



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

Sílvia Mello dos Santos

**A Roda de Terapia Comunitária Integrativa na Formação Médica:
Percepções dos Internos do UniFOA sobre a Integralidade da Atenção em
Saúde**

Rio de Janeiro

2021

Sílvia Mello dos Santos

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa na Formação Médica: Percepções dos Internos do UniFOA sobre a Integralidade da Atenção em Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROF-SAÚDE da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Ana Cláudia Santos Chazan

Coorientador(a): Luciana Maria Borges da Matta Souza

Linha de Pesquisa: Saúde da Família

Rio de Janeiro

2021

Dedico esse trabalho à minha família, meu suporte para seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que colocou na minha vida as pessoas que permitiram que eu chegasse até aqui. Uma dessas pessoas a prof. Ângela Guidoreni, responsável primeiro por me receber na cidade de Volta Redonda em 2014 pelo programa Mais Médicos e de ter me alocado na UBSF Vila Brasília, local onde estive por seis anos como médica de família e comunidade, onde nasce também este trabalho. Essa pessoa, a qual chamarei carinhosamente de “fada madrinha”, me inseriu na vida acadêmica em 2018, a traves do convite para ser preceptora do internato médico do curso de medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA). Além disso, participou deste trabalho como colaboradora, e me incentivou nos momentos de dificuldade, sendo minha conselheira em todas minhas etapas profissionais desde que cheguei nesta cidade.

Agradeço também a minha orientadora Prof. Ana Chazan, por todo o carinho e dedicação na construção deste material. Pelas motivações para a participação em congressos e eventos, pela parceria, apoio e foco junto comigo até o final. Da mesma forma a minha co-orientadora Prof. Luciana Borges, que trouxe contribuições fundamentais no desenvolvimento dessa pesquisa.

Obrigada a todos os professores do mestrado profissional ProfSaúde UERJ, Prof. Cesar Favoreto, Prof. Maria Inez Padula Anderson, Prof. Ricardo Donato, Prof. Sandra Fortes, Prof. Heloisa Grossman, profissionais que ajudaram no meu crescimento ao longo desse processo formativo, contribuindo também durante a construção do projeto. Também obrigada aos meus colegas de mestrado, Garcia, Marcio, Renata, Michael e Cassia pela amizade construída e troca contínua durante este tempo.

Não poderia deixar de agradecer particularmente à Prof. Ana Horta, que se deslocou de São Paulo para estar presencialmente na minha qualificação, trazendo contribuições grandiosas para esta dissertação. Assim como todos os membros da banca de qualificação e defesa, que fomentaram discussões importantíssimas, agregando ainda mais nos resultados desta pesquisa.

Um muito obrigado a Selma Hinds e Claudia, terapeutas comunitárias, primeiro por terem sido minhas professoras durante a formação em TCI, segundo por acreditarem no meu projeto e aceitarem ser moderadoras no meu grupo focal on-line com os internos, não tenho palavras para agradecer o carinho e generosidade ao participarem comigo desta construção. Da mesma forma agradeço aos participantes da TCI na UBSF Vila Brasília, pessoas que fundamentaram este projeto e provocaram tantas reflexões. Assim como a todos meus ex-

alunos, em especial aos que participaram dos grupos focais de forma voluntária e que me emocionaram com suas vivências, obrigada por me apresentarem a esta vocação, a docência.

Por último, agradeço a minha família, a quem dedico esta obra, obrigada pai e mãe por me incentivarem desde cedo a estudar, por cuidarem do Valentino (meu filho) para que eu pudesse estar no Rio de Janeiro assistindo as aulas do mestrado, meu esposo Panters que me apoiou em todos os momentos difíceis que vivi, sem vocês nada disso seria possível.

EPIGRAFE

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Paulo Freire (2003 p. 47)

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma metodologia de cuidado grupal em saúde mental, desenvolvida em seis etapas e ancorada em cinco grandes eixos teóricos: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência. Este trabalho tem como cenário de desenvolvimento a cidade de Volta Redonda-RJ, onde na unidade básica de saúde da família (UBSF) Vila Brasília a pesquisadora e médica de família e comunidade (MFC) era preceptora do internato médico do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) e por ser terapeuta comunitária, implantou a TCI como ferramenta de cuidado no território, levando os estudantes de medicina a experimentarem essa vivência no cenário de práticas da Atenção Primária em Saúde (APS). Esse estudo tem como objetivo compreender o papel da TCI como ferramenta de apoio à formação humanística, crítica e reflexiva prevista nas DCNs de medicina de 2014. Para isso foi preciso conhecer o histórico da criação do módulo de saúde coletiva do internato da faculdade de medicina do UniFOA, seus objetivos de aprendizagem e como a TCI se relaciona com esses objetivos e analisar as percepções dos alunos sobre a aprendizagem, sobre integralidade do cuidado e as contribuições da roda de TCI para a sua formação. Para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada com uma colaboradora chave, que participou tanto da implantação da TCI no município enquanto gestora quanto da inserção da TCI na grade curricular da Instituição de Ensino Superior (IES). Foram realizados também três grupos focais on-line, com internos do UniFOA que estiveram na UBSF Vila Brasília de 2018 a 2020, participando de pelo menos uma roda de TCI. Da análise de conteúdo dos grupos focais emergiram três categorias: TCI e a exposição das vulnerabilidades, TCI e a revelação das potências e TCI como modelo de cuidado, revelando que a TCI pode provocar mudanças positivas na formação do futuro médico, ampliando o olhar sobre os processos de saúde e adoecimento, permitindo o desenvolvimento de competências como a percepção sistêmica do complexo pessoa-família e comunidade, o treinamento escuta ativa e empática, a formação de vínculos com as pessoas assistidas e a valorização da medicina centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. Além disso, foi possível conhecer parte de um projeto pedagógico inovador, inserindo a TCI no processo formativo teórico e prático. O estudo sugere que a frequência durante o internato na APS em rodas de TCI atua como facilitadora dos processos de ensino aprendizagem, na descoberta pelos estudantes de novas formas de cuidado, na busca por uma atenção integral a saúde, saindo do modelo biomédico, vertical, para um aprendizado coletivo e horizontal.

Palavras-chave: formação médica, terapia comunitária integrativa, cuidado

ABSTRACT

Integrative Community Therapy (ICT) is a group care methodology of mental health, developed in six stages and sustained by five major theoretical axes: systemic thinking, communication theory, cultural anthropology, Paulo Freire's pedagogy and resilience. The present study was developed in Volta Redonda City; Rio de Janeiro State, where the author worked as family and community doctor (FCD), preceptor of medical interns (UniFOA University Center) as well as a community therapist. We implemented ICT as a care tool in the territory, leading medical students to live this experience in the scenario of Primary Health Care (PHC) practices. This study aims to understand the role of ICT as a tool supporting a more humanistic, critical and reflective training of medical students according to 2014 medical DCNs. For this purpose we needed to know UniFOA Medicine Teaching Project, its learning goals and how ICT relates to these goals as well as analyzing students' perceptions about learning, about comprehensiveness of care and the contributions of the ICT groups to their training. For data collection, a semi-structured interview was carried out with a key collaborator, who participated both in the implementation of ICT in the city as manager as well as in the insertion of ICT in UNIFOA curriculum. Three online focus groups were also held, with UniFOA medical interns who were training at UBSF Vila Brasília from 2018 to 2020, and who participate in at least one ICT group. From the content analysis of the focus groups, three categories emerged: ICT and the exposure of vulnerabilities, ICT and the disclosure of potencies, and ICT as a model of care, revealing that ICT could cause positive changes in future professionals training expanding their perspective on health and illness processes, improve skills such as the systemic perception of the person-family and community complex, active and empathetic listening training, the formation of bonds with the people being assisted and the valorization of medicine centered on the person and their real needs. In addition, it was possible to learn about part of an innovative pedagogical project, inserting ICT in the theoretical and practical training process. The study suggests that attendance during the PHC internship in ICT groups enable the processes of teaching and learning, the discovery by students of new forms of care, the search for comprehensive health care, moving away from the vertical biomedical model to a collective and horizontal model.

Keywords: medical education, integrative community therapy, care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig 1- Currículo Modular Integrado da Graduação em Medicina da UniFOApág. 32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Cenários de Integração Ensino-Serviço- Comunidade – Participação dos alunos do curso de medicina do UniFOA nas rodas de TCI (2009 a 2020)pag. 37

Quadro 2-. Inserção do tema TCI na grade curricular e no projeto pedagógico do curso de medicina de UniFOA.....pág. 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AC	Análise de Conteúdo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CINAEM/ABEM	Comissão. Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico / Associação Brasileira de Educação Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DM2	Diabetes Melitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
GT	Grupo de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IES	Instituição de Ensino Superior
ISC	Internato de Saúde Coletiva
LAMIC	Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Complementar
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
PET SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRN
UniFOA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro Universitário de Volta Redonda

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	19
2- MARCOS TEORICOS E CONCEITUAIS DO TEMA.....	22
2.1- A ATENÇÃO PRIMARIA À SAUDE (APS) E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	22
2.2- A MUDANÇA DOS CENARIOS DE PRÁTICAS NO ENSINO MÉDICO PARA A AMPLIAÇÃO DA COMPETENCIA CLÍNICA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.....	24
2.3- A TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA (TCI), ORIGEM E RELAÇÃO COM OS PRINCIPIOS DA APS.....	28
2.3.1 O acesso de primeiro contato, a longitudinalidade e o pensamento sistêmico.....	32
2.3.2 A integralidade da Atenção e a Teoria da Comunicação.....	33
2.3.3 A Competência Cultural e a Antropologia Cultural e a Pedagogia de Paulo Freire.....	34
2.3.4 A Resiliência, a Coordenação do cuidado, o Foco na Família e na Comunidade.....	34
2.4- A TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA E O ENSINO EM SAÚDE.....	35
3- JUSTIFICATIVA.....	37
4- PRESSUPOSTO.....	38
5- OBJETIVOS.....	38
5.1- OBJETIVO GERAL	38
5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
6- MATERIAL E MÉTODOS.....	38
6.1- TIPO DE ESTUDO.....	38
6.2- LOCAL DO ESTUDO.....	38
6.3- PARTICIPANTES.....	39
6.4- INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	39
6.4.1 A Entrevista Semi-Estruturada.....	40
6.4.2- Os Grupos Focais on-line.....	41

6.5-	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
6.6-	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
7-	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
7.1-	O CURSO DE MEDICINA DO UniFOA.....	46
7.1.1-	O Internato de medicina do UniFOA.....	48
7.1.2 -	A TCI no currículo modular do UniFOA.....	51
7.2-	AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS.....	55
7.2.1-	A TCI e a Exposição das Vulnerabilidades.....	55
7.2.1.1-	O medo, o preconceito e o choque de realidade.....	55
7.2.1.2-	Impotência diante dos casos.....	57
7.2.1.3-	Violência Familiar e Doméstica.....	58
7.2.2-	A TCI e a Revelação das Potências.....	59
7.2.2.1-	A Descoberta.....	59
7.2.2.2-	A Técnica.....	60
7.2.2.3-	O Desenvolvimento de Competências Profissionais.....	61
7.2.2.4-	Horizontalidade.....	62
7.2.2.5-	Resiliência Comunitária.....	63
7.2.2.6-	Quando a Boca cala o Corpo Fala.....	65
7.2.2.7-	Os Princípios da APS.....	66
7.2.3-	A TCI como Modelo de Cuidado.....	66
7.2.3.1 –	A Resolutividade.....	67
7.2.3.2-	O Autocuidado do Profissional de Saúde.....	68
7.2.3.3-	A Relação Médico Paciente.....	69
8-	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
9-	CONCLUSÕES.....	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES	
	APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
	Entrevista semi-estruturada com a supervisão da disciplina de saúde coletiva.....	80
	APENDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
	Grupo focal com internos.....	81

APENDICE III- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	83
APENDICE IV- ROTEIRO DE TÓPICOS - ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA.....	85

APRESENTAÇÃO

Antes mesmo de pensar em ser médica os tratamentos populares tradicionais já faziam parte da minha vida. Da infância lembro de minha avó e minha mãe com suas simpatias e rezas.

Quando eu ou meus irmãos ficávamos doentes, tínhamos um destino certo, a rezadeira. Depois de certo tempo, minha mãe aprendeu a oração, e já fazia ela mesma com um galho de arruda, que plantava em um vasinho na janela da cozinha.

Meu pai, natural do Mato Grosso, cujo avô era índio, colecionava livros sobre plantas medicinais que conseguia em sebos. Ele me mostrava e dizia que era da terra que vinha a cura e que era preciso utilizar a natureza e sua riqueza para o tratamento das doenças. Na sua pequena mercearia na comunidade onde vivíamos na zona norte do Rio de Janeiro, as pessoas o procuravam com seus problemas de saúde, para que ele com seu conhecimento sobre ervas e chás pudesse resolver.

Foi neste meio de raízes e rezas que cresci, aprendendo com meus pais as tradições familiares e fortalecendo dentro de mim a arte do cuidado ao outro. Minha escolha pela medicina se deu neste contexto de valorização de saberes e cultura populares.

Em 2003 iniciei o curso de medicina em Cuba. Neste país, morei por quase sete anos, e aprendi com meus professores a importância de não ver apenas a doença, mas o contexto em que ela se desenvolve. Aprendi que uma Atenção Primária a Saúde (APS) forte é capaz de cuidar de um país, que um médico precisa olhar o todo e usar o território como um instrumento de trabalho no cuidado as pessoas.

Mas foi ao chegar no Brasil no final de 2009 e estudar sobre o SUS, que identifiquei meu caminho. Uma política pública de saúde grandiosa, que contempla a construção de conceitos com base na ideologia de saúde como direito, onde o acesso é universal, equânime e integral. Percebi mais ainda o quanto poderia contribuir enquanto médica para esse sistema dentro da APS, meu local de resistência e luta contra as desigualdades sociais.

Após revalidar o diploma médico no Brasil iniciei no meu primeiro emprego em 2011, em uma unidade básica de saúde (UBS) também na zona norte do RJ, em uma comunidade com altos índices de violência, não muito diferente daquela que vivi durante a

infância. Segui aprendendo a trabalhar em equipe, estudando e conhecendo novas formas de abordagem, integrando conceitos na minha formação profissional e pessoal.

Em 2013 conheci a terapia comunitária integrativa (TCI) além de ganhar um presente que foi o trabalho em zona rural no município de Piraí-RJ. Em Piraí vivi a realidade de ser a referência de uma comunidade rural de difícil acesso. O transporte era fornecido pela gestão local que levava a equipe até a UBS, duas horas distante. Vivenciei o SUS e sua potência, de chegar aos lugares mais restritos possibilitando acesso as pessoas. Gente simples que vive do que planta que utilizam suas raízes como tratamento. Como me identifiquei neste cenário!

Durante meu trabalho neste município realizava simultaneamente a formação em TCI, que entrou no meu caminho de forma especial, me ajudando a enxergar a minha criança e trazendo o meu passado para reafirmar quem me tornei.

Meu contato com a roda abriu mais uma possibilidade para o trabalho no território, pois revela do saber popular e das vivencias de cada um as ferramentas necessárias de cuidado. Coloca pessoas de diferentes níveis sociais, raças e culturas, em um ambiente horizontal e circular, promovendo a integração de saberes de vida, empoderando as pessoas para o combate às desigualdades sociais e a sua consequência, o sofrimento humano.

Em 2014 me inscrevi no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), sendo alocada no município de Volta Redonda-RJ, na Unidade Básica de Saúde da Família Vila Brasília Ana Maria de Assis (UBSF VB), local onde trabalhei por quase seis anos. Uma unidade assim como muitas neste Brasil, com dificuldade de alocação de profissionais devido a questões de vulnerabilidade social e violência urbana.

Neste cenário, encontrei pessoas sem referência de cuidado devido a alta rotatividade de recursos humanos. Implantei a TCI como ferramenta de cuidado em resposta às necessidades de saúde do território, gerando na comunidade um potente espaço de cuidado mútuo, dentro do ambiente circular de fala e escuta. A TCI me reafirma como médica de família, me fortalece enquanto pessoa, permitindo potencializar redes de apoio solidários, me ajudando a entender o território e suas demandas.

Em 2018 surge então a descoberta como docente, no convite para ser preceptora do internato médico, da faculdade de medicina do centro universitário de volta redonda (UniFOA).

Percebi que o alcance como médica de família era pouco comparado ao que poderia ser enquanto multiplicadora na formação de médicos e médicas deste país.

Descobri minha paixão pelo ensino das práticas na APS, potencializando formas diferentes de construção de saberes, aquelas vividas na prática diária, que os livros não ensinam e assim surgiu meu interesse pelo mestrado profissional em saúde da família.

Este trabalho reflete um pouco das minhas origens familiares e da minha trajetória pessoal durante todos esses anos. Vai ao encontro do que eu acredito, vivo e desejo para a prática de uma medicina mais humanizada, trazendo o aluno para junto das pessoas, aguçando os sentidos para uma práxis verdadeiramente integral.

A ideia da pesquisa surge a partir da vivência como preceptora do internato do módulo de saúde coletiva do UniFOA e da inserção dos internos na TCI que existia no território. Acredito que a terapia comunitária integrativa pode ser uma ferramenta na construção do conhecimento do médico em formação uma vez que amplia o olhar do aluno para questões não biomédicas, características dos pacientes no cenário na APS.

1- INTRODUÇÃO:

A cidade de Volta Redonda, localizada no interior do estado do Rio de Janeiro recebeu em 2014, pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013) nove médicos para atuarem em algumas unidades básicas de saúde. Dentre eles, oito cubanos e uma brasileira, autora deste trabalho que foi alocada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vila Brasília Ana Maria de Assis, localizada em um território com altos índices de violência urbana o que dificultava aos gestores a fixação de médicos nas equipes.

Naquele mesmo ano, a realização do diagnóstico situacional participativo do território adscrito, revelou uma prevalência significativa de questões no âmbito de saúde mental e de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Além disso, as pessoas estavam fragilizadas, sem referência de cuidado, já que a unidade em 2014 não praticava o acolhimento, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

Neste panorama, como projeto de intervenção foi instituída a roda de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como ferramenta de apoio terapêutico, objetivando assim melhorar, além das condições de saúde identificadas, a qualidade de vida da população.

A TCI foi desenvolvida em 1987 na comunidade do Pirambú, em Fortaleza, Ceará, pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, em resposta a duas necessidades: atender milhares de pessoas com problemas emocionais e psiquiátricos e adequar as propostas acadêmicas de promoção de saúde às carências reais apresentadas pela comunidade (BARRETO, 2008).

A TCI na UBSF Vila Brasília acontecia semanalmente de 2014 a 2020 e qualquer pessoa pode frequentar a roda, não havendo limites de participantes e nem restrição, podendo participar pessoas atendidas nas unidades básicas de saúde, que são encaminhadas pelos profissionais ou alunos durante seus atendimentos, pelo Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da região, ou por convites informais de usuários para usuários (DESTAQUE POPULAR, 2019). A duração da roda é de aproximadamente uma hora e meia e nela os participantes podem colocar situações que às vezes não conseguem expor no consultório, onde o tempo de consulta é mais restrito. A TCI traz clareza a situações às vezes ocultas ao médico sobre os processos de adoecimento, oportuniza o desabafo de emoções e sentimentos, traz alívio e transforma relatos em recursos de enfrentamento para os participantes (GUIMARÃES et al. 2019).

Logo, utilizar a TCI como ferramenta na Atenção Primária em Saúde (APS) ajuda as pessoas no enfrentamento dos desafios de lidar com o sofrimento psíquico e seus desdobramentos físicos e sociais (GUIMARÃES et al. 2019).

A partir de 2018, a UBSF Vila Brasília passou a ser cenário de ensino-aprendizagem para o módulo de saúde coletiva do internato em medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2014 Resolução CNE/CES nº 1, de 13 de janeiro de 2014, onde destaca-se que:

“Os estudantes de medicina em sua formação necessitam desenvolver habilidades no âmbito das seguintes áreas: Atenção à saúde, Educação em saúde e Gestão em saúde. Esta resolução institui também que 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico seja desenvolvido em sua maioria na Atenção Básica, voltadas para a área de medicina de família e comunidade e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS.” (BRASIL, 2014)

O curso de medicina do UniFOA está distribuído em doze módulos semestrais que possuem eixos de aprendizagem transversais com foco na formação humanística integradora. Os alunos têm contato com a TCI em diferentes momentos de sua formação ao longo dos módulos. São apresentados durante o módulo I, IV e VIII, participando de rodas na sala de aula e em algumas unidades básicas de saúde da família (UBSF) e no internato médico, participam de TCI durante os módulos IX em UBSFs e no XI nos CAPS, que possuem esse recurso terapêutico implantado. Além disso, a partir de 2019 foi disponibilizado um horário semanal (5ª feira, às 12H) para realização de TCI, como recurso de apoio aos alunos. No cenário da APS, os internos têm contato com a prática clínica da medicina de família e comunidade que propõe a avaliação da pessoa, considerando sua individualidade e autonomia.

Sendo a medicina de família e comunidade uma especialidade médica que engloba pacientes de diferentes faixas etárias e grupos de risco, diariamente na prática clínica se encontram situações de adoecimento que estão atreladas a questões familiares e sociais, descompensando dessa forma, doenças crônicas como a HAS e DM2, por exemplo. Os internos vivenciam o desafio de integrar conceitos e práticas dos cenários distintos de ensino-

aprendizagem, quais sejam o modelo biomédico dos hospitais e o modelo biopsicossocial da APS.

Para melhor compreensão desses processos, os médicos de família e comunidade (MFC) utilizam o método clínico centrado na pessoa (MCCP), que explora não só a doença, mas também os sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas em relação ao atendimento, além de todo o contexto da história de vida de cada um, sua cultura, família, emprego, entre outros (STEWART, 2017).

A TCI contribui para a compreensão deste modelo ampliado de concepção do ser humano. Durante a roda se abordam os sentimentos por trás da dor, as situações de vida que geram sofrimento para a pessoa e suas famílias, valorizando a cultura local e individual, trazendo para a realidade dos alunos percepções diferenciadas na gestão em saúde (BARRETO, 2010).

Os internos que fazem seu rodízio na UBSF Vila Brasília encontram na unidade, um cenário de práticas diferente da realidade de 2014, agora com uma médica de família e comunidade de referência há cinco anos, equipe mínima completa, acolhimento implantado, grupos educativos e atividades intersetoriais consolidadas. Nesta UBSF os internos têm contato pela primeira vez com a TCI na comunidade, onde participam ativamente das mesmas.

A roda pode facilitar a construção conjunta do conhecimento pelos participantes, unindo saberes que se complementam. Não existe sala de aula com professores e alunos. Na TCI os mestres e aprendizes somos todos. Todos ensinam e aprendem. Portanto, com esse estudo, pretendo compreender se a TCI atua como ferramenta de apoio à formação humanística, crítica e reflexiva prevista nas DCNs de medicina de 2014.

A seguir passaremos aos marcos teóricos que estruturam este trabalho. Inicialmente, tal como propõe Flick (2009), foi realizada uma revisão da literatura sobre a TCI como ferramenta para a integralidade do cuidado, nas plataformas SCIELO, BVVS, PUBMED, com as palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa, Formação Médica, Integralidade, Processo saúde-doença, Estratégia Saúde da Família, Ensino em saúde, Graduação, no período de março de 2019 a janeiro de 2020. Essa revisão proporcionou o embasamento teórico desta pesquisa além de corroborar a pouca quantidade de estudos envolvendo a relação ensino médico e terapia comunitária integrativa e, portanto, enfatizando a relevância desse estudo.

2- MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DO TEMA

2.1- A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que ganhou vida pela constituição brasileira federal de 1988, proporcionou o acesso universal dos brasileiros ao sistema público de saúde. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos, desde a gestação e para toda a vida, tendo em vista a prevenção e a promoção da saúde. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, norteado por princípios indissociáveis: a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL,1990). Está organizado tendo como base a Atenção Primária em Saúde (APS), ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e responsável, por meio de suas equipes, pelo acompanhamento longitudinal da população brasileira (MENDES, 2010).

A APS se refere a um conjunto de práticas integras em saúde que se direcionam a responder as necessidades de saúde individuais e coletivas que, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, passou a ser denominada atenção básica à saúde (GIOVANELLA et al, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem para direcionar o funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) delegando as competências dos membros, distribuição de recursos e administração (BRASIL, 2012). Saímos do modelo de estrutura de atenção hierarquizada, piramidal para um modelo horizontalizado, em rede articulada, onde a atenção básica é a coordenadora e ordenadora, colocando-se no centro como mediadora e articuladora (MENDES, 2010).

Tendo em vista que o Brasil transita de um quadro de alta fertilidade e alta mortalidade para um de baixa fertilidade e baixa mortalidade, situações como acesso à saúde e aos métodos contraceptivos, ofertas de trabalho feminino, moradia, água, saneamento, entre outros, geram o aumento da expectativa de vida e a baixa taxa de natalidade. Epidemiologicamente, prevalece uma população envelhecida, com doenças crônicas e um sistema de saúde que precisa se adequar a essa realidade (MENDES, 2010). Independentemente da classe social das pessoas e do acesso aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, especializados ou não, falamos de pessoas com sentimentos, problemas e angústias, incorporadas em um modelo de cuidado dilacerado por intervenções técnicas invasivas que não conseguem ouvir e interpretar a queixa principal (CUNHA, 2005).

Os custos para os gastos em saúde de uma população envelhecida são muito maiores, por isso é preciso investir em políticas públicas que garantam à população um acompanhamento longitudinal, voltado para a prevenção de doenças, diminuindo assim os fatores de risco para o desenvolvimento dos agravos futuros. Os sistemas de saúde fragmentados focados em pontos de atenção isolados e que não se comunicam entre si não permitem o cuidado integral do indivíduo e não possibilitam uma gestão baseada em uma população ou em um território (MENDES, 2010).

Muitas são as evidências sobre a relação existente entre o fortalecimento da APS, a medicina de família e comunidade e a atenção integral à saúde. Esta relação, compartilhada por equipe multiprofissional, com vistas ao território e aos seus determinantes sociais, pretende diminuir as complicações das doenças crônicas prevalentes e mortes de causas evitáveis e a melhorar os indicadores de saúde (FERREIRA et al, 2010).

Os movimentos internacionais na década de 70 reafirmam o conceito ampliado de saúde, justificando o fortalecimento da APS, e a medicina generalista, além do trabalho multiprofissional como forma de assistência, que culminaram com a Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão em 1978. De acordo com (MENDONÇA *et al*, 2018):

“A APS abrangente, integral e compreensiva com ênfase nos determinantes sociais de saúde e nas suas interrelações com o desenvolvimento econômico e social do país - representa uma política de mudança do modelo assistencial.” (p.31).

Mas, qual é o perfil de médicos e médicas que estão sendo formados? Qual a valorização da formação clínica generalista frente ao modelo de atenção centrada no atendimento individual, curativo e hospitalocêntrico?

No artigo *“A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde”*, Amoretti (2005) faz uma crítica aos avanços tecnológicos da segunda metade do século XX, a eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos daquele período, onde a lógica da produtividade tomou conta da relação profissional-paciente. Nesse período, houve um aumento dos serviços hospitalares, crescimento das vagas para as especialidades médicas focais voltadas para o modelo da gestão da oferta e não para a gestão de saúde populacional (MENDES, 2015).

Estudantes saem das universidades sem formação generalista e com o foco na residência em especialidades médicas que certamente não atenderão a demanda do país. Os médicos recém-formados encontram um mercado altamente especializado focado nos grandes centros metropolitanos onde emana o desenvolvimento tecnológico, que deixa de lado as relações humanas e visa a saúde como mercadoria. A realidade brasileira demanda profissionais com uma formação com base na gestão do cuidado, entendida por Cecílio (2011) como:

“Provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (p.589).

O desafio posto para as escolas médicas é a diversificação de cenários de práticas e, ainda hoje, muitos alunos de medicina não têm a oportunidade de acompanhar a rotina de um médico de família, já que nem todo médico que trabalha na APS tem esta especialidade, gerando o desconhecimento sobre uma possível escolha (FERREIRA *et al*, 2007) e dificuldades para a formação de recursos humanos para a APS.

Dá a importância de fortalecer a formação médica no potente e transformador cenário da APS para que os estudantes possam ampliar seu olhar para as pessoas, compreendendo assim o que é a integralidade, como veremos adiante.

2.2- A MUDANÇA DOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS NO ENSINO MÉDICO PARA A AMPLIAÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.

Por que as Diretrizes Curriculares Nacionais de medicina de 2014 preconizam a vivência dos estudantes de graduação em medicina na APS? O que este cenário de práticas oferece de diferencial na formação do médico? Segundo Starfield (2002):

“A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, de escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é

continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.” (p.27)

Dentro dos processos formativos educacionais, Freire (2003), diz que:

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” (p.47)

Nesse sentido, a educação para o trabalho no internato médico na APS potencializa a formação em saúde. Os alunos se percebem construindo propostas de cuidado que, dentro dos muros dos hospitais e clínicas especializadas, não seria possível (CUNHA, 2005). Assim, a realidade na APS favorece a formação médica humanizada, crítica e provoca reflexões na forma de assistência a pessoa e evoca percepções que garantem as experiências mais completas. Neste cenário de práticas, a atenção em saúde é contínua e com o olhar multiprofissional, para alcançar os objetivos propostos de cuidado longitudinal e integral seja de um indivíduo, uma família ou da própria comunidade (SAVASSI *et al*, 2018).

De acordo com Araújo (2014), a integralidade tem sido relacionada com uma série de aspectos:

“a) atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças;

b) visão integral do ser humano, que não deve ser enfocado como um conjunto de partes (coração, fígado, pulmões etc).;

c) valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de se centrarem as práticas apenas na doença;

d) compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, ou seja, não está “solto no mundo”;

e) conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária;

f) reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos se façam ouvir;

g) práticas intersubjetivas - profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos.” (p.23).

Na APS são muitos atores, níveis educacionais e funções diferentes, mas que se unem para formular soluções diante de casos dados como perdidos. Segundo Paulo Freire, todos são capazes de contribuir e ensinar. Então, os alunos, dentro da sua percepção, também contribuem junto com a equipe.

O artigo “*As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde*” exemplifica a pedagogia renovada onde o professor facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do indivíduo, o processo de busca pelo conhecimento, que deve partir do aluno (PEREIRA, 2003).

Conhecendo o modo de vida dos indivíduos e observando o contexto real em que as pessoas vivem, os estudantes entendem a pessoa dentro de sua realidade, com a família, casa, trabalho e como tudo isso influencia no tratamento de cada pessoa (FERREIRA, 2007). Na APS a relação dos médicos com as pessoas vai além de um diagnóstico ou tratamento, ela depende de vínculo e de percepções ampliadas sobre as pessoas. Segundo FAVORETO (2008), a integralidade quando centra no sujeito (em suas necessidades e expectativas) o objeto da atenção dos serviços e de seus profissionais, obriga a discussão de questões que são transversais às ações de saúde como a efetividade, continuidade e terminalidade do cuidado ofertado. Seria então a APS facilitadora da percepção ampliada dos alunos, permitindo-os olhar além da doença?

As concepções sobre integralidade provocam sentidos que requerem do médico um olhar subjetivo ao indivíduo, por trás de uma queixa específica há uma história inespecífica de condições e modo de vida. A competência sobre a clínica ampliada daquele que escuta, capacita para a avaliação do que acontece no processo saúde-adoecimento, e planifica um cuidado conjunto, tendo em vista a cultura, o meio socioeconômico e o momento atual da vida da pessoa.

Valorizar o que o aluno traz como bagagem estimula o crescimento e incentiva a aprendizagem. De alguma forma nosso olhar transversal enquanto médicos de família, modifica a visão do aluno sobre o cuidado. Precisamos explorar novas formas de compartilhar saberes, induzindo o raciocínio crítico e o trabalho em equipe de forma articulada e integral, um desafio. (SAVASSI *et al*, 2018).

É um pouco do que fala Cunha (2005), em sua dissertação de mestrado:

“A construção da clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico possa ser compreendido e trabalhado.” (p.26).

O médico, despreparado neste cenário de cuidados, se sente impotente diante de questões não biomédicas. Dentro dos princípios e práticas da medicina de família e comunidade, valoriza-se as narrativas de cada pessoa sobre suas vivências, o que possibilita percebê-la como um todo e não como uma parte, de modo que sua realidade seja considerada no plano terapêutico. A história de cada um, atrelada as expectativas de resolução dos problemas que motivaram a consulta, geram uma melhor compreensão do profissional sobre o caso e conseguem favorecer a tomada de decisão compartilhada para um resultado eficaz. As pessoas não são pacientes, submissos a ordens médicas incapazes de interagir. Elas são autônomas e cada um é especialista em si mesmo, capaz de defender seus pontos de vista e seus interesses. Por isso a importância da formação nesse cenário, da aprendizagem de uma clínica ampliada que não olhe apenas um sintoma ou uma queixa, mas que se permita um aumento das lentes para algo muito mais profundo (FERREIRA et al, 2007; CUNHA, 2005).

Associado a isso, um conceito importante e que se relaciona com este tópico, está relacionado com a gestão do cuidado as pessoas na APS. Esta se relaciona com o agenciamento de recursos, saberes, sujeitos e processos que são necessários às práticas de cuidado e que, portanto, não estão limitadas aos encontros entre usuários e profissionais de saúde. Segundo MENDONÇA (2018, p.101) no contexto da APS essas práticas abrangem elementos como a doença, o risco, a pessoa em sofrimento/adoecimento e a pessoa em sua potência de vida. Iremos, abaixo, contextualizar os quatro elementos com a prática do internato médico neste cenário, a partir dos estudos do autor supracitado.

A Doença.

O estudante de medicina majoritariamente se volta ao modelo biomédico que tem a doença como fonte do modelo intervencionista (a queixa, o exame físico, o diagnóstico e o tratamento). Mas na APS nada é claro. Raramente existe a especificidade na queixa inicial, o que favorece uma abordagem nova por parte desse aluno, algo que ele não aprendeu ainda a relacionar, competências que apenas esse cenário pode oferecer como treinamento.

Os Riscos.

Do ponto de vista das práticas envolvendo os riscos, a APS atua de modo a evitá-los ou na redução dos mesmos. Uma série de práticas de saúde na atenção básica estão voltadas para a epidemiologia dos riscos à saúde das pessoas. Como se fosse possível a “normatização” de hábitos de vida. Os graduandos da medicina, inseridos no modelo paternalista, tendem a jogar no imperativo, com as orientações aos usuários. Aqui, o imperativo não se aplica. A autonomia de cada pessoa tira o aluno da verticalidade da hierarquia e decisão, ele se percebe em outro lugar, fora da zona de conforto, negociando com as pessoas, dentro da realidade de vida delas.

A Pessoa em Sofrimento e ou Adoecimento.

Sabe-se que uma pessoa se constitui em diversas dimensões; que sofrimentos são geradores de doença e que cada um reage de modo diferente a cada patologia. Não existe “paciente de livro” como em um contexto hospitalar, a individualidade é percebida e contracenada entre os sujeitos. Nesse sentido, se abrem os espaços de fala e escuta, percebendo e aprendendo com a singularidade de cada “paciente”. O futuro médico percebe como as doenças crônicas evoluem de forma diferente nas pessoas, mesmo com a melhor conduta em todos os casos, pois a efetividade de um tratamento depende do contexto de cada indivíduo, como ele entende, vive e reage à doença e aos vínculos terapêuticos que se formam com a equipe.

A Pessoa em sua Potência de Vida.

Esse cuidado se relaciona à capacidade de valorizar e produzir sentidos para a vida das pessoas. Movimentos de sentido, do que importa para cada um, do que move e faz feliz o sujeito. Existe um lado bom além dos problemas que precisa ser valorizado. O aluno foca muito na doença e no negativo, deixando de lado o elogio pelas pequenas conquistas dos seus atendidos. A TCI, seria uma tecnologia leve capaz de operar nesse viés. (MENDONÇA et al, 2018). Entenderemos o porquê na próxima sessão.

2.3- A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI), ORIGEM E RELAÇÃO COM OS PRINCÍPIOS DA APS.

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Foi idealizada e desenvolvida em 1987 em Pirambú, bairro de Fortaleza-CE, pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob a coordenação do Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto.

Devido as necessidades das pessoas com sofrimento psíquico nessa comunidade, este professor, com doutorado em psiquiatria e em antropologia, entendeu que era preciso criar outra forma de cuidado, pois segundo conta em seu livro, o arsenal de medicamentos da psiquiatria moderna não poderia ser a única arma na luta contra um contexto social desigual. Era necessário então fortalecer a rede social naquele grupo, composto, em sua maioria, por migrantes do interior do país desassistidos pelo Estado e em condições de pobreza. Foi criado o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária, o Projeto Quatro Varas, com sede na favela de Pirambu (Fortaleza-CE), que se expandiu pelo Brasil e outros países (BARRETO, 2010).

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) estabelece um convênio com a UFC e o Projeto Quatro Varas, para a capacitação de profissionais da área da saúde em TCI, mas apenas em março de 2011 através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a TCI passou a fazer parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017 (BRASIL, 2017).

A TCI enquanto metodologia de cuidado em saúde mental se integra na APS por meio da PNPIC, fortalecendo a integralidade da atenção à saúde das pessoas, promovendo inclusão social, fortalecendo laços e gerando empoderamentos diante de questões de sofrimento. A TCI toca onde os medicamentos não agem, promove reflexões e transforma as pessoas em sujeitos transformadores de sua própria realidade.

Mas como funciona uma roda de terapia comunitária integrativa? Por que ela provoca tantas transformações sociais e de que forma dentro do SUS ela se potencializa?

Essa metodologia de cuidado está fundamentada em cinco pilares norteadores: Pensamento Sistêmico, Pragmática da Comunicação de Watzlawick, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência e se desenvolve em seis etapas.

Etapa 1- O acolhimento

No acolhimento o terapeuta apresenta a equipe que irá conduzir a roda, dá as boas-vindas e introduz o conceito de TCI. Se falam das regras que regem a TCI, se comemoram coisas boas que aconteceram durante a semana, terminando com uma dinâmica de grupo integradora. As regras são: falar no “eu”; fazer silêncio; não julgar, não dar conselhos, não fazer discursos; cantar uma música ou falar um verso ou poesia que tenha relação com o discurso da pessoa naquele momento.

Etapa 2- A escolha da Inquietação

Aqui o terapeuta explica do que falar e porque falar. As pessoas são convidadas a colocar seus problemas, que são resumidos em temas. Acontece também a identificação onde os rodantes falam brevemente dentre os temas colocados qual deles se identifica mais e o porquê. Esta etapa termina com a escolha do tema que será trabalhado pelo voto democrático dos participantes.

Etapa 3- A Contextualização

Nesta fase a pessoa que teve seu tema mais votado fala sobre suas angústias e os rodantes podem fazer perguntas a ela para entender a situação de sofrimento.

Etapa 4- A Problematização

Ao fim da etapa anterior, o terapeuta faz uma conotação positiva em relação à pessoa que colocou a inquietação, agradece e pede que neste momento fique em silêncio para ouvir a roda. O terapeuta então lança o “mote”. Pergunta aos participantes, “Quem já passou por uma situação parecida e o que fez para resolver”? Então, surgem as experiências de vida, os relatos de superação e mecanismos terapêuticos que certamente a pessoa cujo tema foi o mais votado pode utilizá-los em sua vida. Não somente ela, mas todos os que estão na roda nesse momento.

Etapa 5- O Encerramento

O terapeuta agradece a participação de todos, convida as pessoas a se levantarem e que se abracem coletivamente formando uma roda e pergunta às pessoas que participaram o que carregam da roda vivida. Devagar cada um dos participantes resume em uma palavra o que

está levando da TCI naquele dia. Na maioria das vezes, finaliza-se com uma canção. “Tô balançando, mas não vou cair...”

Etapa 6- A Apreciação

Esta etapa cabe apenas aos terapeutas que realizaram a roda, que neste momento discutem seus papéis e debatem sobre o que podem melhorar para a próxima vez mediante o preenchimento de um formulário próprio (BARRETO, 2010).

O mais importante a se ressaltar é o sentido de pertencimento das pessoas naquele espaço, democrático e inclusivo. Por isso a potência em promover saúde. Está na voz e sorriso das pessoas, ao ajudarem o outro com um discurso próprio, a partir da experiência de superação e resiliência.

No Livro “*O SUS e a Terapia Comunitária*”, os autores reforçam:

“A Terapia Comunitária (TC) atua na saúde numa perspectiva integrativa, na qual a compreensão da cultura, história de vida, contextos sociais, políticos, familiares e comunitários são fundamentais. Um ditado popular comumente utilizado na TC estimula esta visão ao afirmar “quando a boca cala, os órgãos falam e quando a boca fala, os órgãos saram”. O terapeuta comunitário estimula as pessoas a se expressarem verbalmente, para não adoecerem com depressão, gastrites, insônias e outras doenças mais. A proposta rompe com o pensamento dominante, que considera:

- *o povo é ignorante e nós precisamos educá-lo;*
- *a tradição é um obstáculo ao progresso;*
- *só existe um modelo de intervenção válido.” (ANDRADE et al, 2008, p. 51).*

Na APS, a TCI pode ser introduzida em vários cenários dentro do território. Além disso qualquer pessoa pode encaminhar um paciente a uma roda de terapia. O médico de família e comunidade diariamente, na prática clínica, encontra situações de adoecimento que estão vinculadas ao desemprego; à disfuncionalidade familiar; ao luto, entre outras que, atrelados a abordagem terapêutica medicamentosa de cuidado específico, podem ser encaminhadas também à roda de TCI, que nesse sentido, consegue interferir no processo saúde-doença das

peçoas. É o grupo que oferece por si só, soluções para suas demandas, configurando assim um ambiente dialético democrático de solidariedade, empatia e partilha.

Ainda no livro “*O SUS e a Terapia Comunitária*”, os autores descrevem os espaços possíveis e a potência das rodas na APS:

“Nas visitas domiciliares, é importante que os membros da equipe de saúde da família estejam atentos para encaminhar pessoas com sinais de sofrimento emocional, conflitos familiares, alcoolismo e outros problemas para as rodas de TC da unidade de saúde da família, possibilitando assim o acompanhamento pela equipe, e/ou para outras rodas de TC existentes na comunidade.” (ANDRADE et al, 2008, p. 55).

Os princípios da APS e da medicina de família muito se relacionam com as bases teóricas da TCI.

2.3.1 O Acesso de Primeiro Contato, a Longitudinalidade e o Pensamento Sistêmico.

Starfield (2002) aborda a amplitude das condições de saúde ou situações que podem aparecer em uma unidade básica de saúde. Os médicos de família lidam com queixas inespecíficas e condições de adoecimento interligadas a condições sociais. Dialogando agora com um dos alicerces teóricos da TCI, o pensamento sistêmico, entende-se que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se forem percebidos como partes interligadas de uma rede complexa, uma rede que envolve o biológico (corpo), o psicológico (mente e emoções) e a sociedade (BARRETO, 2010). Logo, utilizar a TCI como ferramenta na APS ajuda as pessoas e os profissionais de saúde no enfrentamento dos desafios de lidar com o sofrimento psíquico e seus desdobramentos físicos e sociais.

O acompanhamento do paciente ao longo do tempo, a longitudinalidade, é definida em como lidar com o crescimento e as mudanças dos indivíduos ou grupos durante sua vida (STARFIELD, 2002). Algumas rodas de TCI acontecem há muitos anos, sendo encontros periódicos, onde os rodantes se conhecem, se ajudam e se complementam. Para a medicina de família e comunidade, a TCI funciona como complemento na avaliação contínua do indivíduo (DESTAQUE POPULAR, 2019). Com a frequência recorrente nas rodas as pessoas se auto-

organizam e se reestruturam com a ajuda mútua, sendo possível observar a melhora de suas condições de saúde de forma longitudinal (FILHA *et al*, 2009).

2.3.2 A Integralidade da Atenção e a Teoria da Comunicação

A TCI traz clareza a situações às vezes não observadas pelo profissional de saúde no processo de adoecimento, oportuniza o desabafo de emoções e sentimentos ocultos no consultório e traz alívio, porque “*Quando a boca fala o corpo sara e quando a boca cala o copo fala*”. Logo, utilizar a Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta na APS vai em direção do cuidado integral, da avaliação da pessoa como um todo, entendendo o contexto e seus desdobramentos físicos, mentais e sociais.

*“Percebe-se nos depoimentos a importância da TCI para a conquista da autoestima, do bem-estar, que caracterizam o conforto, a gratidão e a diminuição de sofrimentos angustiantes. Cada encontro acontece de maneira única, os problemas se repetem, contudo, as experiências são sempre inovadoras, fazendo com que haja a construção de um saber novo frente às histórias vividas.” (DA ROCHA *et. al*, 2013, p.161)”*

Barreto (2010) aponta que a comunicação é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. No livro “*Pragmática da comunicação humana*”, Watzlawick *et al* (1967) evidencia as regras básicas da comunicação:

- 1) Todo comportamento é comunicação
- 2) Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem e a relação entre os interlocutores.
- 3) Toda comunicação depende da pontuação.
- 4) Toda comunicação tem duas formas de expressão, verbal e não verbal.
- 5) A comunicação pode ser simétrica e complementar, baseadas nas semelhanças ou diferenças.

Quando voltamos para a APS, as relações no acolhimento de um paciente ou em uma consulta médica podem ser ou não efetivas se falham regras de comunicação. Para esta

autora a integralidade da atenção às pessoas depende da forma como interagimos aos componentes ocultos da comunicação. Como compreender o outro se não sabemos ouvir, observar, esperar, verbos ativos em uma roda de TCI.

2.3.3- A Competência Cultural, a Antropologia Cultural e a Pedagogia de Paulo Freire

Em todos os níveis de atenção à saúde é preciso lidar com a diversidade cultural. O Brasil possui uma diversidade cultural muito grande, marcado pela miscigenação. A mistura de raças e culturas que forma as pessoas que somos hoje, as histórias de nossos avós que perpassam o tempo e que contamos aos nossos filhos. Na APS em um mesmo território a origem das pessoas é distinta. Muitas das pessoas que são atendidas não nasceram naquela cidade, pois o território é vivo e se movimenta. Portanto, na avaliação das pessoas é importante não apenas falar uma linguagem acessível, mas entender o que cada pessoa percebe como doença. O que ela traz de conhecimento prévio, o que na sua sabedoria popular ela já utilizou como tratamento. Uma erva, uma reza? Entender e valorizar o saber popular interage com Freire, onde ensinar é um exercício de diálogo, de troca e reciprocidade (BARRETO,2010). A TCI traz no saber popular as soluções para os problemas que vivenciamos nos consultórios onde o modelo biomédico não funciona. Na roda não existe hierarquia, a horizontalidade coloca no mesmo nível, pessoas de todas as classes sociais que se ajudam e se complementam com suas histórias de vida e sabedoria.

2.3.4- A Resiliência, a Coordenação do cuidado, o Foco na Família e na Comunidade.

Os profissionais da ESF se responsabilizam pelos cuidados primários em saúde. A unidade básica está localizada perto da casa das pessoas e suas equipes de referência acompanham o eixo indivíduo-família-comunidade ao longo do tempo.

O MFC, por exemplo, consegue observar os problemas de saúde das pessoas no ambiente familiar e comunitário em que eles se desenvolvem. Ferramentas de abordagem familiar e de abordagem comunitária são utilizadas no manejo de diversas situações. Existe um elo das pessoas com sua equipe de referência e seus médicos de família, desenvolvido através da confiança.

O médico passa a conhecer as relações familiares, os conflitos, as crises etc. Porém, as ferramentas para manejo dessas situações às vezes não são suficientes. A TCI entra no cuidado diante de casos complexos, de forma a complementar a terapia medicamentosa tradicional ou a desenvolver um espaço de fala e escuta que promova a melhora esperada diante de um sofrimento. As pessoas descobrem na TCI que são capazes de se transformar utilizando o exemplo positivo de vida de outra pessoa neste cenário de convivência circular.

“A resiliência comunitária depende do aspecto cultural e valorativo que afetam o processo de adaptação positiva de cada sociedade. Ela funciona como ferramenta que ajuda os indivíduos e grupos a se beneficiarem das experiências vividas, de modo que a dificuldade possa significar o desafio para mobilizar as capacidades solidárias da população, fazendo assim um chamado à responsabilidade coletiva.” (DA ROCHA et. al, 2013, p. 160)

Assim, coordenar a saúde das pessoas na APS implica o envolvimento em redes de apoio solidário, sendo a TCI uma possível ferramenta de inclusão para uma avaliação integral e potente diante de casos difíceis que não envolvem um tratamento único. Valoriza, assim, atributos da APS como a competência cultural, a abordagem familiar e a orientação comunitária. Muitas das estratégias de enfrentamento colocadas nessas rodas dialogam com o fortalecimento de vínculos afetivos e de solidariedade, mostrando elementos muitas vezes ausentes no meio familiar. O resgate da autoestima das pessoas provocada com esses encontros traz uma relação de cuidado social, mútuo e verdadeiro (DE SÁ et al, 2012).

Agora que já foram incorporados os conceitos da APS e da TCI, voltamos para a análise do ensino em saúde neste cenário circular potente em força e magnitude. Por que o aluno de medicina deveria participar de rodas de TCI durante sua prática na APS?

2.4- A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E O ENSINO EM SAÚDE.

Um dos poucos materiais sobre o efeito da roda de terapia na formação médica, identificado em nossa revisão bibliográfica, foi uma tese de mestrado, *“A Terapia Comunitária e a Vivência de estudantes de medicina: Uma estratégia de ensino-aprendizagem no cuidado humanizado na ESF?”* A autora entrevistou internos do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) acerca das percepções sobre a TCI, relacionando assim uma nova ferramenta de ensino na construção de um cuidado humanizado. Os alunos

destacaram características importantes nos relatos como por exemplo, capacidade de ensinar-aprender, empoderamento da comunidade, exercício da resiliência e compartilhamento de vivências e valorização da horizontalidade. (SANTOS, 2014). Esse estudo mostra um leque de possibilidades da TCI para a qualidade do processo formativo médico.

Em relação ao ensino em saúde, outro estudo identificou que as rodas na prática dos estudantes independentemente da área específica, geram impactos positivos na formação integral e no desenvolvimento acadêmico, pois trabalham elementos como a autoestima, o autocuidado, o manejo de situações adversas e a resiliência (VALERIO DE MAY *et al*, 2017).

A citação abaixo evidencia como a TCI auxilia na percepção dos profissionais de saúde sobre as pessoas. Desenvolvendo uma escuta ativa, compreensiva e inclusiva, onde os saberes se relacionam harmonicamente.

“O humano se torna humano quando afetivamente dialogamos sobre o que nos torna humanos, sem medo, julgamento ou conselho. A partir desta compreensão, as “disciplinas” dialogam a serviço da vida, da sensível, de forma complementar. São as práticas integrativas e complementares em comunhão com as práticas científicas. Enfermeiros, médicos vem estagiar no espaço das Ocas e aprendem a ouvir, se ouvindo, compreendendo a diversidade de ideias, elementos, fazeres...” (COSTA, 2011, p15).

Em 2013, um estudo sobre as percepções dos estudantes de Enfermagem sobre a Terapia Comunitária Integrativa revelou que a TCI para os alunos é um espaço de fala, escuta e reflexão além de exercer influência na formação profissional.

*“Os acadêmicos percebem que, através da TCI, é possível criar um aporte entre os conhecimentos científico e tecnológico com o conhecimento popular, contribuindo, assim, para a formação acadêmica, profissional e pessoal, capacitando-os como sujeitos ativos do processo de cuidar a medida em que estão inseridos numa comunidade, proporcionando a criação de vínculos, acolhimento da comunidade e a visão holística e integradora do cuidado.” (CARVALHO *et al*, 2013, p. 4393)*

No momento da roda o aluno se propõe a ouvir, com respeito e apurando sentidos para o entendimento completo do processo de saúde e adoecimento. Sem preocupações com

tomadas de decisão ou condutas, apenas percebendo a pessoa de um outro ângulo, uma nova perspectiva.

“Favorece o ambiente para a escuta, para a compreensão, para visão do todo, e não apenas do indivíduo.” (CISNEIROS et al, 2012, p. 478).

Portanto, a roda de terapia comunitária pode ser um ambiente facilitador no desenvolvimento de competências essenciais na formação de profissionais de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Durante a pesquisa bibliográfica inicial, na correlação do termo TCI com as outras palavras-chave, foram encontrados em sua maioria artigos relacionando a TCI na APS, valorizando a sua efetividade neste cenário enquanto ferramenta ao tratamento na saúde mental no território ou enquanto transformadora das relações interpessoais entre os profissionais e os usuários, mas pouquíssimos relacionando a TCI como ferramenta de apoio no ensino em saúde. O levantamento apontou, portanto, a necessidade de estudos recentes que demonstrem a potência da TCI não apenas enquanto metodologia para abordagem comunitária do território da APS, mas no apoio da formação acadêmica de recursos humanos para o trabalho no SUS.

Este estudo também se justificou diante de uma necessidade na formação de médicos e médicas com um perfil generalista e humanístico, para suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária a saúde (APS) como cenário formativo inclusivo, propõe um cuidado longitudinal integrador de transformação social. Na APS, o aluno se movimenta pela comunidade, se integra ao trabalho em equipe, experimentando realidades paralelas ao consultório médico. Em um país com tantas desigualdades, a TCI aliada a APS se torna um local de resistência e luta no enfrentamento do processo de saúde e adoecimento em suas diversas facetas.

Reitero que muito pouco foi encontrado na literatura à respeito das contribuições da TCI na formação em medicina. Alguns artigos se voltam a percepção de estudantes de psicologia, enfermagem e a de profissionais de saúde que participaram de rodas de TCI na APS e no cenário universitário. Essa dissertação, portanto, se propõe a trazer novas contribuições para a academia, principalmente para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo durante o internato na unidade básica de saúde, tal como se observará na discussão dos resultados.

4. PRESSUPOSTO

A vivência dos internos na TCI possibilita uma melhor compreensão da complexidade biopsicossocial e espiritual do ser humano, contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais previstas nas DCNs de medicina de 2014.

5. OBJETIVOS

5.1- OBJETIVO GERAL

Compreender o papel da TCI como ferramenta de apoio à formação humanística, crítica e reflexiva prevista nas DCNs de medicina de 2014.

5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

5.2.1- Conhecer o histórico da criação do módulo de saúde coletiva do internato da faculdade de medicina do UniFOA, seus objetivos de aprendizagem e como a TCI se relaciona com esses objetivos.

5.2.2- Analisar as percepções dos alunos sobre a aprendizagem, sobre integralidade do cuidado e as contribuições da roda de TCI para a sua formação humanística.

6- MATERIAL E MÉTODOS

6.1- TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório com criação de fontes orais através de entrevista e o registro de grupo focal. A pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender a realidade social de pessoas, grupos ou culturas. Assim, a subjetividade se sobrepõe ao racional, permitindo a análise das percepções dos indivíduos (KRIPKA et al., 2015). Optou-se pelo estudo exploratório pois trata-se de uma questão de pesquisa com pouca referência anterior, tendo como base as vivências observadas durante o trabalho como preceptora do internato do UniFOA. Portanto, a investigação centra na forma como os internos percebem suas experiências na TCI, entendendo como ela se relaciona com sua prática médica.

6.2- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de março a agosto de 2020, tendo como cenário a Unidade Básica de Saúde da Família Vila Brasília e o Centro Universitário de Volta Redonda

(UniFOA) localizados na cidade de Volta Redonda, na região sul fluminense, do Estado do Rio de Janeiro.

6.3- PARTICIPANTES

Participaram do estudo, como única entrevistada, a supervisora do internato médico de saúde coletiva e dos grupos focais, os internos do UniFOA que estiveram durante rodízio do módulo de saúde coletiva na UBSF Vila Brasília Ana Maria de Assis participando de rodas de TCI.

Os critérios de inclusão nos grupos focais foram: ter participado do rodízio na UBSF Vila Brasília e participado de pelo menos uma roda de TCI, além de ter vivenciado a rotina da UBSF por pelo menos quatro das oito semanas obrigatórias. Para critério de exclusão, aqueles internos que, apesar de terem vivenciado este cenário de práticas, estiveram de licença médica por 7 semanas ou não participaram de nenhuma roda. Foram consideradas perdas aqueles que não desejaram participar da pesquisa.

6.4- INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

6.4.1- A Entrevista Semi-Estruturada

Foi realizada uma única entrevista (APÊNDICE I), semiestruturada com a supervisora do módulo de saúde coletiva, do internato médico do UniFOA. Para isso, foi utilizado o aplicativo SKYPE, muito utilizado no meio acadêmico, também seguro e com possibilidade de duração de mais de uma hora de encontro. A entrevista foi agendada após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) enviado via *google forms*. Neste estavam contidos os objetivos da pesquisa e informados os aspectos éticos. A entrevista foi gravada no próprio aplicativo e logo transcrita e apagada tal como consta no TCLE (APÊNDICE 2). As entrevistas podem ser estruturadas, constituídas de perguntas definidas; ou semiestruturadas, permitindo uma maior liberdade ao pesquisador. Sendo esta última a maneira dominante de entrevistar em pesquisa qualitativa (YIN, 2016).

Esta entrevista apresenta relevância histórica visto que a supervisora, também professora do módulo de saúde coletiva, exerceu um importante papel na gestão municipal no passado, contribuindo para a implantação da TCI na cidade de Volta Redonda e na grade

curricular do UniFOA. Poderemos, portanto, entender todo o contexto histórico do movimento da TCI nesta cidade e sua vinculação com o ensino nesta IES.

O material desta entrevista, estruturada em tópicos - guia, garantiu o aprofundamento do conhecimento do processo histórico de construção do módulo de saúde coletiva da faculdade de medicina do UniFoa e da integração ensino-serviço-comunidade no município de Volta Redonda. Além de possibilitar entender de que forma a TCI se relaciona com os objetivos do projeto pedagógico, estruturado em eixos transversais e longitudinais.

Foi importante também captar as percepções da professora sobre os alunos que vivenciaram a TCI no ambiente de práticas formativo. A entrevistada mostrou documentos relativos à disciplina e ao internato, os quais estão contidos nesta dissertação. Como não existem outros professores que avaliam o rodízio dos internos na APS, especificamente os que estiveram na UBSF Vila Brasília, tivemos então uma entrevistada única.

6.4.2- Os Grupos Focais on-line

Grupos focais podem ser definidos como reuniões de pessoas em um local previamente agendado, na qual se usam técnicas de intervenções grupais, para facilitar a interação entre as pessoas e promover troca de experiências, a discussão sobre ideias e sentimentos a respeito de um assunto específico (FLICK, 2009). No caso do Grupo Focal on-line, o ambiente físico é substituído por uma plataforma virtual, que precisa garantir segurança e promover os mesmos objetivos de debate de concepções entre os participantes, através de recursos de áudio e vídeo. Recomenda-se entre 5 a 6 participantes para garantir que todos possam contribuir e o tempo de duração não deve ultrapassar duas horas (ABREU *et al*,2009).

Os grupos focais online têm a vantagem de reunir pessoas de diferentes locais geográficos simultaneamente em uma mesma plataforma. No caso desta pesquisa, os internos que participaram dos grupos estavam em diferentes cenários de prática e dois participantes que pertenciam ao primeiro grupo de internos de 2018 já estavam formados pela antecipação da graduação devido ao estado emergencial da pandemia de COVID-19. Logo, a modalidade on-line possibilitou um encontro seguro para aquele momento e com maior possibilidade de adesão pelos participantes.

Diferente da entrevista individual, os grupos focais propiciam um debate aberto em torno de um tema de interesse comum aos participantes, potencializando uma análise

enriquecedora do ponto de vista qualitativo (OLIVEIRA et al, 2007). Foram realizados três grupos focais na modalidade on-line com os internos que participaram de TCI na UBSF Vila Brasília Ana Maria de Assis, a fim de captar as percepções, crenças e atitudes relacionadas a sua vivência no período que estiveram na unidade. Apesar de estudos demonstram que os grupos focais on-line não gerem profundidade dos debates, os três grupos foram conduzidos com bastante interação. Os imprevistos e a forma de organização serão comentados mais adiante.

O papel do moderador no grupo focal on-line é ainda mais importante, pois ele precisa estar atento a discussão e evitar as dispersões, que no ambiente virtual são muito mais frequentes. Além disso, o observador é essencial, uma vez que o moderador não tem condições de ao mesmo tempo conduzir o grupo e estar atento a quem entra ou sai da sala virtual, ao chat e a aos microfones ligados simultaneamente (ABREU et al, 2009).

Os grupos focais e a entrevista foram realizados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/HUPE, CAAE: 33438820.0.0000.5259 em parceria com o CoEPS do Centro Universitário de Volta redonda- UniFOA, CAAE: 33438820.0.3001.5237. Para uma amostra homogênea, foram convidados para participarem dos grupos focais, os internos de medicina do UniFOA que participaram do rodízio de Saúde Coletiva na UBSF Vila Brasília Ana Maria de Assis e participaram de pelo menos uma das rodas de TCI semanalmente no território entre os anos de 2018 à 2020.

Os grupos focais com os internos de medicina foram realizados por meio da plataforma ZOOM, que garante encontros de pessoas pela internet de mais de uma hora de duração, além da interação entre os participantes. A participação nos grupos focais foi voluntária e todos os colaboradores tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III) que foi disponibilizado via *google forms*. As datas e os horários dos grupos focais foram agendados previamente em conformidade com a instituição de ensino. O convite da reunião foi enviado também via WhatsApp após o recebimento do TCLE assinado dos participantes voluntários. O grupo focal se deu a partir de um roteiro previamente estabelecido, utilizado pela moderadora do grupo. (APENDICE IV).

Organização dos Encontros Virtuais

Trinta e seis internos que fizeram o rodízio na Unidade Básica de Saúde da Família

Vila Brasília preencheram os critérios de inclusão: participaram de rodas de terapia comunitária durante o rodízio e foram convidados a participar da pesquisa. Vinte e três aceitaram, sendo que 20 participaram efetivamente dos grupos focais online (quatro estavam no décimo período, dez no décimo primeiro período e quatro no décimo segundo período) e 2 recém egressos do curso.

Para facilitar a comunicação, foi criado um grupo de WhatsApp com todos os interessados a participar do projeto. Foram planejados três grupos focais, de 6 a 8 participantes em cada um. Encorajou-se aqueles que fizeram o rodízio na UBS juntos ficassem nos mesmos grupos, mas a composição dos grupos se deu de acordo com a disponibilidade de horários e de conexão dos participantes.

No primeiro grupo tivemos seis participantes, no segundo grupo nove e no terceiro cinco. Foram onze homens e nove mulheres. A faixa etária dos participantes variou de 22 a 39 anos (a média de idade foi de 25 anos). Dois deles tinham outra formação de nível superior, estando na segunda graduação.

Foram montados três grupos de WhatsApp para organizar cada grupo focal. Foram incluídos os participantes da pesquisa, a moderadora, a pesquisadora e a supervisora do internato médico do UniFOA, pois precisávamos garantir que os participantes fossem liberados de suas atividades do curso para a participação na atividade no dia e hora agendados.

Neste grupo foi enviado o link de acesso a sala virtual, e orientado aos participantes que poderiam voltar a sala pelo mesmo link em caso de queda de conexão. Utilizamos o zoom como plataforma, os grupos foram gravados em áudio e vídeo, sendo possível a gravação em vídeo por participante de forma individual em sua fala e no modo coletivo, viabilizando a observação das reações e interações físicas de todos simultaneamente durante as falas.

Preparação dos Grupos Focais:

Realizamos uma reunião previa com a moderadora convidada para discutir sobre as questões norteadoras e sobre o andamento do grupo, que culminou na construção de um roteiro (APENDICE IV). Este roteiro teve sua ordem modificada após reavaliação dos resultados do primeiro grupo. Não foram inseridas novas questões, apenas trocadas de ordem para melhor construção de sentido pelos participantes. Importante ressaltar que a autora não participou do

grupo focal online como moderadora por estar diretamente vinculada aos internos, evitando assim interferências que sua presença pudesse causar no ambiente virtual.

Primeira conformação do Grupo Focal

Questão Norteadora 1: O que significou para vocês a participação em rodas de TCI durante a faculdade. **Questão Norteadora 2:** Comentem uma situação vivenciada na TCI caso se lembre. **Questão Norteadora 3:** Falem sobre as situações enfrentadas pelo interno na UBS e como superá-las. **Questão Norteadora 4:** Diante das experiências que vocês viveram no Vila Brasília, a roda de terapia, atividades no CRAS, nas escolas, etc, o que vocês diriam a colega de vocês que iniciaria lá amanhã.

Nos próximos grupos a ordem das questões foi modificada, estabelecendo-se da seguinte maneira:

Questão Norteadora 1: Falem sobre as situações enfrentadas pelo interno na UBS e como superá-las. **Questão Norteadora 2:** O que significou para vocês a participação em rodas de TCI durante a faculdade. **Questão Norteadora 3:** Comentem uma situação vivenciada na TCI caso se lembre. **Questão Norteadora 4:** Diante das experiências que vocês viveram no Vila Brasília, a roda de terapia, atividades no CRAS, nas escolas, etc, o que vocês diriam a colega de vocês que iniciaria lá amanhã.

Além das questões norteadoras foi realizada uma dinâmica de grupo inicial para integrar os participantes. A moderadora perguntou ao grupo: Se você pudesse ligar para você mesmo no início da faculdade, qual conselho você daria a você mesmo? Também para o encerramento, a moderadora solicitou que dissessem com uma palavra o que estariam levando da experiência.

Para lidar com intercorrências técnicas e possíveis quedas de conexão dos participantes, incluímos um apoiador, que ficaria atento àqueles que pedissem permissão de entrada no grupo com atraso ou tentasse retornar após falha de conexão. Este apoiador também seria responsável pelo treinamento inicial dos participantes da plataforma nos primeiros cinco minutos iniciais, e pela renomeação dos participantes com os nomes fantasia escolhidos por eles para a participação, assim o moderador não perderia o foco da discussão, estando mais inserido na proposta do trabalho de interação.

Alguns alunos acessaram a plataforma do ambiente de práticas do internato, aparecendo pela webcam paramentados. Outros estavam em suas residências pois teriam aula online. Devido a pandemia de COVID-19, alguns deles tiveram formatura antecipada e estavam há um mês da graduação.

No início do grupo focal foi realizada a apresentação da equipe composta pela moderadora e pela apoiadora técnica que mostrou a plataforma e seus recursos de forma breve, além de orientar sobre o que fazer caso houvesse perda de conexão. Foi solicitado aos participantes pela moderadora que se apresentassem com seus nomes fantasia escolhidos por eles para a participação, que informassem o período da faculdade que estavam e a respectiva idade, além de reiterar que estavam de acordo com a gravação de voz e vídeo. A apoiadora renomeou as câmeras com os nomes escolhidos pelos participantes. A renomeação permitiu que eles não precisassem se identificar no grupo com seus nomes reais, já que participaram pessoas de turmas diferentes que não se conheciam, facilitando a interação entre os membros, e garantia de segurança de um grupo on-line.

Imprevistos

A maioria conseguiu ligar a câmera de vídeo, porém alguns tiveram problemas para acionar, ou não quiseram mostrar o rosto. Como descrito anteriormente os internos puderam participar, mas dentro de sua rotina de atividades, portanto os que estavam nos estágios apareceram de máscara cirúrgica, isso dificultou ver as expressões não verbais que são importantes na construção da análise.

Houve queda de conexão de participantes durante os grupos, mas com as orientações iniciais conseguiram voltar. Dois dos internos começaram o grupo, mas não conseguiram continuar por instabilidade na conexão, foram convidados a retornarem no grupo da próxima data para continuar a participação. Houve congelamento da câmera de alguns, cortes de fala, precisando ser permitido a essas pessoas apenas o recurso de voz para otimizar o grupo.

Reitero que a participação nos grupos focais foi voluntária e todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE III). O grupo planejado para durar em torno de duas horas, garantiu o sigilo das informações compartilhadas, e o anonimato dos participantes conforme TCLE. Através da plataforma ZOOM foi possível a

gravação de áudio e vídeo do grupo focal que foi transcrito pela autora para a posterior análise de conteúdo (AC).

6.5- ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita levando-se em consideração o contexto social, visto que são dados potencialmente subjetivos. Lervolino e Pelicione (2001, p. 119) propõem duas formas para análise: através do sumário etnográfico e por análise de conteúdo. O primeiro realizado por citações textuais dos participantes do grupo enquanto o segundo enfatiza as categorias explicativas que aparecem ou estão ausentes das discussões. Os métodos citados podem ser combinados dependendo da pesquisa. Mas neste trabalho, para o grupo focal, utilizamos a análise de conteúdo (AC) na modalidade temática. Minayo (2001) descreve AC como uma possibilidade de analisar o comportamento humano, avaliando informações e possibilitando descobertas por trás dos conteúdos avaliados.

Bardin (1979) divide o método de AC em três fases: a pré análise, composta pela organização do material, onde é realizada uma leitura flutuante de forma a conhecer o texto transcrito, para então escolher os documentos tendo em vista os objetivos estipulados; logo segue a etapa da exploração do material, a codificação e categorização utilizando o critério semântico, a escolha das unidades de contagem (codificação), seleção das regras de contagem (classificação) e a escolha de categorias (categorização). A última etapa é o tratamento dos resultados, através da inferência e interpretação e assim desvendar o conteúdo latente que os textos possuem.

O grupo focal on-line foi gravado por meio de áudio e vídeo pela plataforma ZOOM e depois transcrito para ser submetido à análise de conteúdo (AC) pela autora. As informações foram analisadas e selecionadas visando a interferência através da identificação objetiva e sistemática de características específicas das mensagens, reconhecendo assim as categorias de análise para discussão. O texto transcrito é um meio de expressão dos indivíduos e a autora buscou a categorização de palavras ou frases que se repetiram, interferindo em uma expressão significativa que as representassem (CAREGNATO, 2006).

Guia da Entrevista e Grupo Focal

Os roteiros para a entrevista semiestruturada e para o grupo focal on-line foram elaborados com base nos objetivos da pesquisa e na revisão da literatura sobre o tema (APÊNDICES III e IV).

6.6- ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes foram informados claramente, e conscientizados sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, do uso de gravação voz e filmagem durante o grupo focal e de voz durante a entrevista. A participação não oferece riscos à saúde.

A duração foi em média de duas horas, tanto da entrevista como do grupo focal on-line. Além disso, foram informados que a pesquisa poderia não trazer benefícios diretos ou imediatos, além da oportunidade de conversar e refletir sobre os seus objetivos e de contribuir para a educação médica, após os docentes e preceptores em saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Aos participantes tanto do grupo focal como da entrevista foram entregues um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICES I e III), enviado previamente via WhatsApp no modelo do *google forms*, que após lido e assinado, ficou disponível ao pesquisador e ao participante, que recebeu a cópia via e-mail. Neste termo consta além do tema da pesquisa e seus objetivos, que os vídeos serão transcritos, mas seus nomes reais permanecerão em sigilo, para evitar qualquer possibilidade de identificação. Foi garantido um ambiente virtual seguro fundamental para a execução do roteiro pré-elaborado. O relatório final, a ser divulgado em encontros científicos e em revistas especializadas, conterá citações anônimas.

Além disso, aos que aceitaram a participação foi informado que diante de qualquer dúvida em relação a pesquisa, poderiam entrar em contato com os pesquisadores. Não foi necessário ressarcimento de despesas (por exemplo, transporte, alimentação, diárias etc.), pois a coleta de dados (entrevista e grupo focal) foi realizada durante a rotina de aulas e trabalho dos participantes.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1- O CURSO DE MEDICINA DO UniFOA

O Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) apresenta um currículo modular integrado, composto de doze módulos estruturados em eixos transversais e horizontais.

São três os eixos horizontais: Eixo I: Bases Morfofuncionais do Ser Humano (módulos I a III), Eixo 2: Agressão e Defesa e Relacionamento Médico-Paciente (módulos IV e V) e Eixo 3: Cuidados em Saúde (módulos IX a XII). Por eles perpassam concomitantemente os eixos transversais de Medicina e Humanidades, Saúde e Sociedade e Habilidades Médicas (fig.1).

O eixo transversal Saúde em Sociedade enfoca as competências relacionadas à Vigilância em Saúde, considerando o contexto político, histórico e organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando os diferentes componentes da Vigilância e a evolução desse campo do saber.

No primeiro ano de faculdade, o estudante conhece a história das políticas públicas brasileiras, o conceito ampliado de saúde e determinantes do processo saúde-doença. Também se familiariza na teoria e prática, com o modelo assistencial da estratégia saúde da família, reconhece o território e se aproxima do processo de trabalho do médico de família na atenção primária em saúde.

O eixo transversal Medicina e Humanidades se desenvolve com foco em conteúdos humanísticos em seus múltiplos aspectos, como Filosofia, Sociologia, Antropologia, História da Medicina, Psicologia e Comunicação. O estudante desde os primeiros anos do curso é levado a refletir sobre conceitos de ética, além de desenvolver habilidades interpessoais que potencializem a comunicação, o acolhimento, a construção de vínculos, a empatia. Neste eixo o aluno tem contato pela primeira vez com a roda de terapia comunitária sistêmica e integrativa, seja através das aulas teóricas ou pela prática. (Quadro 2).

O eixo de habilidades médicas transversaliza também do I ao VIII módulo, e reflete todas as habilidades práticas que os estudantes precisam desenvolver durante a formação. No eixo 1, por exemplo, as habilidades relacionadas ao ciclo básico da medicina, como na histologia com habilidades de microscopia na identificação de lâminas etc. O eixo se desenvolve de maneira crescente por todos os módulos, englobando competências que se integram e permitem, desde a anamnese à realização do exame clínico, o desenvolvimento do raciocínio clínico e construção de hipótese diagnósticas, a partir de uma visão centrada na pessoa.

CURRÍCULO MODULAR INTEGRADO											
EIXO I - Bases Morfofuncionais do Ser Humano			EIXO II - Agressão e Defesa e Relacionamento médico-paciente		EIXO III – Cuidados em Saúde			INTERNATO			
MÓDULO I	MÓDULO II	MÓDULO III	MÓDULO IV	MÓDULO V	MÓDULO VI	MÓDULO VII	MÓDULO VIII	MÓDULO IX	MÓDULO X	MÓDULO XI	MÓDULO XII
OS SENTIDOS, A PERCEÇÃO E A CIRCULAÇÃO E A TROCA	A CIRCULAÇÃO E A TROCA	EQUILIBRIO VITAL	OADOEER	RELACIONAMENTO MÉDICO-	CUIDADOS ELEMENTARES EM	DOENÇAS PREVALENTESE	DOENÇAS CRÔNICAS	SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	SAÚDE DA MULHER	DOENÇAS CIRÚRGICAS, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Eixo Transversal: MEDICINA E HUMANIDADES								Eixo Transversal: SAÚDE COLETIVA, ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL			
Eixo Transversal: SAÚDE EM SOCIEDADE											
Eixo Transversal: HABILIDADES MÉDICAS											

Figura 1: Currículo Modular Integrado da Graduação em Medicina da UniFOA

Fonte: Projeto pedagógico UniFOA

7.1.1- O INTERNATO DE MEDICINA DO UNIFOA

A instituição foi uma das primeiras escolas médicas a implantar o Internato em dois anos, atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, que indica 35% da carga horária do curso para essa atividade. Paralelamente, conseguiu-se também implantar a preceptoria diretamente nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) aumentando a esfera de influência junto aos parceiros institucionais e mantendo a totalidade dos discentes próximo ao campus universitário.

O internato médico é constituído pelos módulos IX que engloba saúde do adulto e do idoso, X saúde da criança e do adolescente, XI saúde da mulher, saúde mental e doenças infecto contagiosas e XII cirurgia, urgência e emergência. O internato também conta com um eixo transversal aos módulos IX, X e XI, denominado “Saúde Coletiva, Atenção Básica e Saúde Mental”, onde os alunos precisam desenvolver atividades interprofissionais no âmbito da atenção, educação e gestão em saúde. Assim como no ciclo básico, o eixo transversal integra com os horizontais nos cenários que o aluno passa.

Além disso, as parcerias firmadas através de convênios da Instituição de Ensino Superior (IES) com as redes pública e privada de saúde propiciam aos discentes o acesso a hospitais, ambulatórios de referência e unidades básicas de saúde da família – UBSF, possibilitando uma formação prática ampliada em diferentes cenários na realidade do SUS.

Nessa etapa do curso, os alunos aplicam e aprofundam seus conhecimentos em atividades práticas, junto ao paciente e ao preceptor, em cenários apropriados, onde os atores envolvidos (aluno – paciente – preceptor – comunidade) estão inseridos diretamente na assistência à saúde, considerando a Atenção Primária e a Urgência e Emergência e outras áreas, a saber: Saúde do Adulto e do Idoso/Clínica Médica, Saúde da Criança e do Adolescente/Pediatria, Cirurgia, Saúde da Mulher/Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Coletiva, Atenção Básica/Medicina de Família e Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental, como preconizado pelas novas DCNs. O Internato é desenvolvido no decorrer de 22 semanas, nas quais a turma correspondente a cada módulo vivencia cenários distintos, com rodízio a cada 7 semanas.

Esses cenários são constituídos por serviços do SUS, distribuídos em três municípios da região, sendo: 12 unidades básicas de saúde da família; um Consultório Na Rua; duas policlínicas, uma voltada para a atenção à mulher e outra para o idoso; dois CAPS II; um centro de referência em doenças infecto contagiosas; uma UPA; três hospitais gerais, sendo que um deles é referência na região, e um hospital da mulher.

Embora os cenários de prática sejam bem diversificados, os rodízios nesses cenários possibilitam o acesso da turma, de aproximadamente 50 estudantes, a todos eles. Os grupos e subgrupos são constituídos a partir de decisão dos estudantes, considerando aspectos relacionais e afinidades. Assim, a cada 7 semanas, eles se integram às novas equipes da rede, possibilitando um processo de aprendizagem vivo, nesse cotidiano.

Nesses diferentes cenários, os estudantes entram em contato com a realidade social, cultural e epidemiológica da população. O Módulo IX oferece atividades com foco na saúde do adulto e do idoso, em diferentes níveis de complexidade da rede. Na APS, nas Unidades de Saúde da Família e nos níveis secundário e terciário em hospitais e ambulatórios também pertencentes à rede SUS. Essas atividades são desenvolvidas para que os estudantes percebam o papel do médico no processo de trabalho em equipe, nos diferentes cenários e situações, com foco na pessoa e na vigilância em saúde.

Assim, quando na APS, são levados a conhecer o território, fazem visita domiciliar, participam de atividades de educação em saúde, assistência, gestão, convivem com a equipe no seu cotidiano de cuidado integral à população. Já no cenário hospitalar, entram em contato com pacientes nas enfermarias, nos ambulatórios e nos plantões do pronto socorro, identificando modelos e as diferentes formas de cuidar.

Da mesma forma, no Módulo X, o aluno frequenta ambulatórios de pediatria, acompanhando o pediatra da atenção básica, da média complexidade e dos hospitais de referência, atuando junto com as equipes no cuidado integral das crianças e adolescentes.

No módulo XI o aluno também roda com o ginecologista da atenção básica, hospitais e centros ambulatoriais da média complexidade. Além disso, pelo eixo transversal o interno passa também pelo Caps Vila Esperança e no Centro de Doenças Infecto Contagiosas. No módulo XII os cenários são os hospitais.

Desde o ano 2000, tendo como norteadoras as diretrizes curriculares do MEC, sedimentadas pelas orientações implantadas pela CINAEM/ABEM, o internato médico do UniFOA vem sendo reformulado. Em 2015, apresentou-se uma nova proposta para atendimento às novas diretrizes curriculares. O novo modelo atende ao documento e é realizado com 3.080h (35,28% do total da carga horária do curso), como preconizado pelas DCNs. Contempla as áreas básicas da formação do futuro profissional e, dentro desse desenho, a área de Atenção Básica, composta por Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva, totaliza a carga horária de 624 horas e a Urgência/Emergência totaliza 451 horas, portanto essas áreas correspondem a 34% da carga horária total do internato.

Na estrutura de gestão do internato, há um supervisor para cada módulo e eixo transversal. O discente é supervisionado e orientado no campo de prática por preceptores da rede conveniada, além dos professores do curso que atuam no internato. Ao final de cada módulo, o discente, orientado pelo preceptor, apresenta um seminário relacionado à sua vivência no cenário de prática (relato de caso e pesquisa epidemiológica), que compõe um dos critérios de avaliação do módulo.

Desde o ano 2000, tendo como norteadores as diretrizes curriculares do MEC, sedimentadas pelas orientações implantadas pela CINAEM/ABEM, o internato médico do UniFOA vem sendo reformulado. Em 2015, apresentou-se uma nova proposta para atendimento às novas diretrizes curriculares. O novo modelo atende ao documento e é realizado com 3.080h (35,28% do total da carga horária do curso), como preconizado pelas DCNs.

Contempla as áreas básicas da formação do futuro profissional e, dentro desse desenho, a área de Atenção Básica, composta por Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva, totaliza a carga horária de 624 horas e a Urgência/Emergência totaliza 451 horas, portanto essas áreas correspondem a 34% da carga horária total do internato.

Na estrutura de gestão do internato, há um supervisor para cada módulo e eixo transversal. O discente é supervisionado e orientado no campo de prática por preceptores da rede conveniada, além dos professores do curso que atuam no internato. Ao final de cada módulo, o discente, orientado pelo preceptor, apresenta um seminário relacionado à sua vivência no cenário de prática (relato de caso e pesquisa epidemiológica), que compõe um dos critérios de avaliação do módulo.

7.1.2- A TCI NO CURRÍCULO MODULAR DO UniFOA.

Durante o curso de medicina a TCI é apresentada pela primeira vez aos alunos no eixo medicina e humanidades no modulo IV. As aulas são divididas em três momentos, o primeiro contendo as bases teóricas, o segundo sobre o passo a passo e o terceiro se dá com as vivencias práticas integradas com os terapeutas da rede de saúde municipal.

A supervisora do internato de saúde coletiva Profa. Angela Guidoreni relata na entrevista que a TCI lhe foi apresentada em um congresso de medicina de família e comunidade, onde ela teve a oportunidade de conhecer o projeto quatro varas. Na época professora do UniFOA e na gestão municipal, levou a proposta para o município, e como projeto de extensão para os alunos da academia. O projeto acabou proporcionando a entrada da TCI na grade curricular como tema do eixo medicina e humanidades em 2012, e permanece até os dias atuais (quadro 2).

A Profa. Angela Guidoreni percebe a mudança dos estudantes que tiveram a oportunidade de estar nestes cenários onde a TCI se desenvolvia. Segundo ela, a percepção sobre o adoecimento das pessoas, a incorporação de conceitos como a clínica ampliada do sujeito, foram características desenvolvidas pelos estudantes. Como exemplo, ela cita os seminários integradores de avaliação do módulo de saúde coletiva, onde a TCI era trazida pelos acadêmicos como tema escolhido para trabalho e inclusive nos grupos Balint realizados por ela com os internos, onde as situações vividas nas rodas nos territórios eram colocadas pelos estudantes para as discussões no coletivo. Durante a entrevista, ela cita alguns casos trazidos pelos alunos e se emociona ao lembrá-los:

“A sensibilidade deles muda, eles conseguem entender que a relação médico-paciente construída numa roda ela é diferente, a escuta deles muda, eles se sensibilizam, eles conseguem entender o que é empatia de fato.”

A coordenadora cita a TCI como uma metodologia ativa do processo de ensino aprendizagem pois coloca o estudante no centro do seu processo de aprendizado, fornecendo autonomia e reflexão da práxis. Portanto, os estágios dos internos nas UBSFs frequentando as rodas de TCI, podem trazer percepções relacionadas ao cuidado humanizado por meio de experiências práticas participativas e integradoras (SANTOS, 2014).

Como podemos observar no quadro a seguir, a TCI foi introduzida como metodologia ativa, no processo de aprendizagem dos acadêmicos de medicina, em 2009. Simultaneamente, foi implantada na cidade de Volta Redonda, com o investimento da gestão à época e na capacitação dos profissionais de saúde na formação em terapia comunitária. Mesmo assim, de 2009 a 2011 apenas o internato em saúde coletiva no módulo IX que estava inserido na UBSF Siderlândia, participava das rodas de terapia comunitária na APS.

Como pode ser visto no quadro 1, com a inserção em 2012 da TCI no currículo modular da IES e com a formação e distribuição dos terapeutas formados na rede de atenção à saúde do município, essa vivência prática foi ampliada para os módulos IV e VIII, para alunos que tinham seu rodízio prático na UBSF Três Poços, que está localizada no campus universitário do UniFOA.

Em 2017, conforme também a distribuição dos terapeutas comunitários na RAS, a TCI ganha novos espaços na prática acadêmica, participando dela além de internos do módulo IX, os que tinham sua prática no Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança (CAPS) no módulo XI.

QUADRO 1. Cenários de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: Participação dos alunos do curso de medicina do UniFOA nas rodas de TCI (2009 a 2020)

ANO	UNIDADE	PARTICIPAÇÃO NA TCI
2009	UBSF SIDERLÂNDIA	MÓDULO IX (ISC)
2010	UBSF SIDERLÂNDIA	MÓDULO IX(ISC)
2011	UBSF SIDERLÂNDIA	MÓDULO IX (ISC)
2012	UBSF TRÊS POÇOS	MÓDULOS IV E VIII

2013	UBSF TRÊS POÇOS	MÓDULOS IV E VIII
2014	UBSF TRÊS POÇOS	MÓDULOS IV E VIII
2015	UBSF TRÊS POÇOS	MÓDULOS IV E VIII
2016	UBSF TRÊS POÇOS	MÓDULO IV
2017	ACADEMIA DA SAÚDE DO VOLTA GRANDE	MÓDULO IX (ISC)
	CAPS VILA ESPERANÇA	MÓDULO XI (ISC)
2018	ACADEMIA DA SAÚDE DO VOLTA GRANDE	MÓDULO IX (ISC)
	UBSF VILA BRASILIA	MODULO IX
	CAPS VILA ESPERANÇA	MÓDULO XI (ISC)
2019	UBSF SÃO JORGE (Pinheiral)	MÓDULO IX (ISC)
	CAPS VILA ESPERANÇA	MÓDULO XI (ISC)
	UBSF VILA BRASILIA	MODULO IX
	UBSF VILA BRASILIA	MODULO IX
2020	UBSF VILA BRASILIA	MODULO IX

Fonte: Documento fornecido durante a entrevista a coordenadora do modulo de saúde coletiva do UniFOA.

Em 2018, como coordenadora do internato médico, a Profa. Ângela ampliou o cenário de práticas em TCI. Expandiu para a Academia da Saúde da UBSF Volta Grande, onde atuavam profissionais com formação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e para a UBSF Vila Brasília, cenário onde esta pesquisa foi realizada, permitindo ao grupo de internos que rodavam nesta unidade especificamente no módulo IX, participassem dessa vivencia semanalmente, junto a preceptora MFC da unidade básica que era também terapeuta comunitária.

Portanto, as vivências práticas de TCI dos acadêmicos de medicina do UniFOA estão presentes em diferentes cenários de integração ensino-serviço e comunidade. Apesar disso, as práticas de TCI na RAS, incluindo a APS, estavam restritas aos estudantes cujo subgrupo estava alocado nessas unidades que possuíam profissionais de saúde habilitados como terapeutas comunitários.

QUADRO 2. Inserção do tema TCI na grade curricular e no projeto pedagógico do curso de medicina de UniFOA

ANO	EIXO MEDICINA E HUMANIDADES ATIVIDADE TEÓRICA	EIXO MEDICINA E HUMANIDADES ATIVIDADE PRÁTICA
2012	MÓDULOS IV E VIII	UBSF TRÊS POÇOS
2013		
2014		
2015		
2016	MÓDULO IV	UBSF TRÊS POÇOS
2017	MÓDULO IV	Roda Vivencial em sala
2018		
2019	EIXO SAÚDE EM SOCIEDADE ATIVIDADE PRÁTICA	
	MÓDULO I, II e III	UBSF SÃO JORGE (Pinheiral)
	PET- SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE	
	Participantes do GT3 e GT5 (alunos de educação física, enfermagem, medicina, nutrição e odontologia)	UBSF SÃO JORGE (Pinheiral) UBSF VILA BRASÍLIA (Volta Redonda)

Fonte: Documento fornecido durante a entrevista a coordenadora do módulo de saúde coletiva do UniFOA.

Como podemos observar no quadro 2, a TCI integra a grade curricular no UniFOA, a partir de 2012, no eixo de medicina e humanidades no módulo IV e VIII introduzindo os conceitos teóricos e vivências práticas com os próprios alunos na UBSF Três Poços, que está localizada no campus universitário. A partir de 2017 as atividades teóricas ficam concentradas no módulo IV com atividades práticas em sala de aula. Em 2019 a TCI passa a integrar parte do eixo saúde e sociedade nos módulos I, II e III tendo como cenário de práticas a UBSF São Jorge. Além disso, estudantes de medicina e de outras profissões, que participavam do projeto de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) interprofissionalidade, pertencentes ao grupo tutorial três e cinco, participavam dessa vivência prática também na UBSF São Jorge e na UBSF Vila Brasília.

Além dessas Rodas, segundo a Prof. Ângela, a LAMIC (Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Complementar), tem calendário próprio, no qual propõe as Rodas como uma de suas atividades, aberto aos ligantes e aos alunos em geral.

A partir de 2019 também foi disponibilizado um horário semanal (5ª feira, às 12H) para realização de TCI como recurso de apoio aos alunos. Mas não tem sido observado interesse, de acordo com a supervisora do internato médico responsável pelas atividades.

Portanto, a TCI faz parte do currículo modular inovador da IES, integrando disciplinas no eixo medicina e humanidades, fazendo parte também da vida extracurricular daqueles estudantes que optam por experimentá-la como recurso terapêutico pessoal. Mas sua prática nos territórios, com a população, está restrita aos cenários de integração ensino e serviço com a presença de terapeutas comunitários da rede municipal. A unidade do Vila Brasília por exemplo, era a única que contemplava uma preceptora terapeuta e médica de família. Assim, no internato médico apenas alguns cenários específicos ofereciam a TCI, não estando disponível a 100% dos estudantes neste período da graduação.

7.2- AS CATEGORIAS DE ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS

Os núcleos de sentido que emergiram dos grupos focais levou a construção de três categorias: TCI e a exposição das vulnerabilidades, TCI e a revelação das potências e TCI como modelo de cuidado.

7.2.1- A TCI E A EXPOSIÇÃO DAS VULNERABILIDADES

Como já mencionado, o território de práticas onde esses alunos vivenciaram o módulo de saúde coletiva é conhecido por manter altos índices de violência urbana. Trata-se de uma comunidade vulnerável onde os problemas sociais como tráfico de drogas, desemprego, criminalidade, são conhecidos por longa data pelos munícipes. Os alunos chegam à unidade com um julgamento preconceituoso já instituído, seja pelos familiares ou por estudantes que estiveram antes deles na comunidade. A exposição dos alunos a esta realidade, trouxe os temas desta categoria que serão discutidos a seguir.

7.2.1.1- O medo, o preconceito e o choque de realidade

Conforme já mencionado neste trabalho, para que uma roda de TCI aconteça, na primeira etapa, o acolhimento, são colocadas regras importantes que devem ser seguidas por

todos os rodantes, uma delas é: *Não dar conselhos, não fazer discursos ou julgamentos*. No ambiente circular, o respeito mútuo deve prevalecer, a opinião pessoal não pode ser colocada como exemplo, mas sim a experiência de vida de cada participante, julgamentos infundados baseados em concepções pessoais sobre o assunto também são proibidos. Os alunos entram na roda carregados de conceitos prévios sobre o local, com medo do que poderia acontecer no decorrer das semanas durante o rodízio no Vila Brasília. Neste primeiro momento na roda, os estudantes vão contrapondo seus conceitos prévios pelos que estariam observando e vivendo naquela comunidade, ouvindo as pessoas na TCI e reconstruindo suas próprias opiniões sobre o cenário de práticas.

O grupo focal conseguiu expor o medo inicial dos internos do cenário de práticas onde acontecia a terapia comunitária e o choque de conhecer as consequências dessa realidade na vida das pessoas, promoveu a reflexão sobre o pensamento sistêmico, sobre a cadeia de eventos existente desde o tráfico até o impacto disso na saúde de uma pessoa e de sua família.

“ De uma hora pra outra você foi alocado, por exemplo no Vila Brasília que ninguém estava querendo ir, porque falavam pra gente que era um lugar perigoso, que era um lugar que você ia ter contato com violência, com o tráfico, e de fato o primeiro dia que a gente foi lá a gente viu o pessoal descendo do morro armado, então, assim, eu acho que tudo isso já foi um choque, só que na hora que a gente viu na roda a situação das pessoas a gente realmente percebeu, como que é isso na vida de uma pessoa, como que é isso na família, né? (...) a gente pegou esse caso da mãe que tinha o filho traficante, a gente não imagina, né? Como é que isso pode afetar tanto uma família, como isso afeta diretamente uma sociedade, como um todo, porque ali eles vivem no medo né, por causa do tráfico, e, eu acho que isso foi o principal ponto que a gente aprendeu nas rodas de terapia.” (Sony, GF2)

Barreto (2010) traz em seu livro que os problemas das pessoas são observados e resolvidos como parte integrada de uma rede complexa. Do que vale medicar uma mãe com depressão se não entendo a história do adoecimento? Se não conheço a realidade de vida daquela pessoa? As partes que geram o todo. Isso, a TCI explora, desvenda e consolida. Devagar o interno vai entrando no cenário, percebendo e construindo uma visão crítica e social.

Identificamos como a roda é capaz de auxiliar na compreensão dos determinantes sociais de saúde envolvidos, muitas vezes ocultos em uma consulta de quinze minutos no consultório. Segundo HORTA (2011) os estudantes ao participarem da TCI, reintegram

conceitos de constituição familiar de uma forma mais contemporânea e realista, com um olhar sistêmico e integrado da dinâmica familiar e dos eventos que desencadeiam os problemas das pessoas. Na fala a seguir isso também se identifica:

“Às vezes a gente cria uma ilusão assim de realidade que família se ama, que família se dá bem... que a mãe vai tá lá pelo filho, que a gente vai poder contar com uma mãe, para ter um maior vínculo com aquela família e aderir mesmo ao tratamento, mas que nem sempre é essa situação.” (Ana, GF1)

A exposição perante a realidade dessas famílias nas rodas, trouxe aos internos uma ambiguidade de sentimentos: do lado de dentro do consultório a raiva inicial da não adesão a um tratamento prescrito, do lado de dentro da roda, a sensibilidade de entender que aquela pessoa não tem ninguém por ela, que famílias são diferentes, que as dinâmicas interpessoais são singulares, que não dependem do vínculo consanguíneo e que a medicina de família foca no complexo pessoa-família e comunidade.

7.2.1.2- Impotência diante dos casos

As pessoas quando procuram um serviço de saúde enxergam no médico alguém capaz de gerar a solução. Mas somos capazes sozinhos de dar resolubilidade? O médico como o gerador das soluções, o “salvador da pátria” se vê vulnerável neste momento. Dentro da roda o aluno se percebe compreendendo uma abordagem sistêmica, onde a carência gera competência.

“Eu gostaria de falar aqui, de uma experiência que a gente viveu lá, inclusive foi na roda de terapia, foi de uma mãe que ela não tinha um problema físico, né? Mas tem um grande problema emocional o problema dela era todo baseado no filho dela, que era traficante né, que brigava com o irmão, brigava com o pai. E essa mãe se abriu para a gente na roda de terapia, falou dos problemas dela e tudo mais, falou que irmão mais novo desse rapaz, tinha inclusive medo dele, e que ele tinha sido preso, que ele tinha até cometido vários crimes, né? E o que eu ficava triste sentimento de impotência que a gente tinha de resolver o problema dessa pessoa, não só dela né? Porque muitas pessoas no Vila Brasília compartilhavam do mesmo problema, nessa roda de terapia inclusive outra moça se levantou, abraçou ela e relatou que tinha sofrido a mesma situação que ela né? Então o que eu ficava triste é que isso vai além do que nós podemos ajudar, né?” (Fernando, GF2)

O pensamento cartesiano, lógico e linear das relações profissionais, agora abre espaço para uma amplitude de possibilidades, tendo em vista o “eu” de cada um, o respeito a história de vida do outro e aos componentes culturais das relações. Isso ajuda a enfrentar as incertezas enquanto portadores do conhecimento científico, o imprevisível. Mais ainda, o que a terapia propõe é educar pessoas para um pensamento aberto, a serem mais amorosas e solidárias, capazes de refletir de modo amplo e integrado (COSTA, 2011).

7.2.1.3- Violência Familiar e Doméstica

Todo mundo tem problemas, a vida gera questões que refletem diretamente no estado de saúde das pessoas, seja, por exemplo, a violência de uma comunidade para quem olha de fora ou a de dentro de uma casa para quem vive nela. As lentes que observam são diferentes, os internos durante o rodízio compreenderam que a TCI aborda problemas que são comuns aquela comunidade, todos os grupos focais trouxeram casos marcantes vivenciados, mas o assunto que mais prevaleceu foi a violência doméstica. Eles colocam a roda como um importante espaço de partilha, capaz de dar voz a esses casos, nas falas, os alunos se chocam e confrontam a sua realidade com a do território, refletindo sobre seu papel naquela sociedade desigual.

“a roda de uma forma geral eu acho que ela fortalece muito o aspecto de uma comunidade unida, por problemas que não são ditos no dia a dia, mas que são muito comuns e inerentes a quase todas aquelas pessoas que estão naquela comunidade, naquele momento ali da roda elas se sentem à vontade. É sentem liberdade para poder falar aquilo de uma forma aberta. Um caso uma vez que na roda de terapia se levantou a o assunto sobre violência doméstica e naquele momento eu e os meninos estavam rodando junto assim, a gente percebeu o quanto esse assunto era comum assim, realmente rotineiro para aquelas pessoas e que para a gente que vive em outra realidade é tipo assim um assunto que não se fala tanto e lá é uma coisa muito mais comum do que a gente imagina ser. Ali as pessoas estavam podendo falar sobre isso entendeu?” (Alberto, GF1)

De acordo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (DCN), implementadas em 2014, o estudante precisa desenvolver na graduação responsabilidade social, noções de cidadania que, sem dúvida, foram observadas nas falas. A presença na TCI permitiu aos internos perceber uma relação de causa e efeito da vulnerabilidade social sobre a saúde das pessoas.

“Eu acho que a roda de terapia para mim foi uma atividade que eu gostava muito de participar também, principalmente para você conseguir enxergar o outro além da doença. Você conseguir realmente entender a comunidade, entendeu? Os problemas que as pessoas estavam passando e ver como que isso realmente influenciava todo o ciclo da doença que isso vai muito além, né de uma doença meramente física que os problemas daquela comunidade, não da comunidade, eu acho que das pessoas, geralmente vão muito, muito além disso, né? E o fato de você conseguir ser vulnerável perante o outro hoje em dia vem sendo um ato de coragem.” (Betina, GF2)

Entre as percepções da terapia comunitária pelas equipes de atenção básica, encontradas na literatura, está a mudança da forma dos profissionais de saúde de se relacionarem com a comunidade, adquirindo mais sensibilidade diante do problema do outro, mais respeito com as pessoas e suas diferenças (CISNEIROS, 2012). Assim como observado neste artigo, a roda, portanto, ajuda ao estudante de medicina a conhecer e compreender melhor as pessoas e a comunidade onde estão inseridos, além de permitir reflexões sobre o impacto do contexto do território no processo de saúde e adoecimento da população que era assistida por eles na atenção primária.

A TCI pode ser um recurso importante para ajudar o médico no entendimento do adoecimento humano. Durante minhas consultas na APS, para a queixa sem conduta e a pergunta sem resposta, os internos puderam observar a prescrição da TCI.

7.2.2- A TCI E A REVELAÇÃO DAS POTENCIAS

A roda abriu novos horizontes aos internos, potencializando e fortalecendo competências e permitindo novas descobertas sobre si e o outro.

7.2.2.1- A Descoberta

Apesar das rodas de terapia comunitária estarem inseridas no projeto pedagógico do curso de medicina do UniFOA, muitos estudantes relataram tê-las conhecido pela primeira vez, durante o rodízio no Vila Brasília.

“Para mim foi uma vivência muito diferente. Eu nunca tinha participado de uma roda de terapia, o primeiro contato que eu tive foi lá na Vila Brasília com a Silvia” (Bia, GF3)

Tal fato pode estar relacionado ao tempo transcorrido desde a apresentação da TCI no módulo IV até dois anos depois na vivência da prática durante o internato no módulo IX.

Também durante o grupo focal, um dos conselhos que muitos internos dariam a si mesmo no início da faculdade foi sobre não faltar as aulas do eixo medicina e humanidades, onde a roda foi inicialmente apresentada, reforçando pelos próprios estudantes a importância desse aprendizado na formação. As falas abaixo demonstram essa mudança de olhar após passar pelo estágio.

“Eu falaria para o João para se esforçar bastante, acordar, mesmo morando longe para ele ir para as aulas todo dia, mesmo qualquer aula, ele achando que humanidades não ia servir muito para ele, achando que era sempre a mesma repetição, mas que deveria, que realmente vale a pena ir às aulas.”
(João, GF1)

Os alunos entram pela primeira vez na roda cheios de preconceitos, se entreolhando, alguns franzindo a testa, outros segurando risos, inconformes em ter que acompanhar sua preceptora na TCI, a médica de família da unidade. Conforme as semanas vão passando, eles vão entendendo as regras, a dinâmica de funcionamento, participando das celebrações, se integrando com as pessoas e percebendo a importância e relevância daquele ambiente para a comunidade. Para mim, acompanhar esse crescimento, e escutar suas descobertas enfatizava ainda mais a necessidade da presença deles nas rodas semanais da comunidade que eles atendiam.

“Quando eu cheguei eu também cheguei com um pouco desse pensamento da Nay, tipo eu achei meio bobo, mas eu me lembro o momento que eu mudei de opinião, no momento em que eu vi que toda comunidade, ela se esforçava pra aquilo acontecer (...) Mas diante de uma comunidade tão carente, como que a Silvia ainda vai fazer isso, que bobeira, que bobeira, e ver que tipo assim todo mundo tipo, precisa de um abraço, precisa de alguém que ouça seus problemas assim. Foi isso, foi quando eu vi todo mundo se doando um pouco, que eu tive, que eu deixei deixar um pouco, deixei de achar bobo (...) passei a achar bem importante, que tipo uma iniciativa assim, bem tipo século XXII da Silvia, século XXII bem à frente do seu tempo” (Jose, GF3)

7.2.2.2- A Técnica

A formação em terapia comunitária exige um curso de extensão universitária de 360 horas, mas para realizar o curso não é preciso ter obrigatoriamente nível superior. Líderes comunitários, músicos, agentes comunitários de saúde, entre outros podem se tornar bons terapeutas. A função do terapeuta em uma roda é a moderação, ele é o que menos fala em todas

elas e quem orquestra a melodia, ou seja, as etapas que ela se desenvolve (BARRETO et al,2011).

“e a TCI não é uma psicoterapia: não trabalha a doença e nem visa buscar nenhuma cura, muito menos centrar-se na patologia. O acolhimento e o cuidado passam pela inserção do indivíduo a redes de apoio social. Na Terapia Comunitária, o foco de atenção é acolher o sofrimento em espaços coletivos, públicos, comunitários.” (BARRETO et al, 2011 pag.11)

Ser médica de família e terapeuta comunitária me dava o apoio que precisava diante de casos complexos, eu confiava naquele recurso, e instigava os alunos sobre a potência daquele espaço para nossos pacientes melhorarem. Os internos aprenderam sobre a importância de ser terapeuta comunitário com formação, para que a metodologia fluísse de maneira eficaz. Mais ainda, na fala de Alberto o fato de o terapeuta ser o médico que acompanha as pessoas, influenciava também na dinâmica de como a roda se desenvolvia.

“O moderador da roda ele faz muita diferença, a gente teve duas situações, uma situação que o moderador ,que era já que fazia sempre, que era a médica lá do posto, a Sílvia , e um outro que não foi ela, e aí eu senti que as pessoas elas se soltavam mais quando o moderador ele tem mais o domínio da situação ali, mais prática, e tipo assim as coisas elas fluem de uma forma mais natural, do que quando é uma pessoa que parece que não está acostumada a fazer aquilo, parece que as pessoas elas se soltam mais, quando o moderador ele está mais à vontade , tudo flui de uma forma mais natural” (Alberto, GF1).

7.2.2.3- O Desenvolvimento de Competências Profissionais

Segundo o que também encontrou BORGES (2010), a TCI foi uma facilitadora do processo de aprendizagem dos estudantes de enfermagem e agora com esta pesquisa, também no internato médico. Potencializando e reafirmando conceitos, transformando e produzindo conhecimento sobre si e o outro. A TCI também provocou aprendizados relacionados às competências formativas humanísticas como o desenvolvimento da empatia, por exemplo. Alguns participantes trouxeram essa mudança de olhar para a formação, frequentando as rodas de terapia.

“Eu acho que foi importante também assim para mudar um pouco o nosso futuro como profissional para entender que o que a gente trata muito doença e sintoma, né? E esquece que tem alguma coisa por trás daquilo então sempre conversar mais com o usuário né, com o paciente em si, da abertura pra ele

falar para ele expor tudo aquilo (...) você está somatizando aquilo, está referindo no seu corpo alguma coisa que as vezes você expando para outra pessoa e vendo que aquilo também já aconteceu em algum momento da vida dela ou que ela entende que ela tem empatia e compaixão aquilo te que faz muito melhor, né? (...) Você entender que você tem o outro com você, você conversar, você ter essa empatia se colocar no lugar também é muito importante.” (Ana, GF1)

Tal como encontrou Carvalho (2013) a TCI influencia na formação profissional; os acadêmicos percebem através de uma visão holística a integração dos conhecimentos populares com os científicos, unificando o biológico, o psicológico, o político e o social. Capacitando os sujeitos à medida em que estão inseridos nas vivências, se distanciando da mecânica biomédica, e se aprofundando na realidade social.

“O quanto ali naquela comunidade era normal para as mulheres, a maioria das pessoas que estavam ali eram mulheres e o quanto, o marido agredir, o marido abandonar, o marido sair de casa e voltar, e ser uma pessoa agressiva, e elas serem dependentes, totalmente dependentes não só no sentido financeiro, mas também emocional. E a falta de informação daquilo ali, por normalizar aquilo ali, quando o assunto foi levantado, e tipo a repetição da fala das mulheres ali principalmente as mais velhas... Isso foi uma coisa que me marcou muito, assim, eu não sei se é porque aquilo ali, ser o normal entre o que eles vivem, ou por falta de informação, ou por medo, muitas tinham medo, muito medo, na fala da maioria delas era medo de falar, e quando uma falava a outra falava, ah mas na minha casa também acontece isso comigo, mas é normal, né? e coisas desse tipo, acho que essa foi a roda que mais.. me marcou” (Betina, GF2)

7.2.2.4- Horizontalidade

Outra característica evidenciada pelos internos foi a horizontalidade dos saberes, como visto anteriormente, a Pedagogia de Paulo Freire é um dos pilares da TCI. Frequentando as rodas ficou claro para os participantes que os saberes diferentes se complementam, que a verticalidade do saber técnico não se aplica na roda. Todos aprendem uns com os outros. (BARRETO,2010)

“Então é muito bom a gente parar um momento, né? da nossa vida para a gente estar relembando a nossa missão, e ver o quanto que a gente pode contribuir, e o quanto as pessoas contribuem com a gente né... pessoas

simples, né? Às vezes sem conhecimento técnico, sem conhecimento científico, a gente consegue fazer uma troca, né? uma troca tanto de energia quanto de conhecimento, né? valorizando a cultura do local. Então assim, eu acho que foi muito válido esse momento”. (Poliana, GF2)

“Na roda não tem separação entre... entre quem é profissional e quem não é, tem a separação só da Silvia que é a moderadora né para os participantes, mas para gente que está ali como aluno a gente é convidado da roda, então não tem essa, essa distinção. A gente está ali para participar se a gente quiser, falar se a gente tiver se sentindo à vontade, como qualquer, qualquer outro participante que também está ali, né?” (Bia, GF3)

Existe uma frase bastante conhecida na TCI que diz: *“Eu só reconheço o que conheço”*, o interno como rodante, se identifica também com os problemas que ouve e que reverberam em si mesmo. A roda é um espaço horizontal, onde uma das regras é falar apenas em primeira pessoa, sobre si mesmo em forma de sentimentos. Ex. tristeza por..., medo de.... As pessoas apesar de não serem iguais, passam ou passaram por problemas semelhantes, se identificando umas com as outras. Uma das etapas da Roda de Terapia também muito lembrada foi a identificação, onde os internos contam de que forma eles se reconheceram e aprenderam com os problemas e soluções colocados pelos participantes da TCI.

“Quando eu estava rodando na Vila Brasília, o filho dela estava desaparecido em São Paulo, porque além dele mexer com tráfico ele também era usuário e o desespero daquela mãe e não ter notícias do filho e na época eu estava passando por um problema familiar também por uso de drogas. Então assim, aquilo me marcou muito, aí juntou eu e ela para chorar de ...como que... entrelaça, como que as coisas são parecidas, o que acontece com outro acontece com a gente, só muda o endereço, e aí isso, uma coisa que me tocou muito, aquela mulher me tocou muito especificamente, aquela história de como ela estava passando por aquilo e aquele desespero para tentar achar o filho dela.” (Luluzinha GF)

7.2.2.5- Resiliência Comunitária

A roda também revelou aos participantes da pesquisa, a potência de uma comunidade unida. A importância de uma rede de cuidado cooperativa. A comunidade por si só é capaz de gerir seus conflitos, como uma teia onde os problemas comuns se tornam o elo

na busca de soluções. Identificamos isso na fala de Bia, ela coloca a potência da TCI de forma clara, incorporando conceitos de resiliência e superação.

“Surgiu um assunto sobre violência doméstica, e nesse dia que esse tema surgiu não só uma mulher expos, a sua vivência, sobre esse assunto, a violência que ela havia sofrido, mas outras mulheres que também estavam presentes ali na roda se sentiram à vontade depois desse depoimento, de também falar sobre o momento difícil, né? Que elas passaram, sofrendo esse tipo de violência e aquilo ali foi muito marcante para mim porque, aquelas mulheres elas não contavam as coisas para a gente sentir pena. Elas contavam mostrando como que elas superaram aquilo sabe?” (Bia, GF3)

Os médicos em formação apontam assim, a valorização da autonomia das pessoas, e o empoderamento gerado no ambiente circular. A pessoa é considerada especialista nela mesma, e ninguém melhor do que a própria pessoa para falar sobre o que a incomoda, sem interrupções técnicas ou cortes objetivos. João em sua fala traz o alívio que sentia na roda ao perceber o outro como alguém independente, capaz de escolher seus próprios caminhos e por si só determinar suas escolhas.

“Eu estava no dia nesse caso também que foi algo que todos sentimos em alguma parte de alguém na nossa família toma uma escolha, alguém que a gente ama e a gente acaba sofrendo com essa pessoa, mas foi algo assim Libertador saber que tem escolhas que a gente não controla nessa vida, sabe? Por exemplo as decisões de outras pessoas que a gente não deve sofrer...”
(João, GF1)

No artigo *“Coração de Estudante: A terapia comunitária no contexto universitário”* os autores trazem também que dentro da roda cada um se torna terapeuta de si mesmo, as pessoas estão no mesmo nível, aprendendo e se ressignificando constantemente (NUNES, 2015).

“Acho que assim como no caso dessa... dessa mulher a gente vê muito essas coisas na roda que é as pessoas enxergarem que elas têm que se cuidar e tá bem consigo primeiro para depois cuidar das outras pessoas e tentarem, tentar mudar a vida das outras pessoas porque é... muitas vezes a gente vê muita gente lá que tá se doando e se entregando.” (Alberto, GF1)

Os internos também refletiram sobre o empoderamento pessoal como estratégia de cuidado. Da importância de estar bem com si para poder cuidar do outro. Um dos objetivos da TCI é fortalecer a autoestima individual e coletiva (BARRETO, 2010).

7.2.2.6- Quando a Boca cala o Corpo Fala

Os estudantes que frequentaram as rodas trouxeram lembranças que traziam o poder da fala do usuário como alívio para o sofrimento das pessoas. Pois na TCI “*Quando a boca fala o corpo sara*” (BARRETO,2010).

“Às vezes a queixa principal da pessoa, é assim, ter a pessoa para desabafar, né, então assim, foi aí que eu vi a importância de ter essa roda de terapia, não só para a pessoa poder falar, mas também para ela ver que tem outras pessoas na mesma situação que ela. E poder compartilhar isso e tudo ficar um pouquinho mais leve.” (Bianca, GF1)

Falar também foi identificado na literatura como recurso de melhora, os sentimentos quando não são expressos afetam o bem-estar físico e mental (SILVA, 2012). A somatização sempre foi um problema para o interno na APS. Durante os atendimentos, o raciocínio lógico e voltado para o sintoma aliado ao exame físico normal, confundia o futuro médico, como explicar o inexplicável? A relação de causa e efeito, da mãe que perde o filho para o tráfico e descompensa sua pressão arterial e que mesmo diante da melhor terapêutica não melhora. Ana traz muito bem essa vivência em sua fala.

“A roda ela ajudou assim a ter uma visão assim, que a gente precisa falar, né? Às vezes a gente acha que ajudar o outro é você, dar uma solução para o problema e lá a gente percebeu muito que as vezes a pessoas só precisa falar, né? Tirar tudo de dentro é igual aquela frase que sempre fala assim, né? Que o que a boca cala né? Assim o corpo vai falar” (Ana GF1)

A TCI abre espaço para uma discussão mais profunda do que se imagina, um dos pilares teóricos é a teoria da comunicação, a fala como alívio, a fala como ponte de interação social e abertura de caminhos para o enfrentamento das dificuldades. Na TCI o interno aprende a interrogar e analisar, a querer compreender mais do que julgar. Nesta fala, a estudante expõe sobre a necessidade de uma participante sempre querer falar nas rodas, e como isso a fez pensar, refletindo sobre a busca dessa necessidade, interroga sobre o que estaria por traz da vontade da usuária em se colocar. Vejamos:

“Você via que tinha gente ali que tinha necessidade de se comunicar, nós tínhamos uma participante, por exemplo, que todas as rodas ela ia, todas as rodas ela levava um problema, né? Um problema dela, e todas as rodas ela queria que esse problema fosse escolhido, então assim a gente tem que dar essa atenção também para pessoa que, que requerem atenção, foi uma coisa difícil de ser manejada. Então, não, não foi uma situação específica, mas foi vivenciar isso todas as rodas que a gente participou não de uma forma ruim, mas assim de você, tentar entender. O que está acontecendo com essa pessoa? Porque ela requer toda essa atenção, ou assim, é... será que não tem mais ninguém que ela possa conversar? alguém que ela possa...né? você vê que a pessoa, ela realmente está muito carente de atenção. Querendo simplesmente um diálogo.” (Carol, GF2)

7.2.2.7- Os Princípios da APS

Também na roda, os internos refletiram sobre o cuidado longitudinal da APS, o fato de o grupo de terapia ser coeso e com participantes fixos, permitia além de fortalecer os vínculos, acompanhar a evolução dos casos semanalmente. Como evidenciado na fala abaixo:

“Então eu acho que serviu sim para estreitar a relação, porque a gente ficava preocupado, queria que a pessoa voltasse na semana seguinte para contar o que que tinha acontecido, para saber se estava bem, se já tinha melhorado, a gente ficava sempre na expectativa, nunca era uma coisa que a gente terminava e ia para casa e fechou as portas, né? Era sempre uma janela aberta, a gente ficava esperando para ver o que ia acontecer na próxima semana. Sempre que que a gente voltava nas semanas seguintes, as pessoas vinham e não traziam só problemas elas traziam também as resoluções dos seus problemas, elas vinham contar que deu tudo certo.” (Bia, GF3)

Assim, A TCI acaba se tornando um complemento dos nossos atendimentos, fortalecendo um cuidado primário de qualidade, garantindo acesso, coordenação e longitudinalidade e integralidade da atenção à saúde. Permitindo um cuidado voltado na pessoa, dentro da sua competência cultural, do seu lugar de fala como detentor de suas próprias necessidades, entendendo o contexto familiar e socioeconômico na comunidade. A roda revela potenciais aos internos, seja na percepção do cuidado integral e contínuo, ou abrindo as caixas de ferramentas para uma clínica ampliada, voltada para a pessoa na sua potência de vida.

7.2.3- A TCI COMO MODELO DE CUIDADO

Essa categoria trouxe temas relacionados a efetividade terapêutica da TCI. Sobre como ela promove o cuidado não só do usuário, mas também daquele que cuida e que compartilha da mesma roda.

7.2.3-1 – A Resolutividade

Os acadêmicos de medicina se surpreenderam positivamente com a eficiência da roda, as falas do grupo focal trazem uma transformação de conceitos, gerada ao longo das semanas de participação nas rodas. Como dito anteriormente, muitos entraram na roda sem colocar credibilidade na eficácia, mas se assombraram com os resultados observados, tal como relatado na fala abaixo:

“Meio bobo. Para ser bem, bem, bem, bem, sincera, não é o tipo de coisa que fazia muito meu tipo, ficar sentado de mãozinha dada, ouvindo aquilo ali...meu psiquiatra já tinha me mandado para psicóloga mil vezes e eu nunca fui muito aderente a isso não. Depois de um tempo foi uma surpresa, eu fiquei bastante surpresa, porque eu comecei a ver que aquilo funcionava. E quando eu vi que aquilo funcionava eu fiquei assim estarrecida, eu já ia assim com uma certa expectativa, porque é difícil, às vezes a gente ver um final feliz ou uma coisa boa no fim de uma consulta, no fim de um caso e aquilo ali se tornou o momento, que eu ia e eu sentia assim, poxa, eu acho que a gente tá conseguindo ajudar essa pessoa a gente tá conseguindo ajudar essa comunidade. É eu fiquei tão surpresa que ao final do módulo que eu passei por esse, que eu passei pela roda de terapia, é ele foi tema do nosso trabalho, esqueci de dizer a gente sempre tem um período ao final dos módulos e a gente tentou quantificar é... isso em números, a resolutividade disso, e foi assim, foi uma surpresa muito grande, eu acho que pra todo mundo, mas eu acho que principalmente para mim, porque eu fui com pouca fé mesmo, a gente via que aquilo estava fazendo diferença na vida das pessoas e aquilo foi uma surpresa enorme, para mim foi enorme. (Nay, GF3)

Assim como encontrado na dissertação de mestrado de SANTOS (2014), o desconhecimento inicial sobre a efetividade dos grupos, desconhecimento da metodologia, geraram a incerteza de sua validade como método terapêutico. Porém, no decorrer das rodas os estudantes consideraram a TCI resolutiva, um espaço que atua favorecendo o exercício da resiliência, provocando o exercício da autonomia das pessoas:

“Então assim as rodas de terapia para mim pessoalmente foram sensacionais, eu adorava participar toda semana, sempre terminava chorando, mas sim, eram ótimas e você via como cada pessoa enfrenta sua própria dificuldade, seu próprio obstáculo. Como que você precisa contornar a situação. Ah ela tem uma família complicada a pressão dela está sempre alterada como que a gente vai passar por isso(...)” (Luluzinha, GF2)

Como explicar o inexplicável? O efeito da roda sobre as pessoas é impressionante, os estudantes experimentaram situações de melhora e acreditavam apenas porque enxergavam por si mesmos.

“Mas a roda que eu participei, A única que eu participei, e foram com as mesmas pessoas, e foi bom por isso porque eu consegui enxergar uma melhora em mim e nas pessoas ao redor porque elas expressaram isso. Então eu tenho certeza de que funcionou.” (Moacyr, GF1)

Mais impactante ainda foi o efeito das rodas nos internos, eu percebia que ao longo das semanas eles já encaminhavam as pessoas por eles atendidas para as rodas sem a minha orientação. Eles compreendiam a roda como um complemento do cuidado ofertado por nós à comunidade.

“Também na roda, claro, essas conexões, essa conexão com o paciente, a conexão com a pessoa que está ao seu lado, que você tá trabalhando em conjunto, também é muito importante eu vi assim, eu consegui aproveitar demais esse período, com a Dra Sílvia. Eu fiquei impressionado, eu não tinha essa perspectiva de aprender tanto e ver como a roda de terapia Comunitária ela consegue resolver problemas que o medicamento não resolve.” (Diego, GF2)

7.2.3.2- O Autocuidado do Profissional de Saúde

Foi perceptível o quanto que a TCI fortaleceu as relações de cuidado, ajudando mutuamente ao usuário e ao interno, cuidando de quem cuida, um momento de conforto. Na roda o estudante era livre para colocar um tema, para se identificar, para colocar uma forma pessoal de superação. Muitos participaram ativamente das rodas, e colocaram sua experiência:

“Eu gostei muito da roda porque eu acho que a roda é uma oportunidade de cuidar de quem cuida, né? Porque até mesmo nós internos, quando nós estávamos lá, a gente estava sendo cuidado, a gente estava sendo... autoavaliação, né? Um momento que a gente parava para refletir também um

pouco sobre a nossa vida, né? Então eu acho que é fundamental, né? O médico ele também está sempre pensando em cuidar um pouco dele, para ele estar equilibrado emocionalmente né, com as suas angústias, com as suas ansiedades, para poder cuidar do outro, né?” (Poliana, GF2)

Na TCI fica claro que os problemas eles se repetem, independente de classe social, o que muda é a forma como cada um enfrenta seus obstáculos. No artigo “*Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação a Terapia Comunitária na Estratégia Saúde da Família*” um dos resultados apontados coloca como a roda é capaz de provocar mudanças em si e no outro (CISNEIROS,2012). Tal fato foi observado também pelos acadêmicos que participaram do grupo focal:

“A roda de terapia Comunitária me mudou muito, me mudou no sentido de saber ouvir o próximo, saber que você... o seu problema é mínimo perto do que uma pessoa do seu lado naquela cadeira tá passando e como que cada uma passa por sua própria dificuldade. ”(Luluzinha, GF2)

7.2.3.2- A Relação Médico Paciente

A roda transforma as relações humanas, como podemos observar, também influencia na relação médico paciente, permite também como vimos anteriormente o desenvolvimento de uma escuta empática, ativa e qualificada. Fortalece os princípios da APS, promove vínculos duradouros, um cuidado verdadeiramente integral.

“Por exemplo as rodas de terapia, você entender o problema das pessoas também faz você ter reflexões que na hora da prática, numa consulta, você ...pense duas vezes antes de falar ou pensar. alguma coisa... enfim. foi aprender a Executar a relação médico-paciente e entender, o que é esse vínculo longitudinal ...você acompanhar o paciente, tanto os problemas sociais como a patologia em si e você criar um vínculo para ele verdadeiramente confiar em você e eu digo isso porque, isso de certa forma aconteceu comigo e com os colegas da nossa turma.” (Moacyr, GF1)

Portanto, a relação médico paciente pode ser fortalecida dentro das rodas, vejamos a regra do silêncio, dentro da TCI como abordado no referencial teórico, o rodante precisa ouvir, realizar um silêncio ativo, para escutar atentamente a questão colocada. Assim como no método clínico centrado na pessoa (MCCP), o primeiro componente é a escuta, explorar a doença, as

ideias e expectativas da pessoa em relação a ela. O interno relata como aprendeu a ouvir mais no ambiente circular (STARFIELD, 2002).

“Eu achei bem legal, para mim foi um pouco difícil, porque eu sou uma pessoa que fala demais, então eu tive que aprender a ficar quietinha e escutar tudo sem dar conselhos, então foi um exercício também, né? Para mim, conseguir moderar isso” (Bia, GF3)

Outro componente do MCCP é entender a pessoa como um todo, na sua complexidade de vida, não apenas a queixa que ela traz, mas o que está por trás daquele sintoma. O interno se fortalece, se identifica, se propõe a um cuidado baseado na troca. Ele aprende com aquele que foi ensinado a orientar, ele descobre mais sobre a pessoa, e toma pertencimento sobre a integralidade.

“A roda de terapia Comunitária me mudou muito, me mudou no sentido de saber ouvir o próximo (...) O médico ele tem isso de querer zelar pela saúde e não só pela saúde física, a gente acaba que tem que zelar também pela saúde emocional da pessoa porque uma coisa está ligada a outra então se a gente escolheu ser médico, a gente tem que saber que aquela pessoa não é uma doença, não é uma pressão alta, ela é uma pessoa, e ela tem problemas, e aquela pessoa precisa de cuidados”. (Luluzinha GF2)

Na TCI, sempre no acolhimento se realiza uma dinâmica de grupo inicial, para integrar os participantes, as vezes dançamos, as vezes cantamos ou brincamos de maneira lúdica. Além disso, outra regra de integração é poder cantar uma música que tenha relação com o assunto que se coloca na roda. A música, conhecida como linguagem universal, integra as pessoas. A dor fragmenta, desconforta. A música une, acolhe, ressignificando valores coletivos. Existe um elo de solidariedade entre os rodantes, sejam eles pacientes, alunos, professores ou meramente observadores, isso transforma as relações interpessoais no cuidado (CAMAROTTI et al, 2011). Uma forma de carinho, apoio e solidariedade. Isso muda relações humanas, todos os participantes se percebem, se compreendem. Na mesma linha do MCCP, a roda aumentou a relação dos internos com as pessoas que eles cuidavam. Houve um fortalecimento de vínculo, uma aproximação segundo alguns antes nunca experimentada.

“Olha eu achei muito boa porque é aumentou o contato né, aumentou o vínculo com o paciente, com a pessoa. Ali da comunidade. E até hoje

quando eu ando na rua e encontro alguém a gente parece que se viu ontem e é engraçado, eu me surpreendi como o José falou aí, pra mim era uma coisa totalmente, que não existia e o que a gente encontrou ali foi uma coisa espetacular, mesmo debaixo de um calor escaldante, tinha gente, tinha gente se abraçando, tinha gente feliz, tinha gente se libertando, e é isso foi uma experiência muito boa pra mim, acrescentou muito na minha vida assim como as outras pessoas que estavam ali comigo..” (Joaquim, GF3)

Na TCI fica nítido o aumento dos laços de afeto entre os rodantes. Em um estudo sobre terapia comunitária em ambulatórios universitários, foi possível observar que os acadêmicos da universidade e os profissionais de saúde daqueles setores tiveram mudança de comportamento, passando a sorrir mais, ou a se desculpar por chamar alguém ou interromper alguma roda, se aproximaram mais das pessoas. Houve mudança de postura quanto ao modo de se relacionar com as pessoas (NEDER, 2010). Mais ainda:

“Observa-se que a TCI promove ao participante a integralidade, a busca em ir além da doença e do sofrimento exposto, de modo a apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos. A partir do momento que o universitário da saúde incorpora na sua vida, pessoal ou profissional, a humanização e integralidade surge a possibilidade de este fazer saúde através da forma participativa, dialógica e considerando práticas e saberes locais” (NUNES et al, 2015, p. 2928)

Assim, encerro esta categoria contrapondo o inexplicável com os fatos. Sim a TCI funciona e promove benefícios para todos os atores. Seja para o interno carregado de preconceitos, mas que se permite enxergar além, cuidar e ser cuidado, ou para a médica de família e preceptora, que usa a roda para o fortalecimento da comunidade e o cuidado longitudinal dos usuários, mais ainda, como um treinamento de seus alunos para aplicarem a medicina centrada na pessoa, que faz da roda um cenário de ensino e aprendizagem que desperta reflexões e forma médicos para a vida real.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação médica humanística, crítica e reflexiva pode estar ao alcance das universidades incorporando, entre outras técnicas, a TCI no cenário de práticas dos internos da APS. Foi possível perceber mudanças significativas no processo de ensino aprendizagem e o

desenvolvimento de competências que refletem a abordagem integral do ser humano. Os estudantes que participaram do rodízio da UBSF Vila Brasília se surpreenderam ao final do grupo focal, expondo nostalgia do tempo que estiveram na APS. Refletiram que, apesar de não se conhecerem por terem passado pela unidade em períodos diferentes, tiveram os mesmos aprendizados.

Nenhum aluno se posicionou de forma negativa no grupo focal com relação a participação em rodas de TCI. Porém, ficou claro que a maioria tinha preconceitos iniciais com a prática, e que foram superados à medida em que imergiam na experiência. Infelizmente a TCI no internato, ficava restrita aos estudantes cujas unidades tinham terapeutas comunitários. No caso do internato de sete semanas na unidade básica de saúde a única médica de família e comunidade e terapeuta comunitária era a autora deste trabalho.

Pesquisas futuras talvez possam comparar o aprendizado sobre integralidade entre estudantes que tiveram acesso a TCI e os que não tiveram, buscando compreender e reafirmar a importância desse trabalho na graduação médica, fundamentalmente no período voltado ao internato médico. Também como sugestão, esse trabalho propõe que todos os internos possam vivenciar durante o módulo de saúde coletiva do UniFOA rodas de TCI, não somente aqueles dessas unidades específicas já que hoje a roda acontece de forma on-line para a população no município de Volta Redonda, consequência da pandemia de Covid-19.

Sobre o currículo modular do UniFOA e a inserção da TCI, resalto que é importante trazer o aluno para a vivência da prática e da teoria na comunidade em tempo real, para que ele possa consolidar os conceitos aprendidos no início do eixo medicina e humanidades, e não se arrepender de ter faltado a essas aulas, depois de mais maturidade na reta final.

Outra consideração importante é a possibilidade de um internato voltado mais tempo à medicina de família e comunidade. Embora o internato de saúde coletiva contemple o aluno na unidade básica com o médico da atenção básica em sete semanas, onde nem todo médico preceptor é especialista em MFC, esse mesmo aluno só retorna ao cenário no módulo X e XI, com o ginecologista e o pediatra que não atuam atualmente de forma matricial. Seria uma sugestão um internato de MFC com preceptores especialistas nesta área, desfragmentando o ensino médico na atenção primária. Durante o grupo focal os alunos sinalizaram a fragmentação, comparando o que vivenciaram no módulo IX na UBSF Vila Brasília com o que experimentaram nos outros módulos na APS, com preceptores não MFCs.

Também entendo que a presença de todos os internos do módulo de saúde coletiva nas rodas tem o viés dos poucos terapeutas existentes na RAS municipal onde esses alunos integram os rodízios do módulo, e que hoje em Volta Redonda quase não existem médicos de família e comunidade com título ou residência em MFC, menos ainda médicos de família e comunidade como a autora dessa dissertação, que sejam também terapeutas comunitários nos seus territórios. Portanto, como sugestão, oferecer aos poucos MFCs que são preceptores do internato a formação em TCI.

Outra consideração importante é que na unidade do Vila Brasília os alunos vivenciaram muitos grupos e atividades que somente aconteciam naquele cenário, contribuindo para a consolidação de conceitos importantes do processo de saúde-adoecimento. Sendo assim, não somente a TCI foi importante naquele cenário, reitero que estudos futuros poderiam comparar internos que estiveram em outra unidade na mesma época para avaliar e comparar se tiveram as mesmas percepções no processo formativo, mesmo sem terem acesso as rodas.

Com isso, identificamos a TCI como uma ferramenta metodológica potente também para os graduandos de medicina. Com base nos resultados obtidos nos estudos com estudantes de outras áreas da saúde, seria possível até mesmo pensar na TCI como uma metodologia ativa de desenvolvimento de competências comuns as profissões da área da saúde, uma formação interprofissional.

9- CONCLUSÕES

Percebemos a Terapia Comunitária Integrativa como uma tecnologia leve e de alto impacto na formação de médicos, capaz de ampliar o olhar daquele que se permite, entendendo a pessoa no seu micro e macro sistema de vida. Reafirmando a saúde como não apenas a ausência de doença, trabalhando a horizontalidade de saberes e permitindo o cuidado abrangente e multidirecional. Quebrando paradigmas ao contextualizar além doença, ao mostrar-se resolutiva no enfrentamento de situações em que o medicamento não resolve, trazendo reflexões sobre o papel do médico em um cenário de desigualdade social.

Assim, no ambiente circular, os futuros médicos e médicas manifestam a empatia, praticando a escuta baseada no silêncio ativo, daquele que ouve e aprende, fala e ensina, sem saber técnico predeterminado. Trazem essa escuta para o ambiente ambulatorial, fortalecendo a medicina centrada na pessoa e seus componentes.

Da mesma forma, a TCI abre o leque para o fortalecimento do vínculo do estudante com a comunidade, com uma forte aproximação com o usuário, no toque, na música e no abraço, compartilhando dos problemas que também podem ser comuns a eles, cujas soluções não estão nos livros de medicina.

A TCI neste trabalho se identifica claramente como uma metodologia ativa do ensino médico no cenário da APS, pois transforma o interno no protagonista do seu processo de formação, expondo fragilidades, revelando potencialidades e reflexões sobre o cuidado de si e do outro. Uma ferramenta potente, uma tecnologia brasileira, que precisa alcançar mais escolas médicas neste país, seja em seus projetos pedagógicos ou nos cenários de integração ensino-serviço-comunidade, para colaborar na formação que as DCNs de medicina de 2014 preconizam.

REFERÊNCIAS

- 1- ABREU, Nelsio Rodrigues et al. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM - Revista de Gestão de Sistemas e Tecnologia da Informação**, Vol. 6, n. 1, p. 5-24,2009.
- 2- AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev bras educ méd**, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.
- 3- ANDRADE, L.O.M. et al. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: UFC, 2009
- 4- ARAÚJO, Michell Ângelo Marques et al. A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 71-76, 2018.
- 5- ARAÚJO, Dolores; GOMES DE MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.
- 6- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2002.
- 7- BARRETO, A. P. **Quando a boca cala, os órgãos falam**: 1. ed. Fortaleza: Editora LCR, 2012
- 8- BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**: 4. ed. Fortaleza: Editora LCR, 2008.
- 9- BARRETO, A. DE P. et al. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS: A Inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2011.
- 10- BORGES, Moema da Silva. Vivendo, refletindo e aprendendo a cuidar em saúde mental: a terapia comunitária como estratégia de ensino no curso de enfermagem. 2010.
- 11- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos**, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.
- 12- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/>>. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

- 13- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS: documento básico para trabalhadores e gestores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 14- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF, 2006b. (Série B - Textos Básicos de Saúde).
- 15- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012.2017.
- 16- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- 17- CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T. C. G. P.; BARRETO, A. P. Terapia comunitária integrativa sem fronteiras. **Brasília: MISMEC-DF**, 2011.
- 18- CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.
- 19- CARVALHO, M. A. P.; ROMERO, Renata Olívia Gadelha; FERREIRA FILHA, M. O. Terapia comunitária no centro de apoio psicossocial: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **J Nurs UFPE on line [Internet]**, p. 4389-94, 2013.
- 20- CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011
- 21- CISNEIROS, Verônica Galvão Freires et al. Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação à terapia comunitária na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 15, n. 4, 2012.
- 22- COSTA, Marcelo Pimentel Abdala. **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E PENSAMENTO COMPLEXO: OS SETE SABERES NECESSÁRIOS À REDE SOLIDÁRIA**, 2011.
- 23- CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 24- DA ROCHA, Ianine Alves et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 155-162, 2013.

- 25- DE SÁ, Aralinda Nogueira Pinto et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 786-93, 2012.
- 26- DE SOUZA, Gleci Mery Leite et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde–doença. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2011.
- 27- FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 2008.
- 28- FERREIRA, Ricardo Corrêa; DA SILVA, Roseli Ferreira; AGUER, Cristiane Biscaino. Formação do Profissional Médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 31, n. 1, p. 52-59, 2007.
- 29- FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010.
- 30- FILHA, Maria de Oliveira Ferreira et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009.
- 31- FLICK U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- 32- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
- 33- GIOVANELLA, Lígia et al. 16. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.p.565-626
- 34- GUIMARÃES, Fernanda Jorge; DA SILVA SOARES, Ana Maria; DOS SANTOS, Maryhellen Soares. A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO PRÁTICA DE CUIDAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 2, p. 218-229, 2019.
- 35- HORTA, Ana Lucia de Moraes; CALDEIRA, Nicole Hannes. TERAPIA COMUNITÁRIA: CUIDADO COM A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO GRADUANDO DE ENFERMAGEM. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 165-171, 2011.
- 36- IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-121, 2001.
- 37- KRIPKA, Rosana Maria L.; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, D. de L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, v.14,n.2,p.55-7,2015.Disponívelem:<<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-deinvestigaciones-unad/article/viewFile/1455/1771>>. Acesso em 02 de jan. de 2020.

- 38- LUTTERBACH, Marise Gama Corrêa et al. A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial. 2017.
- 39- MEYER, Dagmar E. Estermann et al. " Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de saúde Pública**, v. 22, p. 1335-1342, 2006.
- 40- MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 2015.
- 41- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- 42- MENDONÇA, Maria Helena Magalhães, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. 2018.
- 43- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade.2001.
- 44- Ministério da Saúde. **Portaria n.º 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2006c.
- 45- MOURÃO, Luana Feitosa et al. Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.
- 46- NEDER, Christina R.; PINHEIRO, Sandra de Azevedo. Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 34, n. 4, p. 520-525, 2010.
- 47- NUNES, Priscila Campos et al. “Coração de estudante”: a terapia comunitária integrativa no contexto universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2919-2929, 2015.
- 48- OLIVEIRA, Alysson André Régis de; LEITE FILHO, Carlos Alberto Pereira; RODRIGUES, Cláudia Medianeira Cruz. O Processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. **Rio de Janeiro**, 2007.
- 49- OLIVEIRA, Inajara Carla; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Percepção dos alunos dos cursos de graduação na saúde sobre integralidade. **Rev. bras. educ. méd**, v. 39, n. 2, p. 208-217, 2015.
- 50- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de saúde Pública**, v. 19, p. 1527-1534, 2003
- 51- STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

- 52- SAMPAIO, Thiago Sousa et al. TERAPIA COMUNITÁRIA NUM CURSO DE MEDICINA: ATIVIDADE DE APRENDIZADO, FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Encontros Universitários da UFC**, v. 1, n. 1, p. 3245.
- 53- SÁ-SILVA, Jackson Ronie; DE ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, 2009.
- 54- SILVA, Gabrielle Taques et al. Significados da participação em roda de terapia comunitária para os estudantes de uma universidade pública. **Cienc Cuid Saúde**, p. 445-453, 2012.
- 55- 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?** 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- 56- SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; DIAS, Elizabeth Costa; GONTIJO, Eliane Dias. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. 2018.
- 57- SECRETARIA DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA PARTICIPA DE CONGRESSO ESTADUAL. **Destaque popular**. Volta Redonda 14 de fev.de2019. Disponível em:<<https://destaquepopular.com.br/2019/02/14/secretaria-de-saude-de-volta-redonda-participa-de-congresso-estadual/>>. Acesso em: 07 de jan. de 2020.
- 58- STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária e sua relação com a saúde. **Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, p. 27, 2002.
- 59- TRAD, Leny A. Bomfim. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009
- 60- VALERIO DE MAY, Rosaura Gutiérrez et al. IMPACTO DAS RODAS NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO E COMUNITÁRIO. **Temas em Educ. e Saúde**, v.13, n.2, p. 335-347, 2017.
- 61- WATZLAWICK, P. A. U. L.; BEAVIN, JANET; JACKSON, D. O. N. Alguns axiomas conjecturais de comunicação. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1967.
- 62- YIN, Robert K. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Penso Editora, 2016

APÊNDICE I

ROTEIRO DE TÓPICOS - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

BLOCO 1- Apresentação da entrevistada

BLOCO 2- O programa mais Médicos no Município de Volta Redonda e a qualificação da APS

BLOCO 3- A TCI no Município de Volta Redonda

BLOCO 4- A criação da disciplina de saúde coletiva do internato médico da UniFOA e a TCI no processo formativo.

BLOCO 5- Desafios e potencialidades na Integração ensino (UniFOA) - serviço (gestão municipal) - comunidade hoje?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Entrevista semi-estruturada com a supervisão da disciplina de saúde coletiva Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/HUPE

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa na Formação Médica: Percepções dos Internos do UniFOA sobre a Integralidade da Atenção em Saúde

Pesquisador: Sílvia Mello dos Santos

Orientadora: Ana Cláudia Santos Chazan

Co orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

Mestrado profissional em Saúde da família- ProfSaúde

Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária, FCM/UERJ **Endereço.:** Av. Prof. Manuel de Abreu, 444 - 2º andar. Vila Isabel. CEP: 20550-170 Rio de Janeiro, RJ - Fone: (21) 2334-2079

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com calma e atenção, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador.

O **objetivo geral** deste estudo, aprovado no CEP XXXX é compreender o papel da TCI como ferramenta de apoio à formação humanística, crítica e reflexiva prevista nas DCNs de medicina de 2014. E os **objetivos específicos** são: 1) Conhecer o histórico da criação do módulo de saúde coletiva do internato da faculdade de medicina do UniFOA, seus objetivos de aprendizagem e como a TCI se relaciona com esses objetivos. 2)

Analisar as percepções dos alunos sobre a aprendizagem, sobre integralidade do cuidado e as contribuições da roda de TCI para a sua formação humanística. **Para tanto, será realizado uma entrevista semi-estruturada, que pode durar aproximadamente de uma a duas horas. Devido ao momento atual onde o isolamento social é necessário pela pandemia de Covid-19 esta entrevista se realizará em modalidade on-line através do aplicativo SKYPE.** Serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Você **não** deve participar deste estudo caso não queira fazer parte desta pesquisa. Não há **riscos** para sua saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas você poderá ter lembranças e emoções durante a entrevista e receberá apoio, suporte e orientações caso isto ocorra e a garantia de que será devidamente encaminhado, caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção (médica e/ou psicológica).

Este estudo poderá não lhe trazer **benefícios** diretos ou imediatos, além da oportunidade de conversar e refletir sobre sua formação profissional e de contribuir para a educação médica, após os docentes e preceptores em saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Os registros (áudios, anotações) feitos durante a entrevista serão mantidos sob **sigilo**, assim como a sua identidade, pois nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição. O relatório final, a ser divulgado em encontros científicos e em revistas especializadas, conterá **citações anônimas**.

Não será necessário ressarcimento de despesas (por exemplo, transporte, alimentação, diárias etc.), pois a coleta de dados será feita durante a rotina de trabalho do participante através de uma vídeo chamada por SKYPE.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Sílvia Mello dos Santos (Médica) e/ou suas orientadoras, Prof. Ana Cláudia Santos Chazan e Prof. Luciana Maria Borges da Matta Souza **Telefone de contato** da pesquisadora (para dúvidas relacionadas à pesquisa): (24) 992005225. **Endereço.:** Av. Prof. Manuel de Abreu, 444 - 2º andar. Vila Isabel. CEP: 20550-170 Rio de Janeiro, RJ - Fone: (21) 2334-2079

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do HUPE: Atendimento de segunda-feira a sexta-feira das 09:00-12:00h e 13:00-17:00h

Térreo do HUPE - Tels.: 2868-8253 - E-mail.: cep-hupe@uerj.br

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nomedo(a)participante: _____

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante: _____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador) Rubrica

**APENDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Grupo focal com internos**

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/HUPE

A Roda de Terapia Comunitária Integrativa na Formação Médica: Percepções dos Internos do UniFOA sobre a Integralidade da Atenção em Saúde

Pesquisador: Sílvia Mello dos Santos

Orientadora: Ana Cláudia Santos Chazan

Co orientadora: Luciana Maria Borges da Matta Souza

Mestrado profissional em Saúde da família- ProfSaúde

Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária, FCM/UERJ **Endereço.:** Av. Prof. Manuel de Abreu, 444 - 2º andar. Vila Isabel. CEP: 20550-170 Rio de Janeiro, RJ - Fone: (21) 2334-2079

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com calma e atenção, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador.

O **objetivo** deste estudo, aprovado no CEP XXXX é O objetivo geral deste estudo, aprovado no CEP XXXX é compreender o papel da TCI como ferramenta de apoio à formação humanística, crítica e reflexiva prevista nas DCNs de medicina de 2014. E os objetivos específicos são: 1) Conhecer o histórico da criação do módulo de saúde coletiva do internato da faculdade de medicina do UniFOA, seus objetivos de aprendizagem e como a TCI se relaciona com esses objetivos. 2) Analisar as percepções dos alunos sobre a aprendizagem, sobre integralidade do cuidado e as contribuições da roda de TCI para a sua formação humanística. **Para tanto, será realizado um grupo focal, que pode durar aproximadamente de uma a duas horas, devido ao momento atual onde o isolamento social é necessário pela pandemia de Covid-19, este grupo se realizará em modalidade on-line através da plataforma ZOOM.** Serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa, nas quais vocês nos contarão um pouco das suas vivências durante o internato de saúde coletiva na UBSF Vila Brasília Ana Maria de Assis, de seus sentimentos e emoções e sobre a participação na Terapia Comunitária Integrativa.

Você **não** deve participar deste estudo caso não queira fazer parte desta pesquisa. Não há **riscos** para sua saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas você poderá ter lembranças e emoções durante a entrevista e receberá apoio, suporte e orientações caso isto ocorra e a garantia de que será devidamente encaminhado, caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção (médica e/ou psicológica).

Este estudo poderá não lhe trazer **benefícios** diretos ou imediatos, além da oportunidade de conversar e refletir sobre sua formação profissional e de contribuir para a educação médica, após os docentes e preceptores em saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Os registros (áudios ou/e vídeos ou/e anotações) feitos durante a entrevista serão mantidos sob **sigilo**, assim como a sua identidade, pois nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição. O relatório final, a ser divulgado em encontros científicos e em revistas especializadas, conterá **citações anônimas**.

Não será necessário ressarcimento de despesas (por exemplo, transporte, alimentação, diárias etc.), pois este grupo será realizado em modalidade on-line conforme esclarecido.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Sílvia Mello dos Santos (Médica) e/ou suas orientadoras, Prof. Ana Cláudia Santos Chazan e Prof. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Telefone de contato da pesquisadora (para dúvidas relacionadas à pesquisa): (24) 992005225. **Endereço.:** Av. Prof. Manuel de Abreu, 444 - 2º andar. Vila Isabel. CEP: 20550-170 Rio de Janeiro, RJ - Fone: (21) 2334-2079

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do HUPE: Atendimento de segunda-feira a sexta-feira das 09:00-12:00h e 13:00-17:00h

Térreo do HUPE - Tels.: 2868-8253 - E-mail.: cep-hupe@uerj.br

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nomedo(a)participante: _____
Data: ____/____/_____
Assinatura do participante: _____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/_____
(Assinatura do pesquisador)
Rubrica

APENDICE IV- ROTEIRO GRUPO FOCAL ON-LINE

ETAPA 1- Dinâmica de Grupo Integradora

Se você pudesse ligar para você mesmo no início da faculdade, qual conselho você daria a você mesmo?

ETAPA 2: Debate

Questão Norteadora 1: Falem sobre as situações enfrentadas pelo interno na UBS e como superá-las

Questão Norteadora 2: O que significou para vocês a participação em rodas de TCI durante a faculdade.

Questão Norteadora 3: Comentem uma situação vivenciada na TCI caso se lembre.

Questão Norteadora 4: Diante das experiências que vocês viveram no Vila Brasília, atividades no CRAS, nas escolas, no território o que vocês diriam a colega de vocês que iniciaria lá amanhã.

ETAPA 3: Encerramento

Agradecimentos e consolidação

Dinâmica de encerramento: Com uma palavra o que estão levando dessa experiência?