [...] compartilhem suas aflições, suas angústias, suas doenças com os outros. Receber alguma forma de apoio, alguma forma de feedback positivo sobre o que ela está fazendo, para ela continuar ou... ou para ela ter um pouco de paciência ou ver os problemas de outra maneira. (ROLINHA*-11º PERÍODO).

Outro aspecto destacado foi o empoderamento da comunidade através da partilha no grupo de problemas do cotidiano:

E você na hora que está discutindo lá um assunto [...] um problema de um dos [...] dos [...] participantes [...] que ele expõe lá, no grupo, que todo mundo tem aquela visão [...] todo mundo dá uma observada, às vezes dá uma sugestão [...] uma contribuição em relação à comunidade com aquele tipo de problema, a gente vê que aquela comunidade tem uma capacidade de interação, de... de se juntar pra tentar resolver um problema [...] o empoderamento [...] tudo bem direitinho, né, bem interessante na questão do [...] da participação social que tem do [...] sistema pra tentar dar uma melhorada na Assistência da Saúde. (SABIÁ*-12º PERÍODO).

A participação nas rodas de TCI favorece o empoderamento, a partir do momento em que os integrantes são mobilizados a gerenciar suas vidas, tanto no aspecto individual quanto coletivo, favorecendo, portanto a resiliência individual e do grupo (SÁ et al, 2012; BRAGA et al, 2011).

O potencial de desenvolver no indivíduo uma maior capacidade de enfrentamento de seus problemas, através do exercício da resiliência e conseqüentemente reforçar sua autonomia pode ser bem ilustrado pelo autor abaixo citado:

A capacidade de superar as dificuldades possibilita aos indivíduos construir um corpo de conhecimento e suscitar suas habilidades e recursos que os tornam especialistas naquele problema. Essa capacidade lhes

confere o poder de decidir sobre suas vidas, de se organizarem socialmente e de mobilizarem os recursos necessários para garantir acesso aos direitos básicos a uma vida com dignidade. (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2009).

Outro ganho adicional observado pelos estudantes foi a potencialidade de aliar momentos de descontração à construção de vínculos, que foram relatados, conforme as falas abaixo:

É uma oportunidade muito grande dos pacientes também desopilarem [...] de [...] de aquilo virar um momento de descontração, de eles colocarem para fora as mágoas, as angústias [...] E não só eles, mas a gente também né, porque a gente termina se envolvendo, e tudo. E a gente vê aquela [...] aquela coisa que a Senhora sempre fala: “não é para dar conselho, o meu problema não é maior que o de ninguém”. A gente vê que todo mundo tem os mesmos problemas, e a gente só se ajuda mesmo a como enfrentar. (PAPAGAIO*- 12º PERÍODO).

A sociabilidade brasileira surge no gregário, no lúdico, em torno de valores de convivência. Atividades de lazer, brincadeiras, práticas de atividade física consistem em um referencial onde os membros da comunidade se ancoram para pensar, avaliar e discernir valores. Nos encontros de TCI a habilidade de viver em comunidade é estimulada pelas atividades culturais, onde se resgata a cultura popular por meio de brincadeiras, contos, músicas, ditos populares, valorizando o saber de cada um (CHAUÍ, 1986).

Os encontros de TCI aliviam o sofrimento, promovem a construção de vínculos de amizade, de comunidade e vínculo social, e na medida em que essas transformações acontecem, observa-se o fortalecimento de vínculos promotores de saúde (SÁ et al, 2012, SIVA et al 2011, BARRETO, 2010).

A valorização da troca de saberes entre a comunidade e os profissionais, e o quanto essa ação é importante para o profissional, dentre estes considerando como principal beneficiado o médico, também está evidente em alguns relatos:

É realmente uma coisa útil e que faz diferença na comunidade. Ajuda, assim, a melhorar a questão da saúde das pessoas, saúde mental, saúde física, porque está tudo conectado. Entendi que isso é realmente uma ferramenta terapêutica que ajuda todo mundo, né. Ajuda o terapeuta, ajuda os outros, e todo mundo meio que se ajuda, porque é algo que também vai [...] ah [...] assim, vai influenciar até na vida do próprio terapeuta, ele aprende muita coisa só ouvindo as pessoas, só vendo. E também é muito importante, o médico tá fazendo isso, o médico, porque ele entende melhor as relações sociais na comunidade em que ele está. E com isso, eu acho que ele consegue atuar melhor também. (ROLINHA* 11º PERÍODO).

De acordo com Arruda (2010), a TCI pode ser considerada resolutive na visão de terapeutas e usuários, pois permite acolhimento da dor e sofrimento, exercício da troca de experiências, valorização da pessoa, incentivo ao pensamento reflexivo, geração de mecanismos internos peculiares ao indivíduo, fortalecimento de laços afetivos e vínculos comunitários, entre outros benefícios que proporciona aos participantes.

A terapia comunitária consiste em uma abordagem em grupo e sendo assim, é, portanto, centrada no grupo. Em seu desenvolvimento, incentiva a corresponsabilidade e promove mudanças amparadas em um tripé de atitudes fundamentais: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas (DAB, 2014).

De acordo com Camaroti (2012), para compreender a TCI como uma abordagem grupal, na condição de terapeuta comunitário, é essencial que se esteja a par de todo o processo, ou seja, entendendo todas as etapas da metodologia.

Em apenas um relato observamos que a compreensão da estratégia da TCI ainda aparece bastante confusa:

Não [...] sabia que existia, assim [...] eh [...] eh [...] grupos específicos, né, como os alcoólicos anônimos [...] eh [...] grupos para diabetes e tal. Sabia da [...] sabia que existiam estudos, a eficácia e tudo mais, mas não tinha propriedade, não fazia parte do meu cotidiano. (TICO-TICO*- 10º PERÍODO).

Foi possível identificar que a vivência da TCI permite à maioria dos estudantes terem uma boa compreensão dos objetivos da utilização desta estratégia para a comunidade, definindo como um espaço onde vivências são partilhadas e se alcança uma maior compreensão e enfrentamento dos problemas do cotidiano. Entretanto, para alguns dos nossos alunos o conceito da TCI ainda surge de forma desorganizada, relacionada a outras modalidades de trabalho em grupo, como por exemplo, os grupos de apoio a dependências químicas ou grupos para apoio a portadores de determinadas doenças. Na tentativa de ampliar a compreensão do grupo, antecedendo a participação nos encontros, os alunos recebem aporte teórico através de textos que demonstram a metodologia que se desenvolve nas rodas de TCI e a importância da utilização de estratégias como esta no cenário da ESF. A diversidade na compreensão da TCI, quanto às suas características e potencialidades, possivelmente esteja embasada no fato de que para alguns dos nossos alunos a participação nos encontros de TCI é limitada a um ou dois encontros, e os que tiveram uma maior participação nas rodas de TCI,

totalizaram no máximo quatro vivências, sendo estas oportunidades restritas a este cenário ao longo da graduação.

5 O CUIDADO HUMANIZADO E O FUTURO MÉDICO

A Política Nacional de Humanização coloca no centro de suas proposições o desafio de um SUS que promova uma ética de emancipação dos sujeitos, a partir da valorização do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito a uma atenção à saúde universal, equânime e integral (PNH-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As ciências biomédicas de última geração seguem com sua importância, mas diante da alardeada crise na Medicina (desumanização na assistência, precariedade de insumos, recursos materiais e humanos, etc... principalmente no contexto da saúde pública), fica claro que necessitaremos de um maior aporte de conhecimentos das Ciências Humanas para resgatar a arte médica desde sua formação. O modelo biomédico, que não considera a experiência do sofrimento como integrante de sua relação profissional, que não reconhece os cuidados que os doentes necessitam enquanto pessoas convivem também com crescentes experiências na implantação de currículos novos que atendam às novas diretrizes para o ensino médico, buscando resgatar a perspectiva humanista, por se tratar de uma imposição de rigor científico, de âmbito epistemológico (Silva, 2006).

Blasco (2005, p.120) nos explica:

Sem humanismo, a Medicina estaria amputando uma de suas fontes científicas do saber. É preciso recuperar a perspectiva humanística da Medicina, pois o humanismo é inato à profissão médica. Um médico sem humanismo não será propriamente médico; na melhor das hipóteses, trabalhará como um “mecânico de pessoas.

Neste capítulo vamos discorrer um pouco sobre o que vem a ser o Cuidado Humanizado, na perspectiva de nossos colaboradores, como este cuidado é aprendido ao longo da graduação, quais as relações entre o Cuidado Humanizado e a ESF. A maioria dos estudantes não conseguiu elaborar uma definição teórica das tecnologias do Cuidado Humanizado, relatando inclusive suas dificuldades em falar sobre o tema. Entretanto, o grupo demonstra um “saber prático” que se observa quando são relatadas situações que promovem gratificação no cuidado de uma pessoa.

Cabe ressaltar que retomaremos a questão da compreensão deles sobre o Cuidado Humanizado nos capítulos posteriores, em função de tal entendimento ter ficado cada vez

mais explicitado diante das experiências práticas dos estudantes. É no aprender fazendo que a aquisição do conceito ganha vida e significado (SILVA, 2014).

5.1 O NÃO ENSINO DO CUIDADO HUMANIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA

A abordagem da temática que envolve o ensino do Cuidado Humanizado, ao longo da graduação médica, ainda aparece de maneira bastante desarticulada do ponto de vista entre teorias e prática para os estudantes avaliados neste estudo.

O termo “humanização” é recorrentemente utilizado nas práticas assistenciais em saúde, entretanto observamos que ainda aparece sem uma compreensão exata de seu significado. De acordo com Vila e Rossi (2002) o Cuidado Humanizado em saúde, não está presente como deveria, nas relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e pacientes, sendo considerado, portanto, como algo “muito falado e pouco vivido”.

A humanização do cuidado pressupõe a valorização de diversos aspectos relacionados ao ser humano, respeitando sua individualidade e complexidade, o que implica em respeito, acolhimento, empatia, escuta, diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos sentidos atribuídos pelo ser humano à sua experiência de sofrimento e adoecimento (CASATE; CORRÊA, 2012).

Fica clara, em alguns registros de nossos colaboradores, a surpresa positiva que relatam diante de ações que possibilitem um cuidado mais humanizado, possivelmente pelo próprio desconhecimento desta prática, chegando a classificar determinadas vivências como “inexplicáveis”. Nestes relatos é possível constatar o potencial terapêutico da TCI, na medida em que permite o fortalecimento das relações humanas e proporciona a cura do autismo institucional que a alienação universitária muitas vezes ocasiona, pela valorização do modelo biomédico tecnicista (BARRETO, 2010).

Mas aqui [...] eu percebia que [...] que só o fato de a pessoa falar, compartilhar, perceber que a outra pessoa também tem problema, perceber que são pessoas diferentes, que vivem cada uma dificuldades diferentes [...] **eu acho que, pelo menos eu vi que [...] isso tem um [...] um efeito muito positivo. E o efeito que isso causa [...] é [...] é [...] é uma coisa inexplicável** (BEIJA-FLOR* – 10º PERÍODO).

Nogueira da Silva (2014) afirma ainda que Humanizar é entendido como “garantir à palavra sua dignidade ética” (Brasil, 2002), ou seja, possibilitar que o sofrimento, a dor e o prazer possam ser expressos em palavras e reconhecidos pelo outro. Não é possível falarmos

em Cuidado Humanizado sem qualidade na comunicação, sem conhecimento desse outro. Não é possível falar em Cuidado Humanizado sem escuta qualificada (Silva, 2006). Foi possível identificar na discussão anterior que a escuta compõe a compreensão prática que nossos colaboradores vão adquirindo a respeito do conceito da TCI, sendo inclusive um dos aspectos que promovem sua eficácia. Assim como na fala do Beija-flor*, encontramos sua surpresa diante do efeito terapêutico promovido por essa tecnologia, por ser distante do seu referencial morfofuncional.

Em nossa investigação apenas uma aluna apresentou melhor compreensão no que se refere a definições teóricas do Cuidado Humanizado, exemplificando situações do cotidiano em todos os níveis da Medicina da APS até a alta complexidade, de como podemos realizar um Cuidado Humanizado.

O Cuidado Humanizado realmente é algo muito amplo que está em todos [...] os [...] digamos, os níveis da Medicina: desde a Medicina Básica, desde a Medicina Primária até o nível terciário, último, até a UTI. O Cuidado Humanizado, ele vai desde o acolhimento do [...] do [...] da pessoa no ambiente, desde o ambiente arrumado, que ele se sinta confortável, que ele se sinta acolhido, pronto para falar, para se abrir, quanto às vezes, por exemplo, na UTI, pegando lá na ponta, um relógio, um calendário [...] ou [...] talvez o silêncio para respeitar os pacientes. Mesmo que o paciente esteja em coma, assim, ele precisa ter [...] um cuidado com ele, um carinho no manejo dele... o tratar com a família dele [...] tem a questão do respeito ao paciente, da ética [...] e o todo [...] também, andam de mãos dadas. (ROLINHA*- 11º PERÍODO).

Em todos os relatos surgem indícios de como é complexo para o estudante realizar a fusão entre teoria e prática, pelo distanciamento da prática com que a questão é tratada ao longo da formação acadêmica. A formação dos futuros profissionais da saúde exige que se amplie a base conceitual desses estudantes, consolidando-se uma maior compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno que extrapola o saber biomédico, realizando-se o cuidado de forma ampliada, que vá além de um discurso teórico, dissociado das práticas de cuidado (CASATE, CORRÊA, 2012).

É [...] Bom, a gente [...] a gente escuta muito falar de Cuidado Humanizado e fica **meio que na teoria, né, sem saber como é na prática**. (GARÇA-AZUL* 12º- PERÍODO).

O que acontece em todo curso, basicamente, o Cuidado Humanizado é algo difícil de aprender [...] **Na faculdade é tudo muito teórico**, você escuta muitas teorias, os nomes de muitos estudiosos, a gente vê muito artigo, **mas**

não sente na pele o que é tá vivendo isso. (JOÃO-DE-BARRO*- 11º PERÍODO).

Outro aspecto que surge é a percepção do aluno de que a fundamentação teórica para ensino do Cuidado Humanizado está vinculada à disciplina de Saúde Coletiva, e este demonstra desinteresse quanto à participação no estágio de Saúde Coletiva, considerado para alguns como sendo de pouca valia. Sabemos que o modelo médico hegemônico tem orientado as práticas de saúde e nesse contexto há pouco espaço para a escuta dos sujeitos, atenção ao seu sofrimento, acolhimento e cuidado (FUENTES-ROJAS, 2011).

Vejamos uma ilustração:

Esse papo é muito complicado, professora [...] Eu vou pular essa (risos, tentando lembrar a fundamentação teórica sobre o Cuidado Humanizado). Isso é batido e repetido nessa época letiva. Assim, na disciplina [...] no internato de Saúde Coletiva, **mas por ser uma coisa que não agrada, a gente negligencia um pouco** [...] (ARARA* 10º- PERÍODO).

Souza (2001), discorrendo sobre as dificuldades em promover um diálogo produtivo com os alunos na disciplina de Psicologia Médica, já alertava para esse desagrado, que nos fala sobre a hegemonia do tecnicismo, e desconsideração pela dimensão existencial e humana na relação com os pacientes/usuários.

A autora ressalta que:

Existe uma crise nesse campo, onde o professor se confronta com os alunos quase cooptados por um pragmatismo, que exclui qualquer outro valor que não o da eficácia da ação e desconsidera o valor da verdade no discurso, como desconsidera o valor da palavra. (SOUZA, 2001, p. 89).

Outro aspecto destacado diz respeito ao fato do ensino do Cuidado Humanizado estar posto ao longo da graduação médica, entretanto ainda está relacionado a bons exemplos de professores, de forma pontual.

[...] assim, no curso de Medicina, quando a gente começa a lidar com o paciente, no terceiro período, na Semiologia, a gente começa a aprender a relação médico-paciente. **Que até minha primeira professora de Semiologia, me ensinou muito em termos de assim: “Olhe nos olhos do paciente. O paciente tem mais algo pra falar que o corpo está mostrando”.** Então, ela realmente foi uma das primeiras que conseguiu me mostrar isso. **Mas se você me perguntar se eu tive algum momento que eu parei pra alguém me ensinar sobre isso, alguma coisa assim, não teve.** (POMBA- 12º PERÍODO).

[...] **a gente aprende, a gente vê** [...] muito pelo exemplo de cada professor, de cada [...] **de cada profissional com quem a gente tem contato.** (TICO-TICO*- 10º PERÍODO).

Vários autores vêm chamando a atenção para a importância de bons modelos no ensino médico (MILLAN et al, 1999; SOUZA, 2001; CASTRO, 2004; SILVA, 2006, RIOS et al, 2008; SILVA; AYRES, 2009).

Em alguns relatos observamos a percepção do aluno de que o ensinamento do Cuidado Humanizado é negligenciado na graduação. Tal fato é consenso entre os teóricos citados acima, que se debruçam sobre o ensino médico. Pode-se explicar, pela grande valorização dada pela academia às disciplinas clínicas especializadas com foco de ensino centrado na patologia, que ocupam maciçamente a carga horária teórica e prática dos currículos (RIOS et al., 2008; FUENTES-ROJAS, 2011).

No curso, eu acho que a gente não aprende muito isso. Porque as disciplinas que a gente paga são mais disciplinas técnicas, e eu acho que esse Cuidado Humanizado é um pouco deixado de lado. É tanto que eu não sei falar muito sobre quais são as teorias. (GARÇA-BRANCA*- 10º PERÍODO).

Uma parte muito importante de aprender a ter esse cuidado, eu acho até que vem de casa. Tem muito pouco do curso, tem muito da sua educação, do que seus pais ensinam [...] eh [...] dos conceitos que seus pais lhe passam, do que você acredita e pouco do que você aprende na faculdade. **Na faculdade é tudo muito teórico, você escuta muitas teorias, os nomes de muitos estudiosos, a gente vê muito artigo, mas não sente na pele o que é tá vivendo isso** (JOÃO-DE-BARRO*-11º PERÍODO).

Na concepção de João-de-barro* o Cuidado Humanizado é algo que se aprende desde o momento em que nascemos, é o tipo de relação e aprendizado que trazemos da família que norteará nossa atitude, realizando um cuidado efetivamente mais humano. O Cuidado Humanizado não é algo que aprendemos na academia, mas que “vem de casa”. Para Boff (2000), o cuidado é parte da essência humana, não pode estar reduzido a um ato pontual, mas, acima de tudo, é uma atitude de respeito, responsabilização para com o próximo. Dessa maneira, cuidar implica em envolvimento e relacionamento entre as partes, acolhendo o sofrimento, respeitando a história de vida de um e outro.

No entanto, é fundamental considerarmos a importância do rigor epistemológico presente quando falamos em humanização do cuidado em Medicina, para não correremos o

risco de formarmos engenheiros do corpo (BLASCO, 2005) por entendermos que não são questões que merecem atenção no processo formativo.

Acreditamos que os currículos podem até contemplar uma educação centrada no Cuidado Humanizado, entretanto está evidente que a metodologia utilizada nesse processo de ensino-aprendizagem não tem sido muito efetiva, como podemos verificar ao observar as dificuldades apresentadas pelos estudantes em definir aspectos teóricos relacionados à humanização e transformar a teoria em práticas do seu cotidiano. Acreditamos que modelos que permitam maior integração entre prática profissional e referenciais teóricos podem oferecer maiores condições para uma aprendizagem crítico-reflexiva e comprometida com a realidade. Por outro lado, muitas iniciativas internacionais e nacionais vêm investindo nessa direção, em especial buscando inovar nas estratégias pedagógicas.

Silva e Ayres, (2010) afirmam que as críticas quanto a esse modelo de formação estão em ritmo crescente e várias iniciativas educacionais despontam em torno das chamadas humanidades médicas. Têm se utilizado estratégias como cinema, psicodrama, *role-playing*, workshops – todas buscando desenvolver competências comunicativas e encorajar o lidar com os próprios sentimentos. Aspectos imprescindíveis para o cuidado no ensino e práticas médicas.

Os colaboradores deste estudo alertam sobre o tecnicismo presente, sobre a importância de bons modelos e de estratégias pedagógicas que os auxiliem nesse caminho para a realização do Cuidado Humanizado, chegando a descrever como “inexplicáveis” os ganhos vivenciados com a experiência de cuidado por meio da TCI.

5.2. O CUIDADO HUMANIZADO E A ESF: ENSINANDO SOBRE O “INEXPLICÁVEL”

Em todas as falas foi possível identificar a importância da ESF como cenário para realização do Cuidado Humanizado. Em diversos relatos a TCI, dentro da ESF, aparece como um espaço que efetivamente promove o cuidado humanizado, por favorecer uma escuta privilegiada destes usuários.

Dentre as condições que se relacionam com o Cuidado Humanizado foram enfatizados: o vínculo, citado pela capacidade de compreensão do outro, e a empatia, presentes na relação médico-paciente, na longitudinalidade do cuidado e na boa habilidade de comunicação; a importância da participação social; o estímulo da autonomia e do empoderamento da comunidade; além da valorização do acolhimento e da ambiência adequada no espaço onde se estabelece o cuidado, assim como as questões éticas refletidas no

respeito ao paciente. Neste momento foi possível evidenciar que quando interrogados acerca de noções teóricas sobre o Cuidado Humanizado, a maioria dos alunos teve dificuldades em definir este cuidado. Entretanto, no momento seguinte, quando conversávamos a respeito da vivência enquanto estudantes na ESF e na TCI, surgiram diversas falas que ilustram facilmente a potencialidade de realização do Cuidado Humanizado neste cenário.

Na Terapia Comunitária, a gente teve essa oportunidade. A gente se expôs, a gente participou, a gente se entregou. E acabou que foi bem mais proveitoso aqueles poucos momentos que a gente teve durante aquelas sete semanas do que muita coisa que a gente vê ao longo do curso, que não passa de material teórico. Eu percebi que a gente não precisa [...] não precisa de muita coisa para [...] para atingir no melhor dos sentidos um paciente. Muitas vezes **o paciente precisa só ser ouvido, só precisa de alguém que dê atenção a ele, que muitas vezes assim, por mais simples que isso pareça, é o que o paciente não tem [...]** (JOÃO-DE-BARRO* -11º PERÍODO).

A Estratégia de Saúde da Família, eu acho que é a “ferramenta” [...] assim, que deixa mais o [...] o paciente próximo ao médico, né...
[...] Entendi que isso (referindo-se à TCI) é realmente uma ferramenta terapêutica que o ajuda [...] ajuda todo mundo, né. Ajuda o terapeuta, ajuda os outros, e todo mundo meio que se ajuda, porque é algo que também vai [...] ah [...] assim, vai influenciar até na vida do próprio terapeuta, ele aprende muito coisa só ouvindo as pessoas, só vendo. E também é muito importante, o médico tá fazendo isso, o médico, porque ele entende melhor as relações sociais na comunidade em que ele está. E com isso, eu acho que ele consegue atuar melhor também. (ROLINHA* - 11º PERÍODO).

A referência de que a oportunidade de realizar este Cuidado Humanizado é privilegiada no cenário da ESF se deve também em decorrência do processo de trabalho aí desenvolvido possibilitar relações no espaço mais íntimo de uma pessoa: seu lar, sua família, associados a uma abordagem integral do paciente.

A Estratégia de Saúde da Família... existe realmente aquela relação médico-paciente, do médico entrar na casa do paciente, conhecer como é [...] onde que essa pessoa habita, com quem ela habita, quem é que cuida, quem é que é cuidado. E [...] tem tudo a ver, né? Eu acho que é um médico que está na lista daqueles, que eu diria, entre aspas, que é mais humanizado [...] (ROLINHA* - 11º PERÍODO).

Nos relatos é possível perceber a valorização do cuidado integral do paciente, que se reflete na realização de uma clínica ampliada, a partir da utilização das diversas ferramentas citadas pelo grupo, mesmo que de maneira pouco consciente da aquisição destas habilidades. Em suas falas eles valorizam o *lôcus* da ESF como espaço facilitador para o Cuidado Humanizado e integral.

[...] como eu falei da Terapia Comunitária antes, **a Estratégia de Saúde da Família se monta toda nesse cuidado integral** com o indivíduo, nessa [...] nesse **acompanhamento longitudinal, que faz parte do Atendimento Humanizado e Integrado**. Você consegue acompanhar uma família, um paciente de uma maneira que é diferente nas [...] nas especialidades diversas. Então, tem [...] tem esse Cuidado Humanizado mais a fundo do que nas outras especialidades (ARARA*-10º período).

Apesar de não observarmos no grupo, o conhecimento mais aprofundado das noções teóricas do Cuidado Humanizado, durante as narrativas verificamos a citação de ações que se relacionam com o Cuidado Humanizado e que de fato constituem as ferramentas que embasam a humanização. Fica evidente o potencial da ESF de proporcionar encontros e relações de cuidado que possibilitem a construção de vínculos, o exercício da autonomia e corresponsabilização, a longitudinalidade do cuidado, a valorização do acolhimento, da participação popular, e da importância das questões éticas.

A relação na ESF é diferente, bastante diferente, muito diferente mesmo. É uma relação mais humanizada. Com certeza, mais humanizada. (GARÇA-BRANCA*-10º PERÍODO).

[...] de uma forma mais prática, a gente só pegou mesmo nesse internato de Saúde Família e Comunidade e na parte [...] nas disciplinas de [...] de Saúde Coletiva... Até então era tudo um pouco teórico, pelo menos a minha turma. (SABIÁ*- 12º PERÍODO)

Ver isso na prática de verdade (o Cuidado Humanizado) [...] eh [...] efetivamente, eu acredito que foi mais especificamente no internato Saúde da Família. Acho que é [...] quem mais tem a oferecer realmente [...] acho que é a área que... tudo tá mais fortemente ligado. (TICO-TICO*-10º PERÍODO).

Os estudantes apontaram para o aprendizado quanto à importância do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, a partir da construção da empatia em seu exercício profissional.

A gente via várias [...] várias formas de uma organização que a gente **percebia na prática e não sabia que estava [...] estava fazendo. Como, por exemplo, você fala com o paciente mostrando empatia, tentava resumir, sintetizar tudo o que [...] que ele dizia, que você estava participando, que você estava com empatia pelo que ele [...] ele [...] pelo que ele estava passando [...]** O que a gente fazia durante o estágio! (BEIJA-FLOR*-10 PERÍODO).

A narrativa abaixo é ilustrativa do destaque dados pelos estudantes quanto à experiência prática com a TCI e os momentos em que eles possuem modelos de professores, considerados elementos de maior aprendizagem para o Cuidado Humanizado.

Então, quando eu rodei na saúde da família na Unidade de Saúde, eu vi que o atendimento era muito melhor do que o que eu imaginava. E ainda tem esse momento da **Terapia Comunitária que era quando a gente [...] acabava ficando mais íntimo do paciente**. Porque quando eles voltavam pra Unidade, eles encontravam a gente e lembravam da gente, do grupo. Então, acabava ficando uma coisa muito mais íntima e muito mais, assim, pessoal mesmo [...] em termos de tecnologias que foram utilizadas durante o meu curso, não tiveram. **Foi muito mais da vivência prática de cada um e dependendo de cada professor, se o professor incentivava mais ou menos, a gente ter esse cuidado mais humano** (POMBA*- 12º PERÍODO).

O vínculo aparece, ainda, destacado como potencial para realizar a longitudinalidade do cuidado.

Porque à medida que você começa a ter um cuidado [...] aproximado com as pessoas, com a família, que você cria vínculo, que você conhece, assim, o processo [...] que ambiente aquela família está inserida, **você começa a criar mais um vínculo humano, sabe? Não é mais só uma coisa pontual**. Então, eu acho que na medida em que a estratégia (ESF) possibilita **acompanhamento mais longitudinalizado, eu acho, também o atendimento fica mais humano** (GARÇA-BRANCA*- 10º PERÍODO).

A valorização da participação social e do empoderamento da comunidade surgem em alguns registros:

Na hora em que a gente vê a população lá dentro mostrando seus problemas [...] ela mesmo debatendo e a gente lá, meio que na condução, vendo isso... porque a gente vai aprendendo, quando a gente vê [...] o empoderamento [...] tudo bem direitinho, né, bem interessante na questão da participação social que tem do sistema pra tentar dar uma melhorada na Assistência da Saúde (SABIÁ*-12º PERÍODO).

Outros aspectos que aparecem como significativos nesta aprendizagem durante a vivência na ESF são a realização do acolhimento, a valorização da autonomia do paciente, promoção de uma ambiência adequada no espaço onde se estabelece o cuidado, assim como a dimensão das questões éticas refletidas no respeito ao paciente.

O Cuidado Humanizado, ele **vai desde o acolhimento do [...] da pessoa no ambiente, desde o ambiente arrumado**, que ele se sinta confortável, que **ele se sinta acolhido, pronto para falar, para se abrir**, ele precisa ter [...] um cuidado com ele, um carinho no manejo dele [...] o tratar com a família dele. **A questão do respeito ao paciente, da ética [...]** e o todo [...] também, andam de mãos dadas com o Cuidado Humanizado (ROLINHA* 11º PERÍODO).

Eu acho que o lugar que eu mais aprendi, assim, foi no Internato optativo que eu fiz no Rio de Janeiro (Internato opcional em MFC). Que lá, eles [...] eles discutiam muito em, assim, **dar mais autonomia ao paciente, perguntar ao paciente o que ele acha, se ele concorda com a conduta, [...]** **Tudo isso eles discutiam muito sobre isso, né**, como humanizar cada vez mais. (GARÇA-AZUL* -12º PERÍODO).

A partir dos relatos que vimos, fica evidente a capacidade que o estudante demonstra de experimentar seus conhecimentos na prática, e o potencial que a ESF apresenta na formação desses alunos, na medida em que oportuniza uma mudança de paradigma, ampliando a visão do estudante que sai da patologia para a pessoa, e da pessoa para o coletivo. De acordo com Stock et al (2012) estudantes do último período da graduação médica destacam os modelos de estágio nas Unidades Locais de Saúde, que ocorrem desde o início da formação acadêmica, e a educação familiar como os principais recursos de aprendizagem da relação médico-paciente.

6 A VIVÊNCIA COM A TCI NA APS/ESF: DORES, ALEGRIAS E O APRENDIZADO DE SER MÉDICO

Neste capítulo discutiremos um pouco acerca da interação de nossos alunos com a TCI e a ESF, observando de que maneira essa vivência pode ter contribuído em sua formação e no aprendizado para tornar-se médico.

O trabalho na ESF requer do profissional um preparo que vá além da técnica de uma “boa formação”, é preciso assumir um compromisso de responsabilização com essa clientela, sabendo-se quais as suas maiores necessidades, o que requer aproximação, conhecimento, construção de vínculos e olhar integral sobre os principais problemas da comunidade. Atualmente, a solidão e o individualismo das pessoas nas grandes cidades vêm abrindo espaço à violência, sofrimentos emocionais e às dependências químicas - o que se reflete na complexidade dos problemas de saúde. No entanto, tais problemas podem ser superados se despertarmos as competências latentes na própria comunidade (ANDRADE et al., 2009).

A TCI, por sua vez, é reconhecida como um espaço que promove e ensina sobre o Cuidado Humanizado, por possibilitar o vínculo com os usuários e um modelo de como desenvolver habilidades como: empatia, respeito, promoção da autonomia, desenvolvimento de vínculos e, principalmente, o aprendizado quanto à potência presente na escuta qualificada.

Traremos agora algumas considerações de nossos colaboradores que nos possibilitem compreender melhor, a partir de suas impressões, as dores e delícias do aprender a ser médico vivenciando este cenário.

6.1 DAS DORES: AS DIFICULDADES NO COTIDIANO DA APS/ESF

Inicialmente abordaremos as situações citadas como as “mais difíceis” no cotidiano dos estudantes, ao longo desse período em que estão empenhados no aprender a ser médico, durante a experiência na ESF.

Estudos demonstram que parece haver uma desconexão entre o que os futuros médicos vislumbram para suas carreiras e as necessidades do SUS. Dentre as hipóteses explicativas para esta questão destacam-se o pouco prestígio do profissional na APS, baixos salários e pouca vivência em atenção primária durante a graduação (NETO et al., 2009).

Uma questão claramente demonstrada é a complexidade de realizar uma abordagem integral do indivíduo, com base na clínica ampliada, o que pode ser evidenciado em todas as falas, de maneira direta ou indireta.

A clínica ampliada reconhece que os sujeitos (cuidados e cuidadores) estão permanentemente ligados em uma rede de relações onde não há espaço para os purismos das racionalidades médicas, que partem dos modelos teóricos exclusivistas ou das intervenções isoladas, seja no campo social, biológico ou psicológico. A vida adquire uma complexidade onde todas as situações e atores aparecem juntos e misturados. Médicos, pacientes, famílias, comunidade, instituições [...] Todos se mesclam em uma singularidade peculiar a cada situação, e este contexto dificulta a realização de intervenções, que na maioria das vezes não conseguem atuar sozinhas ou de maneira onipotente como imaginaríamos, exceto em casos onde nos deparamos com situações de urgência e risco de morte (CUNHA, 2005).

É importante dizer que diante de todas as considerações que demonstram a fragilidade de se amparar ações centradas no saber biomédico, isto não implica em excluí-lo durante a atuação médica. A questão relevante é compreender que a atuação profissional respaldada no modelo biomédico, fundamentalmente “hospitalocêntrica”, é profundamente incapaz de atender às demandas que se apresentam aos profissionais, principalmente no universo da APS (CUNHA, 2005).

Como maior dificuldade, surge na maioria dos relatos, a complexidade de realizar o cuidado de um paciente em situação de risco e vulnerabilidade, com maior ênfase nos casos onde há dependência química e violência, e também privação socioeconômica, contribuindo para agravar a insuficiência familiar. Outros aspectos também relatados são as dificuldades no processo de comunicação e as dificuldades com insumos no SUS.

Nas entrevistas é possível perceber as angústias de um estudante, quando se depara com situações que exigem dele que vá além da capacidade de “medicar o paciente”, pois em muitas ocasiões não há drogas capazes de atuar na queixa ou problema citado pelo mesmo, sinalizado frequentemente por meio do sofrimento emocional que fatalmente levará ao adoecimento físico.

De acordo com estudo de GAMA; CAMPOS; FERRER. (2014) os trabalhadores da saúde declararam sentir-se impotentes diante da vulnerabilidade social e afirmaram realizar nestas situações tratamento paliativo, o que possivelmente contribui para a medicalização do social. A mesma autora atribui a falta de preparo dos profissionais na APS como um dos motivos da dificuldade em fortalecer e promover a saúde mental neste cenário. Neste contexto ficam explícitas as fragilidades em realizar uma abordagem centrada na clínica ampliada, envolvendo o paciente, a família e as redes sociais de apoio (CUNHA, 2005).

Acho que pacientes [...] **aquele pessoal mais vulnerável socialmente, que lida com drogas** [...] que tem [...] eh [...] eh [...] alguma relação com esse problema [...] termina sendo um desafio maior. Tanto pela insegurança da gente [...] quanto pela [...] dificuldade de [...] de se instituir qualquer tipo de terapêutica (TICO-TICO*-10º PERÍODO).

Com certeza é a parte de [...] **de doenças mentais quando aparece [...] a gente tem muita dificuldade** [...] é muito complicada a abordagem [...] E [...] alguns pacientes quando eles assim têm uma [...] uma [...] digamos assim, quando aquele paciente dá um pouco mais de trabalho, a equipe [...] reconhece ele como um paciente que precisa mais de uma atenção pra poder [...] se soltar [...] pra poder [...] conseguir [...] a gente conseguir fazer a coleta de um bom histórico [...] tudo direitinho (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

A minha vivência lá em Mãe Luíza, **a parte mais difícil era atender aquelas pessoas vítimas do [...] das drogas, né?** Assim, não diretamente, mas mães de filhos traficantes, drogados. Acho que essas pessoas eram as que mais sofriam (BEM-TE-VI*- 10º PERÍODO).

É possível verificar em alguns registros o quanto a atuação médica realizada ao longo da graduação pode desconsiderar a autonomia do sujeito e sua capacidade de refletir e avaliar, em conjunto com o médico, sobre o que de fato melhor se aplica a ele em cada momento. Transparecem as dificuldades, que surgem quando os estudantes se deparam com pacientes “incapazes” de seguir as orientações médicas, ou seja, com dificuldades para aderir ao modelo da Medicina prescritiva que lhes foi apresentado. Nestas oportunidades, assegurar a adesão ao tratamento, pode ser tarefa árdua e motivo de angústias para o futuro profissional.

[...] Dificuldade mesmo, a gente tem, assim, a gente sabe que a população que a gente lida é muito difícil [...] a maioria não estudou, a maioria, assim, não consegue compreender as coisas que a gente fala [...] E também conseguir convencer as pessoas a participarem, porque quando a pessoa não conhece, ela diz: “Besteira, não serve para nada!”, né? E a população [...] como eu já [...] já falei, a população ela é um pouco difícil de aceitar certas coisas. Mas isso é sempre [...] eu acho [...] a maioria das dificuldades elas são no começo, né? (PAPAGAIO*- 12º PERÍODO).

Concordamos com Almeida (2000) quando afirma que compete aos médicos a compreensão de que, quanto mais esclarecidos os pacientes estiverem em relação às suas condições de saúde, cientes das consequências de suas escolhas, mais preparados estarão para tomada de decisão responsável em parceria com seu médico.

A construção de um novo modo de se relacionar entre médicos e pacientes, que considere a equiparação dos dois sujeitos em um espaço que favoreça o cuidado efetivo, valorizando a autonomia do paciente, é fundamental para melhorarmos a saúde (JUNGES et al., 2012).

Eu acho que o mais difícil é a gente [...] ver o paciente como um contexto [...] porque não é só aquela doença e pronto. Porque tem muitas coisas por trás: o que ele vive, quem ele é, que condiciona aquela doença dele ser diferente de outras pessoas que tenham a mesma doença. **Então, eu acho que é muito difícil você enxergar o contexto (em) que o paciente está inserido e ver, e não enxergar só a doença, enxergar o paciente com todas as suas limitações, com tudo que ele é rodeado, as pessoas, o ambiente [...] tudo isso que com certeza tem influência sobre a doença dele. Então, acho que é difícil da gente ter essa visão (GARÇA-AZUL*-12º PERÍODO).**

É mais difícil quando você está tendo esse contato com o paciente [...] é você dar de cara com problemas que você, aparentemente, não tem como resolver. É um mundo em que você é treinado muito para [...] para resolver os problemas [...] Como é que eu posso dizer? Os problemas [...] orgânicos daquele paciente, né? Você vai identificar uma doença, você vai tratar, mas e os problemas sociais? Uma pessoa que [...] que sofre violência doméstica, por exemplo, como é que você vai interferir nisso [...] nisso diretamente? Uma pessoa que apesar de sofrer violência doméstica não quer denunciar o acompanhante, por exemplo. Uma pessoa que sofre porque tem que tomar conta de um parente em casa e não tem quem ajude. Muitas vezes você não tem como intervir nisso diretamente, né? (JOÃO-DE-BARRO*- 11º PERÍODO).

Aqui foi possível observar os conflitos emocionais enfrentados pelo estudante de Medicina quando se percebe “impotente” diante da impossibilidade de “tratar e resolver” os sofrimentos dos pacientes desencadeados pela vida cotidiana, a capacidade de lidar com a Medicina da “vida real”, fora dos ambulatórios especializados de um hospital universitário, onde aparentemente tudo pode ser “organicamente tratado”. Até a oportunidade do encontro com a TCI, para estes alunos não era considerada a possibilidade da escuta qualificada, importante tecnologia leve do cuidado, como uma ferramenta terapêutica realmente eficaz e transformadora na vida das pessoas.

As situações onde o estudante se depara com problemas socioeconômicos da família e dificuldades estruturais do sistema de saúde constituem importante causa da sensação de impotência para o futuro médico, percebida pelo sentimento de saber o que deve ser realizado, entretanto nem sempre é possível fazê-lo. As limitações vão desde as dificuldades de acesso a exames diversos, avaliações de outros profissionais quando necessário, até o fornecimento de medicamentos, internações, etc., devido à precariedade de insumos, exigindo suporte intersetorial, que em grande parte das situações inexistente.

Assim, as principais **dificuldades são os insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, que às vezes limita um pouco [...] eh [...] eh [...] a**

conduta que a gente vai fazer com o paciente e a própria situação econômica do paciente, às vezes um pouco da limitação cognitiva deles impede com que a orientação que a gente vai tomar seja efetuada do jeito esperado, dificulta, eh [...] dificulta [...] o êxito no que a gente quer fazer para ele (ARARA*-10º PERÍODO).

Junges (2011), reconhecendo a lógica da clínica ampliada, relaciona as questões que envolvem demanda e processo de trabalho como as que concentram os principais problemas éticos da APS. O autor aponta falta de condições de trabalho e de atendimento, atenção reduzida a uma mera aplicação de procedimentos protocolares e ações que não direcionem o foco no usuário, entre outras, como sendo razões que favorecem a sobrecarga de demandas, deixando usuário e profissional insatisfeitos; o primeiro por não ter seus problemas resolvidos, e o médico pela constatação das dificuldades em seu trabalho. Tudo isso fica ainda mais complicado quando se está diante de um paciente com múltiplas queixas, quando é necessária uma abordagem integral mais criteriosa.

As situações mais difíceis são aquelas em que a gente vê que o paciente tá com muito problema, quer fazer muito por ele, mas, infelizmente, o Sistema de Saúde não vai fazer tudo que ele merece. Infelizmente, **aí se depara com a situação que a gente quer passar um remédio, mas que no Posto não disponibiliza, e que ele não vai ter condições de comprar.** O que mais me frustrava era isso: saber que a gente tinha coisa para fazer, o paciente precisava da nossa ajuda, mas o Sistema não estava colaborando em fornecer essa ajuda (POMBA*-12º PERÍODO).

Em algumas falas observamos a preocupação do estudante em assegurar um cuidado que fosse resolutivo, entretanto visivelmente focado na abordagem curativista, para o paciente.

Uma coisa que me deixava apreensiva, um pouco apreensiva, é saber se a gente iria conseguir realmente resolver a dificuldade [...] se ia conseguir resolver o problema daquele paciente, e acho, assim, **o problema difícil do atendimento é você ter estrutura disponível, como medicamento, essas coisas** (GARÇA-BRANCA*-10º PERÍODO).

A carência socioeconômica de muitos usuários que dependem exclusivamente do fornecimento de insumos do SUS, e a dificuldade deste sistema em suprir adequadamente as demandas dessa clientela, contribuem para agravar a relação médico-paciente, pelas dificuldades de adesão à terapêutica proposta, o que torna ainda mais vulnerável esta população.

Senna et al. (2010) ressaltam o “constrangimento ao alcance da integralidade da atenção à saúde”, que apesar de haver crescido bastante na atenção básica ainda sofre com a dificuldade de fixação de profissionais, falta de serviços de média e alta complexidade, falta de medicamentos, precariedade das UBS, entre outros fatores, o que se justifica pela desarticulação da rede de saúde dos municípios.

Assim, as principais dificuldades são os insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, que às vezes limita um pouco [...] eh [...] eh [...] a conduta que a gente vai fazer com o paciente e a própria situação econômica do paciente, às vezes um pouco da limitação cognitiva deles impede que a orientação que a gente vai tomar seja efetuada do jeito esperado, dificulta, eh [...] dificulta [...] o êxito no que a gente quer fazer para ele... (ARARA*-10º PERÍODO).

Em alguns relatos verificamos como a dificuldade de estabelecer uma boa comunicação, contemplando a diversidade sociocultural (atribuída pelo estudante até a “limitações cognitivas do paciente”) surge como entrave na relação estudante-paciente.

De acordo com Brown e Bylund (2008), a capacitação para médicos em habilidades de comunicação se estabelece em três pilares: 1) os bons resultados em uma abordagem médica estão fortemente relacionados a uma boa habilidade de comunicação entre médico e paciente; 2) resultados satisfatórios nem sempre são alcançados por dificuldades na habilidade de comunicação; 3) é possível aprender-se habilidades de comunicação.

Preparar o futuro médico para estar apto a desenvolver uma boa comunicação vem sendo objeto de disciplinas e laboratórios de habilidades de comunicação em diversos cursos de Medicina. Buscam-se métodos inovadores, que permitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (NAGHETTINI et al., 2010).

Turini et al. (2008) acreditam que a exposição dos estudantes às atividades de comunicação, que consideram importante serem realizadas desde o início da formação acadêmica indo até o término da graduação, é capaz de promover uma mudança de postura e percepção crítica do papel do médico.

De acordo com Pezzi e Neto (2008) diversos fatores justificam a implantação de projetos que contemplem a inserção cuidadosa dos laboratórios de habilidades de comunicação no aprendizado médico. Destacam que o formato convencional de ensino da entrevista clínica, nas fases iniciais do curso, muitas vezes favorece uma visão distorcida da importância dessa ação, equivocadamente transformada em um “questionário decorado e impessoal”.

Acreditamos que a participação dos alunos em cenários de prática que proporcionem a integração ensino-serviço, tem grande importância na aprendizagem de habilidades de comunicação, como demonstra a literatura (STOCK et al., 2012).

Ressaltamos que, nesse momento do percurso, as limitações trazidas por eles eram de ordem pragmática, mais de compreensão cognitiva do que quanto às dimensões relacionais. Mas segundo Silva (2006), o jargão técnico, por exemplo, pode ser um dificultador entre a comunicação médico-paciente, e facilitador do distanciamento entre eles.

6.2 DAS ALEGRIAS: QUANDO O CUIDADO É VIVENCIADO

Quando vivenciamos uma relação médico-paciente bem sucedida, surgem sentimentos nos profissionais, capazes de promover uma maior satisfação com o trabalho, a redução do nível de estresse e a possibilidade de refletir sobre sua própria vida enquanto se reflete sobre a vida do outro. Estas situações em geral estão relacionadas à demonstração, por parte do paciente, de maior satisfação com o médico, maior adesão terapêutica e melhora da sintomatologia apresentada, dentre outros (STOCK et al., 2012). Tais sentimentos foram observados nas narrativas dos colaboradores do nosso estudo.

Nos relatos dos estudantes sobre as ocasiões em que sentiam mais satisfação no exercício da Medicina, três aspectos chamam a atenção. Surgem, na maior parte dos relatos, os momentos em que conseguem desenvolver uma relação médico-paciente embasada no vínculo, e a capacidade de realizar um cuidado que proporciona a longitudinalidade no cuidado a este paciente, destacando os momentos em que conseguem observar uma atitude de reconhecimento por parte do paciente, que considera ter recebido um cuidado médico de boa qualidade.

Comprendemos longitudinalidade como sendo a condição que permite acompanhamento dos diversos problemas de saúde por um mesmo médico, sendo esta uma das características da APS, relacionada à eficiência deste cenário (GÉRVAS, 2005; STARFIELD, 2002). O vínculo longitudinal surge a partir da relação terapêutica que se estabelece entre pacientes e profissionais da equipe da APS, que se manifesta no reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular do cuidado ao longo do tempo (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

Na fala a seguir podemos perceber a intimidade que a vivência na ESF, proporciona entre profissionais e pacientes, construindo vínculos tão importantes em uma relação de cuidado.

Então, assim, **muitas vezes o paciente via a gente como uma pessoa tão próxima**, assim, uma pessoa da família mesmo. (GARÇA-BRANCA*-10º PERÍODO).

A satisfação do aluno com a percepção de que uma abordagem de “paciente, considerado difícil” como a de pacientes com transtorno mental foi bem sucedida, resultando em construção de vínculo, possibilitando a longitudinalidade e naturalmente um cuidado mais humanizado, está demonstrada em alguns relatos:

Gratificação é justamente quando a gente pega um paciente desses e consegue desenrolar tudo, consegue trazer ele pra o serviço, pra ele ficar fazendo o acompanhamento adequado [...] quando ele tem essa proximidade com o serviço [...] É bom quando a gente vê um [...] um envolvimento. **Quando tem um envolvimento do [...] do paciente, do [...] do sujeito, né, daquele indivíduo. Com seu processo de [...] de saúde, com melhora da qualidade de vida, a gente fica bastante empolgado. E a gente quer se esforçar pra que isso aconteça, dar condições de isso acontecer** (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

As oportunidades de acompanhar o desenvolvimento de pacientes, observando os progressos que o paciente realiza ao longo do tempo e a demonstração de reconhecimento e gratidão que ocorrem bilateralmente nestes momentos; a sensação do estudante, de ter participação ativa neste processo de cuidado, que contribui para a melhor qualidade de vida das pessoas, também contribui para proporcionar gratificação.

Acho que eles são, na maior parte, né, do tempo. Eu acho legal aquele negócio do CD (Consulta para acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança), quando [...] você vê a criancinha desde o momento que ela nasceu, lá, um mesinho, até ela [...] estar maiorzinha. Você vê o desenvolvimento dela [...] Acho que quando vê também a própria gratidão dos pacientes por você ter ajudado eles [...] é muito [...] eh [...] é muito recompensador [...] eh (pausa longa) [...] **a gratidão dos pacientes, e você ver as pessoas bem, você vê elas se desenvolvendo, você vê que fez a diferença na vida delas** (ROLINHA*- 11º PERÍODO).

“**Ver o paciente feliz e agradecer.** Isso é [...] ahn [...] significativo, né, para gente. Assim, como se a gente tivesse a oportunidade de ter o segmento, de ver direitinho [...] O acompanhamento dele... vendo ele bem, vendo controlar suas doenças, vendo que ele tá com saúde [...]” (TICO-TICO*-10º PERÍODO).

Os momentos de gratificação também aparecem quando o estudante percebe que o paciente identifica o ato médico realizado como “personalizado”, diferenciado do cuidado da maioria e demonstra gratidão pela assistência recebida.

Bom, eu me senti muito gratificada, assim, em algumas vezes que eu atendi bem o paciente, e assim, ele [...] eu nem [...] **eu estava atendendo normal, e ele reconheceu que eu dei uma atenção a mais, que eu tratei bem, e que eu examinei ele, que outros médicos não tinham examinado [...]** Assim, o reconhecimento que outros pacientes queriam voltar para mim apesar de eu ser estudante, achavam que eu era médica, e queriam voltar. E a gente resolveu o problema daquele paciente, e ele, assim, ‘vim’ agradecer [...] (GARÇA-AZUL*- 12º PERÍODO).

As narrativas ilustram a gratificação dos estudantes ao realizarem um Cuidado Humanizado. De acordo com Ayres, cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. “O cuidado busca ser um ‘espaço relacional’, que trata o assistido também como sujeito” (AYRES, 2002, p.5).

7 TERAPIA COMUNITÁRIA: UMA POSSIBILIDADE DE ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE NA ESF?

Nesse momento do percurso realizaremos algumas reflexões sobre o aprendizado dos estudantes quanto ao Cuidado Humanizado. Buscamos descobrir se, de algum modo, essa vivência interferiu nas suas atitudes e habilidades enquanto futuro médico, na abordagem dos pacientes que acompanha? Bem como identificamos os limites do aprendizado pela TCI, a fim de verificarmos o potencial da TCI enquanto ferramenta pedagógica para o desenvolvimento do Cuidado Humanizado na prática médica. Com esse intuito faremos uma aproximação dos relatos obtidos com as teorias dos autores adotados na construção desta trajetória..

7.1 POTENCIALIDADES PARA O APRENDIZADO DO CUIDADO HUMANIZADO A PARTIR DA TCI

De maneira geral, todos os participantes demonstraram receber impacto desta vivência, que se manifesta em diversos aspectos na percepção dos estudantes e repercute em seu cotidiano, enquanto futuros médicos e até do ponto de vista pessoal.

A grande intensidade com que alguns alunos vivenciaram o encontro fica evidente na força das emoções que transparece em seus relatos. Nessas ocasiões é possível percebermos a realização de um ciclo que possibilita a racionalização diante de “um problema” quando estamos nos encontros de TCI, onde podemos transitar das sensações às emoções e daí às mudanças: vivência que mobiliza emoções, reflexão que desperta a consciência e promove a mudança de atitudes (BARRETO, 2010).

Para a maioria dos participantes a TCI apresenta uma oportunidade de reflexão sobre sua atividade estudantil e oportuniza aprendizados em múltiplos saberes, dentre os quais destacam: valorização da resiliência, desenvolver habilidades de comunicação, aprender a construir vínculos, realizar uma abordagem integral do indivíduo, capacidade de estar mais sensível à escuta do outro e, principalmente, vivenciar na prática o Cuidado Humanizado de um paciente, uma vez que todos os aspectos citados compõem a compreensão sobre a prática de um cuidado que possa ser chamado de humanizado. Na vivência, o aluno testa seus conhecimentos, aprende a valorizar o saber da comunidade, compreende a teoria na prática, avança do olhar individual para o coletivo (FUENTES-ROJAS, 2011).

Um estudo realizado por FUENTES-ROJAS (2011), ao avaliar a TCI como instrumento de sensibilização na formação de psicólogos, revelou a percepção do estudante quanto à distância que existe entre as necessidades reais de alunos e comunidade e o forte impacto quando em contato com a TCI. A autora constata a capacidade de superação de adversidades dentre os participantes dos grupos (FUENTES-ROJAS, 2011), reafirmando assim o potencial de melhorar a compreensão da resiliência por parte dos estudantes nestes cenários de prática.

Tal perplexidade também foi encontrada nos relatos de nossos colaboradores, configurando-se em fonte de aprendizado prático sobre a realidade do outro, passível de promover mudanças de atitudes por parte dos estudantes.

Eu sou uma pessoa que tenho, assim, uma origem humilde, diferentemente da maioria dos estudantes de Medicina. Então, eu sempre morei em lugares muito pobres, assim, nas cidades em que eu passei, eu morei em muitos interiores por aí. Eu já me considerava bastante humanizado, como eu sou até hoje, mas mesmo assim a terapia muda você. Você vê tantos casos diferentes, tantas situações diversas, tantos problemas que você nem imaginava que existissem que acabam mexendo com você. **É impossível você [...] você sair de uma Terapia Comunitária da mesma forma que você entrou. É você entrar numa terapia dessas e sair uma pessoa melhor. Com certeza uma experiência que vou levar pro resto da minha vida [...] eh [...] é um momento em que você [...] eh [...] tem um contato muito forte, tanto no sentido da carga afetiva e da carga emocional, e quando marca você, você carrega pro resto da sua vida. Você aprende o quanto aquilo ali é importante e tem a tendência a manter isso em seus futuros trabalhos (JOÃO-DE-BARRO* 11º PERÍODO).**

Então, ali, eu [...] eu vivenciei três [...] três episódios de Terapia Comunitária, que eu pude ver, por mais que eu não tivesse conhecido ainda antes, mas suficiente pr'eu ver como o grupo realmente funciona, como esse grupo é um grupo ativo. Hoje se você me perguntar, até hoje eu lembro das pessoas da Terapia Comunitária. Lembro de Seu Didi, que foi uma pessoa que eu abracei na Terapia Comunitária como se fosse meu avô que já faleceu. E que eu nunca vou esquecer disso. **E se me perguntassem se realmente funciona a Terapia Comunitária, eu vou dizer que funciona, porque tinha gente que a gente conseguia ver pelo tom de voz que podia estar até num [...] num quadro de depressão, tudo, mas você sentia que no final da Terapia a pessoa já tava com um sorriso no rosto.** E isso era muito espontâneo (POMBA* 12º PERÍODO).

A capacidade de se comunicar melhor com o paciente foi relatada pelos nossos participantes como um ganho a partir da vivência com a TCI. É oportuno destacar que ao longo da nossa entrevista observamos que o mesmo aluno que demonstrou dúvida quanto à potencialidade e validade do método, como verificamos na fala de Tico-tico* quando relatava

a respeito da sua compreensão sobre a TCI, em um momento seguinte atestou a capacidade de apreensão de habilidades de comunicação, a partir da participação em encontros de TCI.

Porque a gente viu [...] a gente aprendeu sobre ela (TCI) [...] né [...] aplicou [...] eh [...] as técnicas [...] relacionadas a ela de comunicação, de interação, de contato com o paciente [...] Isso eu acho que se estende a diversas situações [...] proximidade com o paciente, aprender comunicação [...] (TICO-TICO* 10º PERÍODO).

De acordo com Caprara e Rodrigues (2004) os médicos que atuam na APS no Brasil, não estariam preparados para lidar com aspectos relacionados a medos e ansiedades dos pacientes, o que possivelmente se deve à sua formação essencialmente centrada no modelo biomédico, com dificuldades para realizar práticas de promoção da saúde e adesão terapêutica.

Nessa perspectiva, podemos inferir que a TCI pode favorecer a mudança de atitudes por meio da aquisição de novas habilidades. A construção de vínculos que a TCI promove entre os participantes, surge como aprendizado em diversos relatos dos alunos e permite o exercício da troca de saberes, também valorizado pelos participantes deste estudo.

Quando na terapia Comunitária você acaba conhecendo mais dos pacientes, e aí isso ajuda para o cuidado mais humanizado porque você [...] você vendo aquela pessoa, sabendo mais sobre a vida dela, você para de pensar nela só como mais um paciente, e fica uma coisa mais, assim, íntima [...] A gente tem muito a aprender com eles (GARÇA-AZUL* 12º PERÍODO).

[...] quando um compartilha, outro compartilha também. Você acaba pensando, refletindo sobre como outra pessoa, superando um problema que você esteja vivenciando parecido e cria um vínculo, é um vínculo entre a comunidade mesmo [...] e os profissionais. (GARÇA-BRANCA* 10º PERÍODO).

Na formação médica as discussões que privilegiam temas mais amplos, com foco na humanização do cuidado ainda aparecem de maneira tímida. O que se observa é que a formação médica tecnocrática ainda se faz presente em nosso meio, apesar de tantas mudanças das bases curriculares. Possivelmente o fato de a maioria dos docentes ter sido formada no modelo biomédico justifique as fortes influências para nossos estudantes (RIOS, 2009).

O potencial da TCI de possibilitar a visão do paciente, de modo que permita realizar uma abordagem mais integral foi observada por vários alunos e citada como o principal aprendizado nos encontros de TCI.

Acho que [...] eh [...] a experiência do que foi vivido pode ser levada [...] tanto para [...] para prática profissional futura, não exatamente do jeito como ela é [...] estruturada, porque às vezes não é possível você passar por toda uma capacitação, todo um treino, mas pode ser levada algumas das coisas para prática diária de outras maneiras [...] **principalmente o cuidado integral com o indivíduo** (ARARA* 10º PERÍODO).

É sempre muito importante a gente saber a história de vida do paciente, onde ele está inserido, a família, se é estruturada, se não é. Se tem alguém em casa que dá trabalho. E assim, a Terapia Comunitária, ela traz muito isso, e isso é um ganho para a gente como profissional. Eu acho que esse foi o maior aprendizado que eu tive (PAPAGAIO* 12º PERÍODO).

A capacidade de estar mais atento e acolhedor à demanda dos pacientes, valorizando os problemas relatados por eles, sem realizar juízo de valor, estando naturalmente mais sensível à observação de problemas que podem não estar explícitos durante o atendimento clínico, surge nas falas de alguns alunos, que relacionam esse aprendizado com uma prática médica mais humanizada.

Quando pensamos na humanização sob uma perspectiva filosófica, que de acordo com Ayres (2005) consiste em “um ideal de construção de livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades”, podemos compreender as razões de a TCI poder despertar em nossos colaboradores a percepção de se aproximarem de uma forma de cuidado mais humanizado, quando têm a possibilidade de participar desta atividade.

A gente, [...] eh [...] **assistindo a Terapia Comunitária e participando dela, se sensibiliza com as situações relatadas ali e fica mais apta a receber, atender, a receber essa demanda.** A acolher melhor, saber que não é [...] não [...] não menosprezar o problema dos outros. **Sempre dar importância àquilo que realmente pode estar incomodando** (BEM-TE-VI* 10º PERÍODO).

A Terapia Comunitária, assim, ela ajudou na questão de se aperceber, às vezes a gente senta lá naquela cadeira, pra tentar resolver os problemas daquelas pessoas, mas às vezes a gente não entende que não é só AQUILO, não é só “aquele problema”. **Então, a estratégia é perceber, a gente ver [...] o indivíduo de uma forma, assim, mais [...] humana no que diz assim, a gente vê qual o problema que ele tem além da própria doença.** (SABIÁ* 12º PERÍODO).

No relato abaixo, é possível perceber o grande impacto que a vivência causa para alguns estudantes, com repercussões que se estendem a todas as esferas de suas vidas.

Na minha vida familiar, fiquei preparada para escutar os desabafos da minha família, isso eu nunca tinha feito, porque eu achava que eu não aguentaria. Enquanto médica **foi lá que eu percebi que, quando você trata o paciente de um jeito que você gostaria de ser tratado [...] quando você está disposto a ouvir o paciente, tudo flui melhor**. O paciente sai da sua consulta muito mais feliz. Eu percebi que por mais que a dor do paciente não fosse passar logo, mas o fato de ele ter podido [...] ter a chance de me falar tudo sobre a dor dele, isso melhorava muito a qualidade de vida dele. A Terapia Comunitária faz com que a gente tenha uma visão mais humana das pessoas. A gente deixa de ver só [...] aquela pessoa como paciente, como ah [...] aquele dali é o que vem todo dia, é o que vem se consultar pela pressão alta. A gente deixa de pensar assim, a gente vê a pessoa como um todo: a gente vê que a pessoa tem problemas, além de problemas de saúde. **Eu consegui ver as pessoas de uma maneira que, eu acho, que no curso de Medicina não tinha tido a oportunidade ainda de ver. Então, isso foi uma coisa que eu levei para o resto do meu curso**. Depois da Terapia Comunitária continuei fazendo isso no Giselda Trigueiro (hospital de doenças infectocontagiosas do Estado), em todos os outros rodízios que a gente passou, na [...] na obstetrícia, na pediatria. **E vi que isso funciona, porque você se sente mais útil, e a pessoa percebe que você está com aquele interesse nela** (POMBA* 12º PERÍODO).

O relato que obtivemos, a partir da vivência da estudante Pomba*, reforça o que Barreto (2008) nos ensina quando afirma que nem sempre é possível curar as pessoas, entretanto não podemos renunciar ao cuidado delas e a oferecer o apoio necessário nos momentos de crises.

7.2 LIMITAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DA TCI COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Sabemos que a Medicina centrada no paciente pode trazer benefícios na assistência médica individual e coletiva, contribuindo com discussões relacionadas aos aspectos culturais e expectativas dos pacientes, que participam deste processo de cuidar e ser cuidado ativamente, corresponsabilizando-se pela recuperação de sua saúde (RIBEIRO et al., 2005; CUNHA, 2005; ENGEL, 1980).

De acordo com Marins (2004, p. 100), é necessário modificar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, e isso está diretamente relacionado a fomentar competências, habilidades, valores éticos, sociais e culturais na educação destes profissionais.

Consideramos, a partir do percurso realizado até aqui, que a participação nos encontros de TCI constitui importante ferramenta, capaz de proporcionar a integração dos estudantes ao universo da comunidade e favorecer percepções mais aprofundadas no que se refere à produção do cuidado. Entretanto, é preciso reconhecer, com base na fala de nossos colaboradores, que o aprendizado do cuidado, a partir da participação nos encontros de TCI possui limitações para o processo ensino-aprendizagem, alguns de ordem estrutural e outras quanto ao alcance das competências, em especial as habilidades e atitudes, que exigem mais tempo para que possamos atestar o seu alcance, enquanto que a competência cognitiva é possível avaliar com mais facilidade em curto prazo.

Foram destacadas condições, tais como: necessidade de espaço físico adequado para realização dos encontros de TCI, formação de profissionais em TCI dentro das equipes de saúde, e o baixo número de vivências de TCI que tiveram a oportunidade de participar.

7.2.1 Dificuldades Estruturais

Os encontros de TCI realizados com a comunidade da USF onde nosso estudo se desenvolveu, UBS Estrela do Mar*, nem sempre ocorreram em um mesmo local. Ao longo de dois anos, no período entre 2012 e 2013, houve dificuldades para encontrar espaços onde os encontros pudessem ocorrer, o que ocasionou mudanças no local por três vezes neste período. Inicialmente não havia um espaço na USF para realização dos encontros, visto que a área destinada para reuniões na USF estava “sempre ocupada” com outras atividades, tendo o grupo de TCI, iniciado os encontros na Capela Católica do bairro, que se localiza na mesma rua da USF. Após seis meses a Capela entrou em reforma e ficamos “sem teto”, foi quando surgiu a possibilidade de um novo espaço, dessa vez a sede do grupo dos Alcoólicos Anônimos do bairro, que nos acolheu por um período de quatro meses. Nesta ocasião o grupo já contava com grande participação da comunidade e foi possível realizar nossos encontros regularmente na própria USF, quinzenalmente.

No segundo semestre de 2014 a UBS Estrela do Mar* teve suas instalações físicas desativadas, em decorrência de desastre ambiental com deslizamento de terra nas suas imediações, sendo todos os profissionais transferidos para atuação em outra UBS que funciona no mesmo bairro. Entretanto, “a nova UBS” não é acessível à comunidade da mesma maneira que a UBS Estrela do Mar*. Diante desta realidade, alguns dos alunos acompanharam momentos de transição e instabilidade quanto à incerteza de locais onde pudessemos realizar os encontros, o que foi percebido por alguns, que possivelmente

apontaram as dificuldades estruturais como aspecto negativo e limitante no processo de aprendizagem a partir da TCI.

[...] é necessário um trabalho em equipe pra que todo mundo ali da Unidade, todos os envolvidos na Terapia Comunitária estejam [...] dispostos a acolher esses pacientes, ter um local adequado para fazer esse [...] essa Terapia, que é uma coisa que a gente até sofreu um pouco na época [...] que a gente tinha perdido o local [...] (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

Outras [...] dificuldades seriam: se o local não fosse apropriado, se fosse barulhento, se fosse [...] sem muita privacidade com várias pessoas que não estão participando passando, olhando, ouvindo. (ROLINHA*- 11º PERÍODO).

7.2.2 Carência de profissionais da ESF com capacitação em TCI

Outro ponto a ser considerado é a carência de profissionais com capacitação na metodologia da TCI dentro das equipes de ESF na USF, onde o estudo foi realizado. A literatura aponta um avanço na capacitação de profissionais nesta ferramenta, no contexto da APS, que aparece através da ampliação de cursos de formação que abrangem todas as regiões brasileiras (RARUNA et al., 2012). É importante lembrar que as ações da Terapia Comunitária Integrativa estão em consonância com as ações propostas no Pacto pela Saúde (MS- 2006), cujo como objetivo é prover mecanismos de promoção à saúde na APS (FERREIRA FILHA, 2009).

Na cidade onde se desenvolveu o estudo, apesar de haver alguns profissionais com formação em TCI, ainda há grande lacuna de trabalhos desta natureza nas USF. Esta realidade traz consequências diretas na manutenção de trabalhos em grupo, pois muitas vezes favorece a condição de tornar a atividade desenvolvida como de responsabilidade de indivíduos isoladamente, e não como uma ação da comunidade, com envolvimento de todos. Esta peculiaridade do cenário onde se desenvolveu nosso estudo, também aparece como fator limitante ao aprendizado do cuidado pela vivência em rodas de TCI.

[...] o conhecimento da própria equipe pra ajudar, pra não ficar dependendo só de uma pessoa, porque às vezes acontece dessa pessoa não poder ir, e não é mais interessante estar perdendo o [...] o espaço, o momento por causa disso. Seria ideal várias pessoas serem treinadas pra isso, ser realmente uma ferramenta da [...] da [...] como é que eu posso dizer, contínua e da equipe, não só de um profissional ou de uma pessoa (SABIÁ*- 12º PERÍODO).

7.2.3 O baixo número de vivências de TCI

Corroboramos com (RARUNA *et al.*, 2012) quando afirma acreditar que a formação dos estudantes, permitindo que conheçam e participem de vivências como a TCI, favorece a transformação pessoal e profissional, uma vez que os torna mais sensível aos problemas que afetam a sociedade (RARUNA *et al.*, 2012). Para uma boa formação de profissionais da área de saúde, é fundamental que tenham acesso a metodologias que oportunizem o aprendizado do cuidado de uma forma mais integral, nos moldes proposto pelo SUS (APM, 2006). A grade curricular do curso de Medicina coloca o aluno em contato com este tema apenas nos primeiros semestres e durante um curto período do internato em Saúde da Família e Saúde Coletiva.

Na realidade apresentada por este estudo, a oportunidade que os alunos têm de participar de encontros de TCI, restringe-se ao momento em que realizam o Internato de Medicina de Família, que ocorre durante sete semanas e apenas em uma das USF que recebem os estudantes. Habitualmente os alunos participam em média de três encontros, podendo esse número variar de duas a quatro vivências. Desde o segundo semestre de 2013 até o presente momento, a USF onde realizaram os encontros de TCI vem enfrentando problemas graves com relação a condições adequadas de segurança para todos que circulam naquele território. Foi invadida quatro vezes por indivíduos armados, apenas no período de janeiro a maio de 2014. Em três dessas oportunidades as invasões ocorreram à luz do dia, em pleno funcionamento da USF, causando situações de pânico a todos ali presentes, usuários, profissionais e estudantes. Tais circunstâncias fizeram com que alguns encontros fossem cancelados, podendo haver distância de até três semanas entre um encontro e outro.

Alguns relatos apontam essa condição de impossibilidade de participar de um maior número de encontros, como limitante de um maior aprendizado a partir desta estratégia.

É pequena quantidade de momentos que a gente tem na Terapia Comunitária. A gente passou sete semanas de internato, a gente teve dois, no máximo três contatos com a Terapia Comunitária, não é algo que tenha semanalmente [...] E, assim, é algo muito importante. **Três dias ao longo de um curso de seis anos é muito pouco, então, o aprendizado é muito grande. E esses poucos contatos a gente cresce muito como pessoa. Então, acho que se existisse uma quantidade maior, né?** (JOÃO-DE-BARRO* - 11º PERÍODO).

Talvez a dificuldade, assim, né, a quantidade dos encontros, né? Foram poucos. Acho assim, **eu só tive dois encontros. Talvez isso**

tenha sido um obstáculo, um fator limitante. (GARÇA-BRANCA*-10º PERÍODO).

O processo de ensino-aprendizagem no curso de Medicina é complexo e requer uma abordagem biopsicossocial. As ferramentas de avaliação das habilidades atitudinais e de comunicação precisam ser aplicadas de maneira repetida e com a utilização de vários recursos e diferentes métodos, em ambientes e contextos diversos, a fim de capturar diferentes aspectos do desempenho. Partem do equilíbrio de situações complexas da vida real que exigem raciocínio e julgamento bem estruturados, com avaliações simplificadas focadas em conhecimentos clínicos cotidianos, habilidades de comunicação e atitudes (NUNES, 2013; EPSTEIN, 2007).

Estudos demonstram que a habilidade de refletir e aprender com as experiências vividas constitui-se em importante ferramenta facilitadora da aprendizagem ao longo da vida. (OTERO et al., 2009). As estratégias de ensino que promovem o desenvolvimento da habilidade de reflexão contribuem significativamente para melhorar os resultados do estudante no processo ensino aprendizagem (FLEMING, MARTIN, 2007). A participação de atividades que coloquem o aluno em contato com problemas reais, em cenários diversos, amplia a habilidade de resolver problemas, pois motiva o interesse, a persistência, a aquisição do conhecimento, a confiança e a redução da ansiedade dos estudantes (OTERO et al., 2009).

Diante disso, apesar de cientes do curto espaço de tempo para verificarmos o alcance da compreensão dos alunos participantes deste estudo, foi possível observar que a experiência com a TCI possibilita a aquisição de competências cognitivas sobre o Cuidado Humanizado e deu início ao desenvolvimento de habilidades necessárias para sua realização.

Participar de práticas de promoção à saúde como a Terapia Comunitária Integrativa pode significar para os alunos, no contexto de ensino-aprendizagem, muito mais que um trabalho vivo centrado na tecnologia leve do cuidado, possivelmente a própria vida nos seus mais diversos enredos e cenários estará ali representada, o que torna esta vivência fundamental em sua formação, embora nem sempre possível de ser realizada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a vivência de estudantes de Medicina com a TCI, durante o internato de Medicina de Família e Comunidade não é tarefa simples. O tempo de estágio dedicado à APS é bastante reduzido e o universo de profissionais preparados para desenvolver trabalhos com a Terapia Comunitária Integrativa nas unidades de saúde, apesar de vir aumentando nos últimos anos em todo o Brasil, ainda é bastante limitado em nosso contexto.

A TCI, uma vez que estabelece condições para racionalização de um problema, por permitir o trânsito das sensações às emoções, passando pela reflexão crítica e possibilitando mudanças de atitude, mostrou ser uma ferramenta capaz de possibilitar uma visão mais ampliada do estudante diante de sua prática profissional.

Observamos que até o ingresso no internato de MFC o instrumento da TCI era absolutamente desconhecido para todos os nossos alunos, entretanto a maioria do grupo conseguiu compreender os objetivos de realização desta estratégia na APS, após vivenciar o método.

Foi possível evidenciar que a maior parte dos estudantes, diante deste novo desafio de trabalho com grupo na comunidade, trazia impressões prévias revestidas de caráter negativo, associando-o a instrumento de pouca valia e efetividade, pois não reconheciam evidência científica na estratégia. Após a vivência com a TCI verificamos que esses preconceitos foram desfeitos para a totalidade do grupo.

No que se refere à produção do Cuidado Humanizado, este aprendizado ainda aparece de forma bastante frágil ao longo da graduação médica. A maior parte de nossos alunos teve dificuldades em realizar conceituações teóricas, no entanto quando discorriam sobre condições essenciais para a realização de um cuidado com humanização a partir de sua vivência prática na ESF, traziam diversas características inerentes a esta forma de cuidado. Isto revela o hiato que se forma entre conceitos teóricos e aplicação prática, onde pudemos detectar que a não compreensão do significado teórico nem sempre estará atrelada a uma prática desumana de cuidado, e a recíproca é verdadeira, ou seja, a excelência do conhecimento teórico, não confere necessariamente, a realização de boas práticas. Mas sem dúvida, a existência de bons modelos do que fazer e o contato direto com as dores e potencialidades do outro são imprescindíveis para o reencontro com a própria humanidade e como aprendizado de um cuidar integral.

Diversas condições aparecem nas narrativas de nossos colaboradores, relacionadas como importantes para a prática do Cuidado Humanizado, a exemplo de: vínculo,

longitudinalidade do cuidado, boa habilidade de comunicação, valorização da participação social, autonomia do sujeito, empoderamento da comunidade, acolhimento, ambiência adequada e cuidado com questões éticas.

Durante a atuação do estudante na ESF, a vivência com a TCI permite a constatação, na prática, da complexidade que exige o cuidado integral com o paciente. Em todos os relatos surgem considerações que demonstram as dificuldades dos alunos quando se deparam com oferta de cuidado a um paciente em situação de risco e vulnerabilidade social. Relacionam a vivência da TCI com a oportunidade de refletirem sobre sua prática estudantil e possibilidade de aprendizados com múltiplos saberes, destacando a resiliência, desenvolvimento de habilidades de comunicação, sensibilização à escuta do outro e construção de vínculos, o que se reflete no aspecto prático com mudanças de atitude, estando mais preparados para a realização do Cuidado Humanizado a um paciente.

Algumas limitações para utilização da TCI foram citadas pelos estudantes e podem se constituir em eventuais entraves para utilização do instrumento como ferramenta pedagógica. Foram relatadas condições como a necessidade de espaço físico adequado para a realização dos encontros, necessidade de capacitação de profissionais em TCI dentro das equipes de saúde, e o baixo número de encontros de que tiveram a oportunidade de participar.

Observamos a partir das narrativas, que a experiência com a TCI permite a aquisição de algumas competências para o exercício do Cuidado Humanizado. Acreditamos ser primordial o investimento em modalidades de ensino que estimulem o futuro médico a refletir sobre as situações de sofrimento que escapam de sua “potencialidade curativa”, e que, apesar disto, podem ser enfrentadas a partir de tecnologias leves do cuidado, possibilitando evidente melhora no bem estar do outro, como se observa nos encontros de TCI.

É possível afirmarmos que este estudo sinaliza que a TCI possui grande potencial para se configurar em uma estratégia pedagógica capaz de facilitar a aquisição de Cuidado Humanizado, promovendo o alcance dos conhecimentos e o início do desenvolvimento de habilidades e atitudes que podem ser consolidadas com a continuidade de outras estratégias que busquem também desenvolver tal competência - a aquisição da capacidade de realizar Cuidado Humanizado. Entendemos que uma carga horária maior para a vivência da TCI, como sugerido pelos alunos, poderá contribuir cada vez mais para o desenvolvimento das atitudes e habilidades necessárias para a prática do Cuidado Humanizado.

Consideramos que a participação de práticas integrativas de promoção à saúde como a Terapia Comunitária, significa poder oferecer aos estudantes muito além de uma ferramenta pedagógica de ensino-aprendizagem, representa a possibilidade de ampliar os horizontes

destes futuros médicos em um olhar mais consciente das dificuldades e potencialidades de um profissional na ESF, ciente de que, para obtermos sucesso em nossas intervenções, estas precisam valorizar as competências de cada um e do coletivo. Dessa forma, estaremos contribuindo para a formação de profissionais mais sensibilizados e preparados para trabalhar, na perspectiva de realizar uma abordagem integral e humanizada do paciente e de sua comunidade, o que se refletirá em uma APS/ESF, mais resolutiva e gratificante para todos.

REFERÊNCIAS

ABRATECOM- Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/06.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

ALBUQUERQUE, Verônica S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008

ALMEIDA, José Luiz Telles. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 27-30, 2000.

ALMEIDA, Amanda. Ferreira de et al. Estudantes da área de saúde vivenciando o SUS: enfermagem, farmácia e psicologia. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, v. 11, n. 4, p. 10-6, 2009.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/03.pdf>>. Acesso em 14 abr. 2014.

ALMEIDA, Jáder Pereira; DIAS, Juarez Pereira. Conhecimento dos estudantes de Medicina de uma faculdade do nordeste brasileiro sobre o sistema único de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n.2, p.482-501, abr./jun. 2012

ALVES, Antonia Núbia de Oliveira et al . A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN - Natal - RN - Brasil. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a06.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2013.

ANDERSON, Maria Inez Padula, DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. Medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades, **Rev. bras. med. fam. e com.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, out./dez, 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de et al. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: Ministério da Saúde, 2009.

ANDRADE, Fábila Barbosa de. et al., Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1,p. 129-136, mar. 2010.

ARRUDA, Amália Gonçalves. **Saúde mental na comunidade: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado.** 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2010. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/amalia_gon%C3%A7alves.pdf>. Acesso: 19 out. 2014.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Atheneu; 2006. v. 1.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, sup. 2, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf> >. Acesso em: 12 ago. 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n.14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004a.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade** v.13, p. 16-29, set-dez, 2004b.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-60, 2005.

AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria, P. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.361-378, nov. 2011-fev. 2012.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** Tradução de Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo.** 3. ed. Versão revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARROS, José A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BELLO, Jose L. P. **Paulo Freire e uma nova filosofia para a educação.** Vitória: [S. l.], 1993. Acesso em: <http://www.paulofreire.ce.ufpb.br/paulofreire/Controleop=detalhe&tipo=Artigo_revista&id=20>. Acesso em: 4 mar. 2013.

BOFF, L. **A gestação do povo brasileiro, a universidade e o saber popular.** Disponível em: <<http://leonardoboff.wordpress.com/2014/03/01/a-gestacao-do-povo-brasileiro-a-universidade-e-o-saber-popular/>>. Acesso em: 01 mar. 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra.** 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2001

BRAGA, Lucineide Alves Vieira. et al. Terapia Comunitária e resiliência: história de mulheres. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v. 3, núm. esp. 5, p.251-268, 2011.

BRAGA, M. **Fala Medicina 2014**: reforma curricular. 2014. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/novocurriculo/2014/falamaurobraga_17_02_2014.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**: saúde da família. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Conselho Nacional de Saúde/MS Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 out. 1996.

BRASIL. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Projetos, programas e relatórios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série C)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS**: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRENNAND, Edna G. G. Tecendo fios da sociedade: reforçando os nós da interação Freire e Habermas. In: **III Colóquio Internacional Paulo Freire**. Recife, 16 a 19 de setembro de 2001. Disponível em: <http://www.paulofreire.ce.ufpb.br/paulofreire/Controle?op=detalhe&tipo=Artigo_revista&id=11>. Acesso em: 02 abr.2013.

BRENNAND, Edna G.G. A pedagogia do diálogo em tempos de globalização. **Jornal Informativo do Centro Paulo Freire estudos e pesquisas**. Recife, PE: [S.l.], 2001. <http://www.paulofreire.ce.ufpb.br/paulofreire/Controle?op=detalhe&tipo=Artigo_revista&id=8>. Acesso em: 2 abr. 2013.

BRIANI, Maria Cristina. O ensino médico no Brasil está mudando? **Rev. bras. educ. med.**, v. 25, n. 5, p. 73-77, 2001.

BROWN, R. F., BYLUND, C. L. Communicatrion skills training: describing a new conceptual model. **Acad. med.**, v. 83, p. 37-44, 2008.

BORGES, Celiane Camargo; JAPUR, Marisa. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família Interface. **Comunic., saúde, educ.**, v. 9, n.18, p. 507-19, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a04v9n18.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JUNIOR, R. K.. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

CAMAROTTI, M. H.; GOMES, D. O. Terapia Comunitária: circularidade nas relações sociais. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. Rio Grande do Sul: ArtMed, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. **Cadernos ABEM**, v. 3, out. 2007.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Cien. saúde col.**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARÍCIO, M. R. **Terapia comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/publicacoes/01-Discertacoes/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Kátia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. esc. Enferm.**, USP, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2013.

CASTRO, F. C. Os temores na formação e prática da Medicina: aspectos psicológicos. **Rev. bras. educ. méd.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 38-45, 2004.

CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. [20--]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2013.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

COSTA, José Roberto Bittencourt et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. **Revista brasileira de educação médica**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

COSTA, Luciana R. **Terapia comunitária e atenção básica: possibilidades de atenção à saúde mental no município de Pimenta - MG**. 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. 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2321.pdf>>. Acesso em: 5 fev 2013.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 supl.1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DIRETRIZES curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução cne/ces nº 4, de 7 de novembro de 2001. 2001

DIRETRIZES para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem), Rio de Janeiro, jul. 2009.

DIAS, Edna. **Monografia**. Maio 2006. Disponível em: <issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/monografiaednadias>. Acesso em: 5 dez. 2013.

DIAS, M. D. ; FERREIRA FILHA, M. O.; ANDRADE, F.B. Terapia Comunitária: principais problemas e estratégias de enfrentamento de seus participantes. In: IV Congresso Brasileiro e I Encontro Internacional de Terapia Comunitária, 2008, Porto Alegre - RS. Terapia Comunitária: tecendo redes para transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo - SP : Casa do Psicólogo, v. 1, 2007.

ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. **Am J. Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535-544, 1980.

EPSTEIN, R. Assessment in Medical Education. **N engl. J med.**, v. 356, p. 387-396. 2007. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra054784>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, p. 226-35, 2002.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 5, p. 4784-94, jun. 2013. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf>. Acesso em: 5 fev 2013.

FERREIRA FILHA, M. O; CARVALHO, M. A. P. A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, Jun. 2010.

FERREIRA, José R. A formação do médico generalista: contextualização histórica. **Cadernos ABEM**, v. 2, jun. 2006.

FLEMING, J.; MARTIN, A. Facilitating reflective learning journeys in sport co-operative education. In: **Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education**, v. 6, n. 2, p. 115-121. 2007.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York (US): The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FRANCO, Renato Soleiman et al. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 2, jun. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago.2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

FURTADO, Eliane de Sousa; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira, CLARK, Cynthia. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de Medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em psicologia**, v. 7, n. 2, p. 43-51, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GADAMER, H. G. **O Ministério da Saúde: o cuidado da saúde e arte na Medicina**. Lisboa: Ed.70, 1993.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método II: complementos e índice**. Petrópolis: Vozes; 2002.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método I**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014.

GÉRVAS, J, FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 2, 205-218, 2005.

GIFFONI, F. A. O; SANTOS, M. A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária. **Rev. Latino-Am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, num. esp. Jun., 2011.

GIOVANI, Miriam Suzi Paro; VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, v. 7, n. 4, 2013.

GOMES, Doralice, O. **A Terapia Comunitária como política pública**. 2010. Acesso em 9 abr. 2013. Publicado em www.consciencia.net, 26/02/2010. <http://mitco-nf.blogspot.com.br/2010/01/terapia-comunitaria-como-politica.html>

GUIMARÃES, F.J; FERREIRA FILHA, M.O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 3, p. 404-14, 2006.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V. **Terapia Comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde** - Reunião Anual da ANPED, 2009. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/app/webroot/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Int.pdf>>. Acesso em 8 fev 2013.

HAIDET, P. et al. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. **Med Educ.**, v. 36, n. 6, p. 568-574, 2002.

HOEBEL, E.A.; FROST, E.L. **Antropologia cultural e social**. São Paulo: Cultrix, 1995.

HORTA, Ana L.M; CALDEIRA, Nicole H. Terapia comunitária: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 165-71, 2011.

HOWE, A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. **Med Educ**, v. 35, n. 7, p. 666-672, 2001.

JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n. 1, p. 88-90, 2011.

JUNGES, José Roque et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4327-4335, 2011.

KLEINMAN, A; EISENBERG, J; GOOD, B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann Inter Med**, v. 88, n.2, p. 251-258, 1978.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio e Janeiro: Hucitec, 2004.

LAZARTE, R. **Terapia Comunitária Reflexões**. Teses e dissertações 2010. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/publicacoes/teses/index.asp>>. Acesso em 20 abr. 2013

LIMA, V. V. Avaliação de Competência nos Cursos Médicos. In: MARINS, J, J. N. et al. (Org.). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abem; 2004. p.123-40.

MARCO, Mário A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan.-abr. 2006.

MARINS, João J.N. Formação e atenção básica de saúde – pacto de gestão para territórios de aprendizagem. **Cadernos ABEM**, vol.3, outubro/2007.

MARINS, J. J. N. Os Cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N; REGO S; LAMPERT, JB; ARAÚJO JGC, (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: ABEM/HUCITEC, 2004. p. 97-108.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2014.

MENDES, Jerônimo. **Pensamento sistêmico na prática**. 2011. Disponível em: <www.institutojetto.com>. Acesso em: 9 abr. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2009.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano 27, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica e dialética como caminho do pensamento social. In: DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, sup. 1993.

MISSAGGIA, Juliana. A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências Griot. **Revista de Filosofia, Amargosa**, Bahia, v. 6, n. 2, dez. 2012. Disponível em: <www.ufrb.edu.br/griot>. Acesso em: 16 out. 2014

MONTEIRO, S.S. **AIDS no Contexto escolar: análise de um programa de prevenção**. 1995. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

MORAES, M. N. et al. **Terapia Comunitária: fortalecendo vínculos solidários entre estudantes universitários**. XI Encontro de Extensão. UFPB-PRAC, 2008. Disponível em: <www.prac.ufpb.br/anais/.../enex/.../6.../6CCSDESPPPEX02.doc>. Acesso em: fev. 2013.

MORAIS, Fernanda F. S. L. **Rodas de terapia comunitária: espaços de mudanças para profissionais da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Acesso em 10 Abr. 2013. http://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/dissertacaoanalucia?mode=a_p

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462006000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2014.

NAGHETTINI, Alessandra et al. **Diretrizes em métodos de ensino e avaliação do processo de ensino-aprendizagem do curso de Medicina da UFG**. Goiânia-GO: Universidade federal de Goiás, 2010. Disponível em: <http://www.medicina.ufg.br/up/148/o/MANUAL_DIRETRIZES_CURRICULARES_FM_UFG.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas et al. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2014.

NEDER, C. R.; PINHEIRO, S. A Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da saúde**, São Paulo, v.34, n. 4, p. 520-525.2010.

OTERO, Walter I.; PETCH, James; CATAPAN. Araci H. **Desenvolvendo habilidades cognitivas de alto nível em educação à distância**. Florianópolis: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2009/CD/trabalhos/652009120607.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 14.

PADILHA, C. S., OLIVEIRA, W. F. O Terapeuta Comunitário: representação social dos profissionais da rede SUS. **Revista ciência & saúde coletiva**, v. 864 2012.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia Comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface - comunic., saúde, educ.**, v.16, n.43, p.1069-83, out/dez 2012.

PAIVA, V. **Analyzing sexual experiences through scenes: a framework for sexuality education and evaluation**. London: Sex education March, 2005.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha**. São Paulo: Summus; 2000.

PASCHE, Dário F; PASSOS, Eduardo. **Cadernos temáticos PNH: formação em humanização**. Formação e intervenção, vol.1. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2010.

PEREIRA, R. T. M. C. **O ensino da Medicina através das Humanidades Médicas: análise do filme: "And the band played on" e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em Educação Médica**. Tese (Doutorado) -Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEZZI, L, NETO, S. P. O laboratório de habilidades na formação médica. **Cadernos ABEM**, v. 4, 2008.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. saúde pública**, v. 9, p. 316-25, 1993.

RARUNA, Mayra Helen Menezes et al. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 33-41, mar. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15679>>. Acesso em: 07 mai. 2014. DOI:10.5216/ree.v14i1.15679.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2014.

RIBEIRO, E. C. O. **Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas**. 2003. Tese (Doutorado) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; AMARA, Carlos Faria Santos. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, jan./abr. 2005.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, v. 33, n. 2, p. 253-51, 2009.

ROCHA, I. A. 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, p. 687-94, set/out 2009.

SÁ, Aralinda Nogueira Pinto de et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 786-93, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15695>>. Acesso em: 19 out. 2014.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton B. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, v. 75, p. 1-2, 2012.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 121-137, jan.-jun. 2010.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SILVA, G. S. N. A Construção do adolescer masculino e o uso do preservativo. 2001. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, G. S. N. A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: ANGERAMI-CAMON (Org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

SILVA, G. S. N. **O sofrimento mental de pessoas vivendo com HIV/AIDS: um desafio para os serviços de atenção psicossocial**, Natal, RN: UFRN, 2012. (Projeto de Pesquisa).

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SILVA, S. S. L. L. **Promoção da saúde e terapia comunitária um diálogo que promove a participação**. 2009. Disponível em: <social.bdm.bce.unb.br/bitstream/.../1/2009_SandraSaraivaLeaoLeitedaSilva.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2013.

SILVA, V. C. L. et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde doença. **Cogitare Enferm.**, 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/23030/17059>>. Acesso em: 19 out. 2014.

SOARES, C. S. D. A. **Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuários**. 2008. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12012009-160828/>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SORDI, Anne Orgler; MANFRO, Gisele Gus; HAUCK, Simone. O conceito de resiliência: diferentes olhares; Resilience concept: different perspectives. **Revista brasileira de psicoterapia**, v. 13, n. 2, p. 115-132, 2011.

SOUSA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a Medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 112-7, 2001. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial07.htm>>. Acesso em: 14 out. 14.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, R. T. M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **J. Fam. Pract.**, v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000.

STOCK, Fabíola Schaffler; SISSON, Maristela Chitto; GROSSEMAN, Suely. TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, SP, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

STOCK, Fabíola Schaffler; SISSON, Maristela Chitto; GROSSEMAN, Suely. Percepção de estudantes de Medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Revista brasileira de educação médica**, Florianópolis, SC, v. 36, n. 1, p. 5-13, 2012.

TEIXEIRA, D. A. et al. Terapia comunitária: um elo entre comunidade e faculdade de Medicina na disciplina de saúde mental coletiva da Universidade Federal de Goiás (UFG). **Revista brasileira de educação médica**, Suplemento 2, p. 19, 2008.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.25, p. 1732-1742, ago. 2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan/fev 2004.

TURINI, Barbara et al. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista brasileira de educação médica**, Londrina, Paraná, v. 32, n. 2, p. 264 – 270, 2008.

TERAPIA comunitária. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php>. Acesso em: 01 abr. 2014.

VASCONCELOS, E. M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas em saúde. In: FLEURY, S, LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

VICENTE, Verónica C. et al. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. **Gaceta sanitaria**, Barcelona- Espanha. v. 26, Monográfico 1, mar. 2012.

Disponível em:

<<http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/03/LaAtencionPrimaria.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2013.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1967.

YÁNIZ, C . Las competencias en el currículo universitario: implicaciones para diseñar el aprendizaje y para la formación del profesorado. **Red. U. Revista de Docência Universitária** n. 1, p. 1-13, 2008.

YUNES, Maria A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro de entrevista:

Momento 1: Rapport

Consolidação das questões legais e compromissos éticos da pesquisa, como assinaturas de documentos.

Momento 2: A entrevista propriamente dita

ROTEIRO DE ENTREVISTA: QUESTÕES PRELIMINARES

O roteiro está exposto fazendo referências aos temas centrais da investigação. Os tópicos estão dispostos sob forma de perguntas, mas estas serão realizadas em conversação, evitando o caráter meramente interrogativo.

Sobre a TCI

- Fale sobre sua experiência com a Terapia Comunitária
- Como você compreende a TCI?
- Antes de ter experiência com a Terapia Comunitária, o que você conhecia sobre ela?
- O que você já tinha escutado falar? Quais impressões você tinha?
- Mudou alguma coisa depois de ter vivenciado um encontro de TCI?

Sobre Cuidado Humanizado em saúde.

- Quais as teorias, as tecnologias que aprendem sobre Cuidado Humanizado no curso?
- Onde aprende? Com quem?
- A ESF possibilita algum aprendizado nesse sentido?

Vivências dos estudantes com a TCI

- Você poderia me falar que situações são mais difíceis, durante a abordagem de um paciente na ESF, em seu cotidiano de estudante?
- E momentos de gratificação?
- A vivência com a TCI, interferiu de algum modo nas suas atitudes e habilidades enquanto futuro médico, na abordagem dos pacientes que acompanha? Como?
- A TCI possibilitou que tipo de aprendizagem para você?
- Quais as dificuldades ou limites do aprendizado pela TCI?

APÊNDICE B – VARIOS MOMENTOS DOS PARTICIPANTES DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Participantes da Terapia Comunitária Integrativa da UBS Estrela do Mar*, em momento de descontração e lazer - 2012



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Encontro de TCI – UBS Estrela do Mar*- Capela do bairro- 2011



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Encontro de TCI – Grupo da UBS Estrela do Mar*, reunidos na sede do grupo de Alcoólicos Anônimos- 2012.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Celebração do aniversário do grupo de TCI da UBS Estrela do Mar*- Parque das Dunas- Agosto-2012



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Encontro de TCI na UBS Estrela do Mar* com participação de usuários, funcionários e alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia- 2013.



Fonte: Arquivo pessoal da autora – 2014.

Celebração do aniversário do grupo de TCI da UBS Estrela do Mar*, aniversariantes do mês, usuários e estudantes, soprando as velinhas – 2013.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Passeio com o grupo de TCI da UBS Estrela do Mar*, no estuário do Rio Potengi- 2013.



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2014.

Encontro de TCI- Centro Social do bairro – setembro- 2014.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

Equipe da ESF da UBS Estrela do Mar* -2013



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2014)

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**A TERAPIA COMUNITÁRIA E A VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA
ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO CUIDADO HUMANIZADO NA ESF?**

Autores

Neuma Marinho de Queiroz S.C. Cunha - Médica e Pesquisadora Responsável

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva - Professora Doutora Orientadora da Pesquisa

Instituição Proponente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN

CEP 59.012-300

Fone: (84) 3342 5003

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Esta pesquisa faz parte do trabalho de dissertação do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC e tem como objetivo investigar se a vivência de estudantes de Medicina durante o internato de Medicina de Família e Comunidade, com a Terapia Comunitária, favorece o desenvolvimento de habilidades e atitudes capaz de melhorar a atuação e competência deste futuro profissional.

O estudo se justifica pela importância de formarmos durante a graduação médica um profissional com formação geral, humanística, crítica e reflexiva, capaz de realizar uma abordagem integral do ser humano. Entretanto, apesar dos avanços do projeto pedagógico do Curso de Medicina, ainda nos deparamos com inúmeros desafios no processo da formação médica.

Para isto serão utilizadas entrevistas e oficinas de trabalho como forma de obter as informações. As entrevistas e oficinas serão gravadas em áudio, contudo, somente após sua prévia autorização. Será garantido o anonimato da pessoa entrevistada, respeitando-se os princípios de privacidade e confidencialidade, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa e não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua autorização por escrito. As atividades serão confidenciais, sendo realizadas em ambientes em que a privacidade da pessoa entrevistada será respeitada.

Nas entrevistas estarão presentes, apenas um(a) entrevistador(a). Nas oficinas dois entrevistadores(as). Estima-se que a realização das entrevistas seja de, no mínimo meia hora e no máximo uma hora e meia. Já as oficinas, no mínimo uma hora e no máximo duas horas.

O estudo não lhe trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Este estudo possibilitará uma melhor qualidade na educação médica.

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á o mínimo de riscos possíveis, podendo existir tão somente o risco de desconforto ou constrangimento durante os questionamentos individuais ou em grupo, seja pela exposição ou por não saber responder às indagações. Contudo, procurar-se-á minimizar estes riscos.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, e livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. A desistência não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo profissional/pesquisador.

Caso o participante tenha algum gasto ou dano decorrente da pesquisa ele será ressarcido e indenizado, sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade da educação médica em nossa universidade.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ CPF nº _____
_____ declaro que após ter sido esclarecido(a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa **A Terapia Comunitária e a vivência de estudantes de Medicina: uma estratégia de ensino-aprendizagem do Cuidado Humanizado na ESF?**

Natal - RN, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

Neuma Marinho de Queiroz Santos da C. Cunha

CRM-RN: 3766

Contatos: (84)88831503 - neuma.ufrn@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

Prezado (a) Sr.(a)

Solicito autorização para gravar o áudio da entrevista que realizaremos, cujos depoimentos serão utilizados numa pesquisa que tem como objetivo geral: Investigar se a vivência do estudante de Medicina com Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família se configura enquanto estratégia de ensino-aprendizagem para o cuidado integral e humanizado; e como objetivos específicos: Identificar as concepções (conceitos e preconceitos) sobre a Terapia Comunitária; Identificar as concepções sobre Cuidado Humanizado em saúde; Identificar se há situações na vivência dos estudantes com a Terapia Comunitária que possibilitem o aprendizado de competências (conhecimentos/habilidades e atitudes) em relação ao Cuidado Humanizado; Investigar as potencialidades e dificuldades da vivência dos estudantes com a Terapia Comunitária para o aprendizado de competências (conhecimentos/habilidades e atitudes) em relação ao Cuidado Humanizado.

As entrevistas constituem parte do projeto da pesquisa **“Terapia Comunitária: uma estratégia de ensino do Cuidado Humanizado na Estratégia de Saúde da Família?”**, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família, sob orientação da professora doutora Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e sob a responsabilidade da pesquisadora Neuma Marinho de Queiroz Santos da Costa Cunha

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode inclusive ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos, e serão guardados em local seguro por um período de 05 anos.

Você não terá gastos e se você tiver alguma despesa que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para *Neuma Marinho de Queiroz Santos da Costa Cunha* no endereço *Rua Meira Brandão, 634, apto. 502, Barro Vermelho* ou pelo telefone (84) 88831503.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes (HUOL), localizado no 3º. Subsolo do HUOL na Av. General Farias, ou pelo telefone (84) 3342-5003.

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

(nome do entrevistado) (assinatura) (data)

(nome do pesquisador) (assinatura) (data)

Natal, _____ de _____ de _____.

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP HOOL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIAL DO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Terapia Comunitária e a atuação de estudantes de medicina:
uma estratégia de ensino-aprendizagem do cidadão integralizado na ESF?

Pesquisador: Neirma Marinho de Queiroz S. C. Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18196813.2.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 496.653

Data da Relatoria: 29/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de dissertação do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e RENASF, vinculado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e NESC.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Investigar se a atuação do estudante de medicina com Terapia Comunitária (TC) na Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família se configura enquanto estratégia de ensino-aprendizagem para o cidadão integral e integralizado.

Objetivos Específicos:

- Identificar as concepções (conceitos e preconceitos) sobre a Terapia Comunitária;
- Identificar as concepções sobre o cidadão integralizado em saúde;
- Identificar se há situações na atuação dos estudantes com a Terapia Comunitária que possibilitem o aprendizado de competências (conhecimentos/ habilidades e atitudes) em relação ao cidadão integralizado;
- Investigar as potencialidades e dificuldades da atuação dos estudantes com a Terapia Comunitária para o aprendizado de competências (conhecimentos/ habilidades e atitudes) em

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 520 - 5, subloco
Bairro: Palácio
UF: RN Município: NATAL CEP: 54012-900
Telefone: (54) 3242-5000 Fax: (54) 3242-2941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Contrato de Prestação de Serviços nº 06/2021

relação ao cuidado humanizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla a existência de riscos, sendo esses definidos e descritos no TCLE. Refere a existência de possíveis riscos mínimos, relacionados à algum constrangimento nas entrevistas individuais e momentos de realização das oficinas com uso de cenários, ao relatar situações vivenciadas ou imaginárias. Quanto aos benefícios aborda a pretensão de produzir reflexões que auxiliem no uso da Terapia Comunitária na formação médica, como uma estratégia de aprendizagem capaz de facilitar o alcance de competências para a realização em cuidado humanizado que os aproxime de um saber fazer mais integral diante do sofrimento do outro. O seu resultado final poderá ser utilizado para publicação e divulgação em meios de comunicação, impressos ou digitais, podendo ser "matéria prima" para construção de instrumento orientador de metodologias atuais de ensino-aprendizagem que venham contribuir para a melhoria da educação médica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo apresenta-se com uma temática relevante e atual na área da saúde pública, com a perspectiva de contribuir nas práticas e mudanças na formação médica, que promovam impacto favorecendo o desenvolvimento de habilidades e atitudes essenciais na abordagem da pessoa e não da doença. Trata-se, portanto, de uma investigação exequível sobre um tema pertinente e atual, onde se são verificados elementos qualificados na proposta com o base teórica atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de uma pesquisa relevante, de sorte de forma organizada, coerente e envolvendo metodologia adequada aos objetivos propostos. Apresenta informações completas e claras que leuem a decisão de participação consentida quanto as informações de possíveis riscos da participação e resarcimento de danos e indenização por parte do pesquisador de forma adequada com condições de exequibilidade e atendimento aos ditames éticos.

Recomendações:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que afetem

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 5, subterrâneo
 Bairro: Pedreira
 CEP: 50.012-900
 UF: RN Município: NATAL
 Telefone: (34) 3241-5000 Fax: (34) 3202-5241 E-mail: cep_huol@qnh.ufrn.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação Parecer: #96661

o curso normal do estudo.

4. Qualquer documentação encaminhada ao CEP HUOL deverá conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TC-LE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011/CO-NEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TC-LE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Conclusão ou Pendências e Lista de Indicações:

Todas as pendências foram solucionadas, sendo feito o reajuste no TC-LE, onde foram acrescentadas as informações mais detalhadas sobre os riscos e benefícios da pesquisa e informação sobre indenização por danos, caso existam. Portanto, o projeto apresenta adequação a Resolução 466/2012 com informações claras e objetivas aos participantes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

NATAL, 16 de Dezembro de 2013

Assinado por:
João Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 630 - 2ª Subárea
Bairro: Pôrto Alegre CEP: 50.012-900
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (54) 3284-2500 Fax: (54) 3282-0241 E-mail: cep_huol@yaho.com.br