



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE I e II
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE**

LAYRES CANUTA CARDOSO CLIMACO

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JEQUIÉ/BA
2020**

LAYRES CANUTA CARDOSO CLIMACO

**TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB-Campus de Jequié), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da banca examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento e Gestão

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

**JEQUIÉ/BA
2020**

C639t Climaco, Layres Canuta Cardoso.

Terapia comunitária integrativa: concepção de enfermeiros da estratégia saúde da família / Layres Canuta Cardoso Climaco.- Jequié, 2020.

100f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho)

1.Terapias Complementares 2.Estratégia Saúde da Família
3.Enfermagem em Saúde Comunitária I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.

CDD – 610.73

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

FOLHA DE APROVAÇÃO

CLIMACO. Layres Canuta Cardoso. **Terapia Comunitária Integrativa: concepção de enfermeiros da estratégia saúde da família.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA. 2020.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Orientador e presidente da banca examinadora



Prof.ª. Dr.ª. Adriana Alves Nery
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof. Dr.ª. Maria Gabriela Haye Biazevic
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP

Jequié/BA, 07 de Fevereiro de 2020.

Dedicatória

Aos meus pais, João e Maria, por todo esforço e dedicação para proporcionar-me uma boa educação. O sonho de tornar-me mestra, somente foi possível com apoio e incentivo de vocês. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela proteção, que me permitiu seguir em frente e lutar pelos meus ideais. Obrigada Senhor por cada vitória e batalha vencida.

À minha mãe, **Maria**, minha eterna confidente e zeladora da minha saúde, meu ânimo nos dias e noites, até a conclusão desta dissertação. Obrigada pelo apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, **João e Maria**, eternos guerreiros, não tenho palavras para expressar tamanha gratidão. Vocês sempre acreditaram no meu potencial, apoiaram-me em tudo. Estou realizando não só um sonho meu, mas de vocês também! Amo-os incondicionalmente!

Ao meu esposo, **Vinicius**, que sempre esteve presente nos momentos de estresse e ansiedade, obrigada pelo incentivo, paciência e amor. Sem você não teria chegado até aqui. Te amo!!

Aos meus irmãos, **Liza e Júnior**, por acreditaram sempre em mim. Amo-os demais!!!

Ao meu orientador, professor **Dr. Ismar Eduardo Martins Filho**, por, muitas vezes, ajudar-me a “desacelerar” e acalmar-me. Além disso, com o senhor passei a refletir o significado da palavra planejamento, obrigada pela paciência e orientação!

À minha Mãe de Jequié, **Patrícia Anjos Lima de Carvalho**, minha fonte de tranquilidade e fé. Obrigada por todo o carinho, amor e ajuda. A senhora é meu exemplo de docente, esposa, mãe e cristã. Te amo muito.

À professora, **Marizete Argolo**, obrigada pela confiança e ajuda, mas, principalmente, pelo carinho existente. Tenho imensa admiração, por você ser uma pessoa tão humana, munida de compaixão e calma. Muito Obrigada!

À minha amiga, **Vanessa Thamyris**, obrigada por ser essa amiga especial, que ao longo desses anos não mediu esforços para compartilhar seu conhecimento. Obrigada por tudo!

À minha amiga, **Ivana Ferraz**, obrigada pela amizade, paciência e companheirismo durante essa longa jornada que foi o mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), que contribuíram para o meu crescimento acadêmico, em especial, à Professora **Adriana Nery**, por aceitar participar da minha banca de qualificação e de defesa. A senhora é um exemplo de docente que acredita em seus ideais, tem toda minha admiração e respeito.

À professora, **Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic**, por ter aceitado o convite para fazer parte da banca de defesa da minha dissertação. Muito obrigada!!

Aos **colegas do mestrado**, por compartilhar alegrias, tristezas e publicações. Ser mestrando é vencer desafios todos os dias. Obrigada!!!

Ao Núcleo de Educação Permanente do município de Jequié, em especial, à **Lícia Vidal e Juliana Caires**, pela parceria para adentrar nas unidades de saúde e realizar a coleta dos dados desta pesquisa.

A todas as **Enfermeiras** que disponibilizaram seu tempo para participar desta pesquisa. Muito obrigada!

Ao **Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (NEPPICS)**, por todo o conhecimento compartilhado nas diversas pesquisas publicadas.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa durante o mestrado.

*Não haverá borboletas se a vida não passar por
longas e silenciosas metamorfoses.*

(Rubem Alves)

RESUMO

Este estudo consistiu em compreender a concepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a Terapia Comunitária Integrativa, o qual configurou-se como uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, tendo como participantes oito profissionais da Enfermagem que atuavam nas Estratégias Saúde da Família em um município no interior da Bahia, Brasil. As informações foram produzidas nos anos de 2018 a 2019, mediante entrevista semiestruturada, cujo material resultante foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo Temática. Os resultados do estudo foram apresentados no formato de dois manuscritos. O primeiro descreve as estratégias utilizadas pelas equipes das Unidades de Saúde da Família para a implantação dessa Prática Integrativa e Complementar, bem como suas dificuldades e facilidades. O segundo manuscrito aborda os saberes e a avaliação das participantes sobre Terapia Comunitária Integrativa e evidenciou que esse método constitui-se em uma tecnologia leve de cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família. Assim, a Terapia Comunitária Integrativa mostrou-se como uma oportunidade de ampliar a oferta de cuidados em saúde, que pode contribuir para proporcionar maior resolutividade nos serviços de saúde. Vale ressaltar, também, sua contribuição para o processo de trabalho, em especial, dos enfermeiros, na Estratégia Saúde da Família, ao favorecer a integralidade do cuidado, o acesso ao serviço, e a construção do vínculo terapêutico, bem como proporcionar o compartilhamento de possibilidades de resolução e/ou enfrentamento de problemas no território, evidenciados nas rodas de terapia. Concluiu-se que a implantação da Terapia Comunitária Integrativa contribui para a efetivação de práticas de saúde voltadas à integralidade, uma vez que essa tecnologia de cuidado humanizado privilegia o ser em seu aspecto relacional. Considera-se necessário o engajamento de todos os profissionais para ofertar esse tipo de terapia como cuidado em saúde geral e mental, efetivo tanto para os usuários do Sistema Único de Saúde como para a equipe, gestores e demais envolvidos.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

This study consisted of understanding the nurses' conception of the Family Health Strategy on Integrative Community Therapy, which was configured as a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, having as participants eight nurses who worked in the Family Health Strategy in a municipality in the interior of Bahia, Brazil. The information was produced from 2018 to 2019, through semi-structured interviews, whose resulting material was submitted to the Thematic Content Analysis technique. The study results were presented in two-manuscript format. The first describes the strategies used by Family Health Units teams for the implementation of this Integrative and Complementary Practice, as well as its difficulties and facilities. The second manuscript addresses the participants' knowledge and assessment of Integrative Community Therapy and showed that this method constitutes a light care technology in the context of the Family Health Strategy. Therefore, Integrative Community Therapy has proved to be an opportunity to expand the provision of health care, which can contribute to greater resolution in health services. It is also worth mentioning their contribution to the work process, especially of nurses, in the Family Health Strategy, by supporting the integrality of care, access to the service, and the construction of the therapeutic bond and possibilities for resolution and / or facing problems in the territory evidenced in the therapy wheels. It was concluded that the implementation of Integrative Community Therapy contributes to the effectiveness of health practices focused on integrality, since this technology of humanized care privileges being in its relational aspect. It is considered necessary to engage all professionals to offer this type of therapy as mental health care, effective for both users of the Unified Health System, staff, managers and others involved.

Keywords: Complementary Therapies; Family Health Strategy; Community Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade de Estadual do Sudoeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM OLHAR MEDIANTE AS POLÍTICAS PÚBLICAS	16
3.2	TERAPIA COMUNITÁRIA: ASPECTOS CONCEITUAIS E SEUS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	20
3.3	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	23
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO	26
4.2	LOCAL DO ESTUDO	26
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	28
4.4	TÉCNICA PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES	29
4.5	TÉCNICAS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	30
4.6	QUESTÕES ÉTICAS	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	MANUSCRITO 1: “Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde”	34
5.2	MANUSCRITO 1: “Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde”	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
	APÊNDICE B: Roteiro para a entrevista	89
	ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	90
	ANEXO 2: Diretrizes para autores da Salud Pública de México (norma traduzida)	93
	ANEXO 3: Instruções aos autores da revista Latino-Americano de Enfermagem	96

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), impulsionou mudanças no campo do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), que passou a incentivar o uso da medicina tradicional (MT) como estratégia de cuidado alternativa, de modo a garantir o acesso à saúde para todos e favorecer a criação de novos mecanismos e espaços de tratamento (OMS, 1978). A implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) propõe a ampliação da oferta de cuidado, fortalecendo o seu potencial na APS, adequando-se à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e às necessidades do sujeito e coletividade (SOUSA; TESSER, 2017).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria GM nº 971, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no SUS, que estimula a introdução de novas alternativas de cuidado para a prevenção de agravos e a recuperação da saúde (BRASIL, 2006). Como o principal enfoque dessas práticas é a prevenção, elas têm recebido incentivos da OMS para a sua implantação na APS (OMS, 2013).

Os serviços de saúde, mais especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser a porta de entrada preferencial do SUS, devem oferecer propostas de intervenções para os usuários em situação de sofrimento e a resolução dos seus problemas de saúde (MOURA *et al.*, 2017). No âmbito da ESF, o enfermeiro exerce o papel importante de cuidar dos usuários, das famílias e da coletividade, ao desempenhar atividades de promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, sendo imprescindível que ele também esteja capacitado para a prevenção do sofrimento mental, identificando as situações e os fatores de risco que o provocam (MERCES *et al.*, 2015).

O enfermeiro tem a possibilidade de utilizar diversas estratégias para o oferecimento do cuidado em saúde. Entre elas, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) vem se consolidando como uma nova tecnologia de cuidado em saúde mental, que possibilita, aos profissionais, uma maior aproximação aos problemas de saúde da comunidade, sendo um instrumento que favorece a escuta qualificada, a troca de

experiências e, ainda, o trabalho com a prevenção de doenças e a promoção da saúde de forma significativa (MERCES *et al.*, 2015).

A estratégia sistematizada desde 1987, denominada Terapia Comunitária Integrativa pelo professor universitário Dr. Adalberto Barreto, do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, mobiliza a competência das pessoas por meio da construção de vínculos solidários, da valorização das experiências de vida dos participantes, do resgate da identidade, da restauração da autoestima e da ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (BARRETO, 2010).

A TCI é caracterizada como um espaço de fala e partilha de situações de sofrimento emocional, bem como de enfrentamentos eficazes para a resolução de problemas dos sujeitos, estimulando o fortalecimento de redes comunitárias, de modo a prevenir a evolução de problemas familiares e sociais, e tornando-se um procedimento terapêutico de caráter preventivo em saúde mental (BARRETO, 2010).

Dessa forma, as rodas de terapia podem se constituir tanto como um canal para o aprimoramento do relacionamento terapêutico da Enfermagem com os usuários dos serviços, como uma estratégia para a aproximação da comunidade aos demais membros da equipe multiprofissional que atua na ESF. Além disso, por meio da TCI, a Enfermagem pode compreender melhor as dificuldades enfrentadas pela comunidade, bem como o potencial dela para se tornar resiliente e resolver os seus problemas.

As reflexões sobre o tema despertam o interesse a respeito do modo como as políticas públicas, os gestores, os profissionais e as comunidades podem contribuir para a implantação e o desenvolvimento de rodas de TCI e de como estas podem colaborar para a consolidação do SUS. A busca por respostas evidencia que os profissionais, mais especificamente, o enfermeiro, tanto podem mediar a implantação da TCI quanto se beneficiar dela para o aprimoramento da sua atuação.

Embora as políticas públicas existam, alguns gestores não têm conhecimento delas, ou não sabem quais as suas reais aplicações no cotidiano das comunidades, que, por sua vez, não têm o conhecimento total dos seus direitos. O enfermeiro da ESF pode, também, nesse contexto, se tornar um elo entre a comunidade e os gestores,

favorecendo a aplicação de políticas públicas, como a portaria 849/2017 (BRASIL, 2017a), que institui a TCI como uma prática do SUS.

Estas reflexões levam a vários questionamentos, a saber: os enfermeiros que atuam na ESF sabem que a TCI está entre as práticas integrativas apontadas pela portaria 849/2017? Eles têm o conhecimento de que a TCI está sendo implantada no município de Jequié, Bahia? Conduziu-se, assim, ao estabelecimento da seguinte questão norteadora para a pesquisa: "Qual a concepção dos enfermeiros da ESF sobre a Terapia Comunitária Integrativa?".

Por meio deste estudo, espera-se enfatizar o potencial das PICs, mais especificamente, da TCI, como uma ação de promoção da saúde mental na atenção básica, bem como motivar enfermeiros a buscarem a formação específica para a introdução da TCI entre as atividades que desenvolvem em suas práxis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a concepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família sobre a Terapia Comunitária Integrativa.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família.
- Conhecer a concepção de enfermeiras sobre a Terapia Comunitária Integrativa no contexto da Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UM OLHAR MEDIANTE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

As discussões sobre as PICs iniciaram-se em 1978, durante a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em Alma-Ata, onde surgiram recomendações sobre os usos de novas abordagens de cuidado, mais naturais e custo-efetivas, denominadas de Medicina Tradicional/Medicina Complementar Alternativa. Na sequência, a OMS elaborou o Programa de Medicina Tradicional, que visou a estimular os Estados-membros a formularem políticas públicas que estabelecessem o uso racional e integrado dessa nova modalidade de cuidado, e foi, ainda, reafirmada a sua importância, por meio do documento Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 (OMS, 1978; 2002).

No contexto do Brasil, essa regulamentação enquanto política começou em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que estabeleceu, no seu relatório final, a introdução de práticas alternativas nos serviços de saúde, possibilitando, aos usuários, o acesso democrático para escolher a terapêutica preferida. Assim, a temática ainda ganhou destaque após a criação do SUS, devido à descentralização e à participação popular, e os Estados e os municípios passaram a implantar algumas práticas no cotidiano do serviço (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM nº 971, de 2006, criou a PNPIC, que objetivou atender às diretrizes preconizadas pela OMS, bem como avançar na ampliação e regulamentação das PICs no contexto da saúde pública. Nessa portaria, foram ofertados apenas cinco procedimentos: medicina tradicional chinesa - acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2006a).

Quadro 1: Práticas Integrativas e Complementares regulamentadas em 2006 e seus conceitos.

PIC	CONCEITO
Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	É um sistema médico integral que utiliza uma linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes, visando à integridade.
Homeopatia	É um sistema médico complexo de caráter holístico baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes.
Plantas Medicinais e Fitoterapia	É uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.
Termalismo Social/Crenoterapia	É uma terapêutica caracterizada pelo uso da água mineral em suas diferentes propriedades (físicas, térmicas, radioativas e outras), atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.
Medicina Antroposófica	É uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, que integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos, os quais avaliam o ser humano a partir da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos.

Fonte: BRASIL, 2006.

Nos anos de 2017 e 2018, houve a ampliação do número desses procedimentos, com a incorporação de 24 novas atividades disponíveis à população: *ayurveda*; arteterapia; biodança; dança circular; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; quiropraxia; reflexoterapia; *reiki*; *shantala*; ioga; apiterapia; aromaterapia; bioenergética; constelação familiar; cromoterapia; geoterapia; hipnoterapia; imposição de mãos; ozonioterapia; terapia de florais e terapia comunitária integrativa (BRASIL, 2017a; 2018a).

Quadro 2: Práticas Integrativas e Complementares regulamentadas em 2017 e 2018 e seus conceitos.

PIC	CONCEITO
<i>Ayurveda</i>	É uma abordagem baseada no uso de recursos naturais; o conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não os desvincular e considerando os campos energético, mental e espiritual.
Arteterapia	É uma prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental.

Apiterapia	Prática terapêutica que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real e própolis – para a promoção da saúde e fins terapêuticos.
Aromaterapia	Prática terapêutica que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo, visando à promoção da saúde física e mental, ao bem-estar e à higiene.
Biodança	Prática expressiva corporal que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando a restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica necessários ao desenvolvimento humano.
Bioenergia	Este método trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.
Constelação Familiar	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.
Cromoterapia	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.
Dança Circular	Prática expressiva corporal, geralmente realizada em grupos, que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem e a interconexão harmoniosa e promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade, visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.
Geoterapia	Terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com o objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
Hipnoterapia	Conjunto de técnicas de relaxamento intenso que induz a pessoa a alcançar um estado de consciência elevado que permita alterar condições ou comportamentos indesejados.
Imposição de Mãos	Prática terapêutica que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com o intuito de restabelecer o equilíbrio do campo energético humano.
Meditação	Prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e a melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar a integração entre a mente, o corpo e o mundo exterior.
Naturopatia	Prática terapêutica que utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde.

Osteopatia	Prática terapêutica que utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas, a manipulação do sistema musculoesquelético, os tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular e a mobilidade para as vísceras.
Ozonioterapia	Prática que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove a melhoria de diversas doenças.
Quiropraxia	Prática terapêutica que atua no diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.
Reflexoterapia	Prática terapêutica que utiliza estímulos dos microssistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
Reiki	Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para a canalização da energia vital onde se encontram bloqueios (nós energéticos), visando a promover o equilíbrio energético necessário ao bem-estar físico e mental, eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular e restabelecendo o fluxo de energia vital.
Shantala	É uma prática terapêutica que consiste na manipulação de bebês e crianças, pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem o vínculo entre estes e proporcionam uma série de benefícios para os bebês.
Ioga	Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente associada à meditação.
Terapia de Florais	Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.
Terapia Comunitária Integrativa	Prática terapêutica coletiva que atua em um espaço aberto e envolve os membros da comunidade em uma atividade de construção de redes sociais solidárias para a promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.

Fonte: BRASIL, 2017; 2018.

Ao se fazer uma revisão na literatura científica, percebe-se que as PICs têm sido bastante discutidas nos últimos anos, por se tratar de práticas que buscam ver o ser humano de forma holística e humanizada. Esse tipo de modalidade de cuidado é capaz de modificar o estado de saúde dos indivíduos (TELESI-JÚNIOR, 2016).

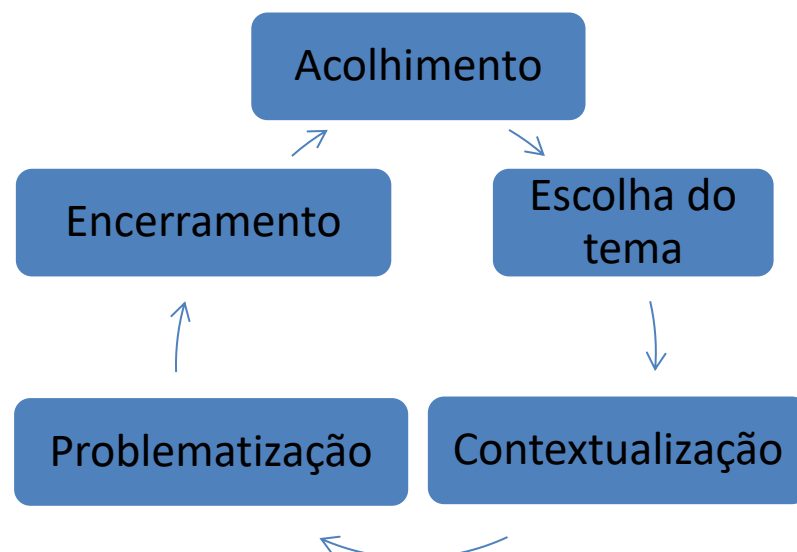
Essas práticas vêm sendo utilizadas em associação, de modo a combinar os cuidados biomédicos convencionais com uma abordagem complementar biopsicossocial, incluindo os aspectos relacionados ao corpo físico, à mente, às emoções e ao estilo de vida, de modo a atender às necessidades de saúde dos indivíduos (LEE *et al.*, 2018; SCHÜRGER *et al.*, 2018).

Devido ao desconhecimento de profissionais e gestores, o modelo biomédico ainda prevalece, sendo um desafio para as políticas públicas no que diz respeito à sua função PICs dentro do serviço de saúde (ISCHKANIANI; PELICIONI, 2012). Para os autores, o uso das práticas amplia a forma de pensar nas possíveis intervenções e, assim, fortalece a promoção e a prevenção em saúde.

3.2 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: ASPECTOS CONCEITUAIS E SEUS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A TCI foi criada há mais de 30 anos, caracterizada como um espaço comunitário que visa compartilhar as experiências de vida e a sabedoria, com o intuito de evitar as ocorrências de patologias sociais e o adoecimento da comunidade (BARRETO, 2010). Para o autor, a comunidade que tem problemas dispõe, também, de soluções. Ele também afirma que é um método simples, que se dá nas diversas redes que compõem as relações humanas, tais como a família e a coletividade, e que pretende apoiar o indivíduo que se encontra em sofrimento. O método desenvolve-se em cinco fases, denominadas acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.

Figura 1: Fases da Terapia Comunitária Integrativa conforme proposto por Adalberto Barreto. Fortaleza, 2010.



Fonte: BARRETO, 2010.

A condução é feita em forma de círculo e, na primeira fase, o acolhimento procura ofertar o ambiente harmonioso com músicas e dinâmicas, na tentativa de se promover o fortalecimento de vínculos entre os participantes, bem como a valorização da cultura dos envolvidos (BARRETO, 2010).

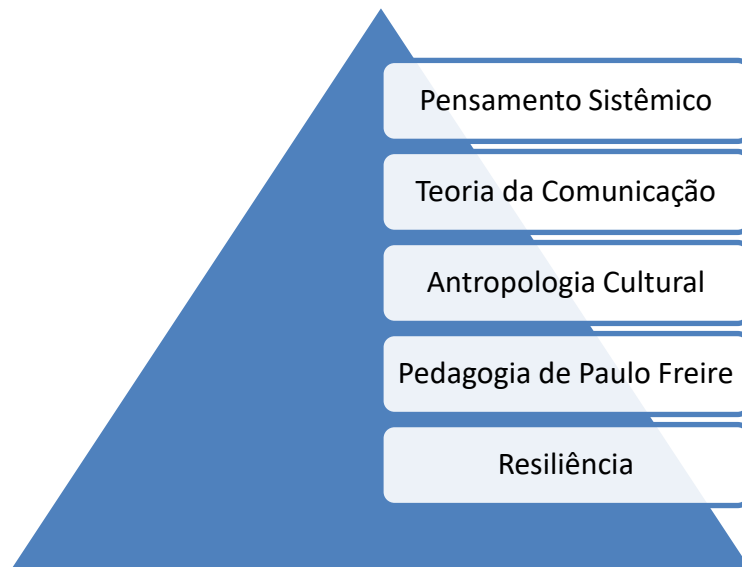
Na segunda fase ocorre a escolha do tema que é um momento que propõe aos participantes, partilharem sofrimentos, problemas diários e angústias. Na sequência, é feita a escolha do tema que será discutido no dia, mediante a votação democrática, estimulando a autonomia do sujeito. A terceira fase, a contextualização, busca compreender melhor o tema escolhido. Segundo o idealizador, é nesse momento que os participantes da roda de TCI podem fazer perguntas a respeito do problema em evidência (BARRETO, 2010).

A fase de problematização é momento de discussão do problema detectado, tem o objetivo de promover uma reflexão coletiva, ou seja, nessa fase, cada participante tem a oportunidade de rever seus conceitos e preconceitos, bem como construir a realidade a partir da partilha de experiências de vida e sabedorias (BARRETO, 2010).

O encerramento da roda, caracterizada pela conotação positiva, diz respeito a uma estratégia usada na TCI, que visa a reconhecer, valorizar e agradecer a coragem, determinação e sensibilidade de cada participante. É nesse momento que o indivíduo ressignifica a dor e o sofrimento por meio da vontade de superá-los (BARRETO, 2010).

Este método tem por base cinco referenciais teóricos: pensamento sistêmico; teoria da comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire e resiliência (BARRETO, 2010).

Figura 2: Referenciais teóricos da Terapia Comunitária Integrativa, Fortaleza, Ceará, Brasil.



Fonte: BRASIL, 2010.

O pensamento sistêmico é uma teoria que propõe reconhecer o sujeito e as suas particularidades, ampliando o seu olhar sobre a situação/problema (GOMES *et al.*, 2014). Desse modo, essa teoria evidencia as resoluções das crises familiares e sociais, que só poderão ser resolvidas a partir de uma compreensão maior, contemplando os contextos biológico, psicológico e social relacionados aos sujeitos (CARVALHO *et al.*, 2013).

Outro pilar importante é a teoria da comunicação, que vem sendo caracterizada como um elemento primordial para os relacionamentos interpessoais. Assim, tal afirmação se comprova a partir da premissa de que todo comportamento advém da comunicação (verbal ou não verbal), desde o excesso de palavras até as atitudes e emoções expressadas pelos corpos, passando a contribuir para a reflexão dos indivíduos em questão (CARVALHO *et al.*, 2013).

A Antropologia Cultural, que enfatiza a valorização das diferentes culturas como um elemento de referência fundamental nas identidades individual e coletiva. A partir desse método, os indivíduos aceitam-se, entendem o outro e assumem as suas identidades, sendo, assim, capazes de multiplicar o potencial de crescimento e resolver conflitos sociais (BARRETO, 2010).

A Pedagogia de Paulo Freire, que trabalha a perspectiva de uma educação libertadora, fundamentada por meio da problematização e do diálogo. Portanto, a TCI é um método que possibilita a troca de experiências a fim de transformar realidades (MENEZES; SANTIAGO, 2014; CARVALHO *et al.*, 2013). Por fim, a resiliência, pilar teórico que também fundamenta a TCI, parte da premissa de que o enfrentamento dos problemas do indivíduo é capaz de produzir um saber para superar as adversidades, ou seja, é a habilidade adquirida pelo sujeito frente às situações adversas (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006).

Para Barreto, esses referenciais permitem ampliar o olhar e a compreensão das multifaces que envolvem as vivências socializadas pelos próprios participantes, o que abre uma possibilidade para a descoberta coletiva de soluções para os problemas identificados (BARRETO, 2010). Outros autores corroboram com afirmação e enfatizam que esse método prevê o estímulo do sujeito no sentido de entender melhor os seus problemas e buscar soluções reais para um possível desfecho (CEZÁRIO *et al.*, 2015). Dessa forma, os indivíduos tornam-se autônomos para tomar as suas próprias decisões no modo de condução das suas vidas.

3.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF deve ser o primeiro contato da população com o serviço de saúde e dispõe de uma equipe mínima composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. A ESF foi criada no intuito de reorganizar a Atenção Básica (AB) e funcionar de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2017b).

Esse serviço de saúde adota uma concepção mais ampla do processo saúde/doença e prioriza as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Ele prevê, ainda, que o cuidado de saúde seja centrado no indivíduo e/ou na coletividade por meio da articulação entre os saberes técnicos e populares, bem como a

utilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SORATTO *et al.*, 2015). Contudo, a ESF participa ativamente na resolubilidade das adversidades da comunidade, assegurando o atendimento especializado, caso haja necessidade de encaminhamento aos demais níveis competentes do sistema (SOUZA-JUNIOR; MISMITO; ARRUDA, 2012).

No que diz respeito à garantia da resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, a ESF configura-se como um campo de prática e produção de novos modos de intervenção e cuidado, em especial, na saúde mental, pois tenta assegurar os princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade (AOSANI; NUNES, 2013).

Os estudos evidenciam que os profissionais da AB têm dificuldades com as demandas de saúde mental, no que se refere à garantia da assistência contínua aos indivíduos, com ênfase nas suas particularidades, em todas as dimensões que constituem o sujeito (AOSANI; NUNES, 2013; SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Os cuidados em saúde mental na AB devem incluir o uso de tecnologias que garantam uma assistência eficiente e de qualidade, adequando-se às reais necessidades dos usuários e familiares (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018). Assim, a TCI está inserida nas propostas de saúde mental na atenção básica, uma vez que procura promover a saúde em espaços coletivos e não combater a patologia individualmente. O método contribui para reverter o quadro de adoecimento provocado pelos problemas do cotidiano, tais como o estresse contínuo, a desesperança, o abandono e a síndrome da miséria psíquica (FERREIRA-FILHA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

Entende-se que tal prática consiste em uma tecnologia leve de cuidado, pois permite construir vínculos solidários e promover a saúde por meio do fortalecimento das relações humanas (MERHY *et al.*, 2006), trazendo repercussões exitosas e inovadoras nos mais diversos espaços de atuação (AZEVEDO *et al.*, 2013).

No Brasil, diversas experiências vêm sendo realizadas utilizando a TCI na AB (ROCHA *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2010; FERREIRA-FILHA *et al.*, 2009; GIFFONI; SANTOS, 2011; JATAI; SILVA, 2012; ARAUJO *et al.*, 2018), possibilitando, assim, a consolidação do modelo de atenção à saúde de base comunitária, que prevê a promoção da saúde e a prevenção das doenças, sendo que a

inserção dessa prática na ESF vem fortalecendo o processo de trabalho dos enfermeiros (GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019).

Com relação ao processo de trabalho dos enfermeiros, a TCI é uma estratégia que rompe os paradigmas no cuidado em saúde mental, obtendo avanços significativos no caminho da humanização como dimensão cuidadora, na medida em que esses profissionais melhoram as suas posturas e aprendem a conhecer melhor ao outro e a si mesmo, tornando-os mais humanizados para enxergar as suas limitações (AZEVEDO *et al.*, 2013). Por conseguinte, segundo os autores, a TCI dá um novo sentido às profissões de saúde, sobretudo a Enfermagem, além de contribuir para a qualidade de vida dos profissionais e usuários.

Na dinâmica da ESF, o enfermeiro é um membro importante na realização de atividades de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e, conseqüentemente, no coletivo vinculado às equipes e dentro do estabelecimento de saúde, assim como em domicílios e/ou demais espaços comunitários (BRASIL, 2017b). Assim, esses profissionais devem desenvolver, em seus trabalhos, na unidade de saúde e na comunidade, ações que oportunizem a promoção e prevenção de saúde, como a TCI.

Vista a importância desse profissional e levando em consideração a criação e/ou fortalecimento do vínculo com o usuário, percebe-se a necessidade de se ampliar o seu olhar para a busca de novos caminhos que auxiliem no atendimento do indivíduo dentro do serviço prestado. É perceptível que a TCI consiste em uma ferramenta que agrega a qualidade e a especificidade nesse tipo de assistência. Esta relação foi comprovada por enfermeiros que implantaram e vivenciaram essa prática e demonstraram a importância da sua inserção, pois essa metodologia de cuidado auxilia na escuta qualificada do indivíduo e da sua família, bem como na prevenção e promoção da saúde (JATAI; SILVA, 2012).

Torna-se notório a partir da identificação de determinadas circunstâncias, a ânsia da implementação da TCI em espaços de saúde comuns à comunidade, como a ESF. Como tal, por ser uma estratégia de baixo custo e abrangente, a inclusão das rodas de terapia na ESF pode contribuir para aumentar a qualidade de vida, o empoderamento e a resiliência da comunidade na área de atuação da equipe (JATAI; SILVA, 2012). Portanto, a TCI visa a transformar a realidade da população e pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A abordagem qualitativa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificada, pois trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que englobam um espaço mais profundo de relações, de processos e de fenômenos (MINAYO, 2010).

No contexto da pesquisa qualitativa, os indivíduos participam ativamente das ações sociais e, por meio das suas experiências, conhecem e compreendem os fenômenos de diversos modos (STREUBERT; CARPENTER, 2013). Assim, para os autores, com esse tipo de abordagem, os pesquisadores procuram descrever não apenas uma verdade, mas múltiplas realidades que devem ser consideradas para melhor compreender o objeto de estudo.

Buscou-se, então, promover a aproximação à Estratégia Saúde da Família e desvelar os fenômenos que envolvem a TCI, entendendo não só o processo de implantação da TCI, mas, também, as implicações existentes em sua realidade. Tal aproximação também parte do interesse em se identificar como esse método tem sido utilizado na atenção básica, na tentativa de se expandir a utilização da TCI em outros serviços de saúde.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os cenários da pesquisa foram as Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Jequié, Bahia. O município de Jequié possui uma extensão territorial de 3.035 km² e localiza-se no Sudoeste da Bahia, entre a Zona da Mata e a Caatinga, a 364 km de Salvador, capital do Estado. Jequié é cercada de montanhas, planícies, morros e serras, e o clima predominante é tropical, chuvoso e semiárido. A vegetação

característica da região é caatinga, mata de cipó e mata tropical. Sua população, de acordo com o último censo (2010), era de 151.895 habitantes e a população estimada para 2018 foi de 155.800 habitantes (IBGE, 2010).

No campo da saúde, a Saúde da Família constitui-se como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2017b), sendo que, no último Plano Municipal de Saúde de Jequié (2018 a 2021), a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família foi de 59,55%. O município possui uma rede composta por 19 USFs, as quais abrigam 28 equipes de Saúde da Família, que estão localizadas tanto na zona urbana como na zona rural. Essas unidades contam com a atuação de uma ou duas equipes interdisciplinares (JEQUIÉ, 2018).

Na tentativa de consolidação do modelo de atenção à saúde de base comunitária na ESF, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié reconheceu o potencial da TCI e promoveu, em 2017, um curso de formação pelo Núcleo de Educação Permanente, com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), para 12 servidores do município, entre eles, uma enfermeira, duas auxiliares de saúde bucal e nove agentes comunitários de saúde.

O curso foi oferecido pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRASTECOM), por intermédio do Núcleo Formador de Salvador, com uma carga horária total de 240 horas distribuídas da seguinte forma: 50 horas/aula teóricas; 50 horas/aula de vivências terapêuticas; 80 horas/aula de intervenção presencial e 60 horas/aula de estágio prático, equivalente à condução de 30 rodas de TCI, critério de certificação como terapeuta comunitário.

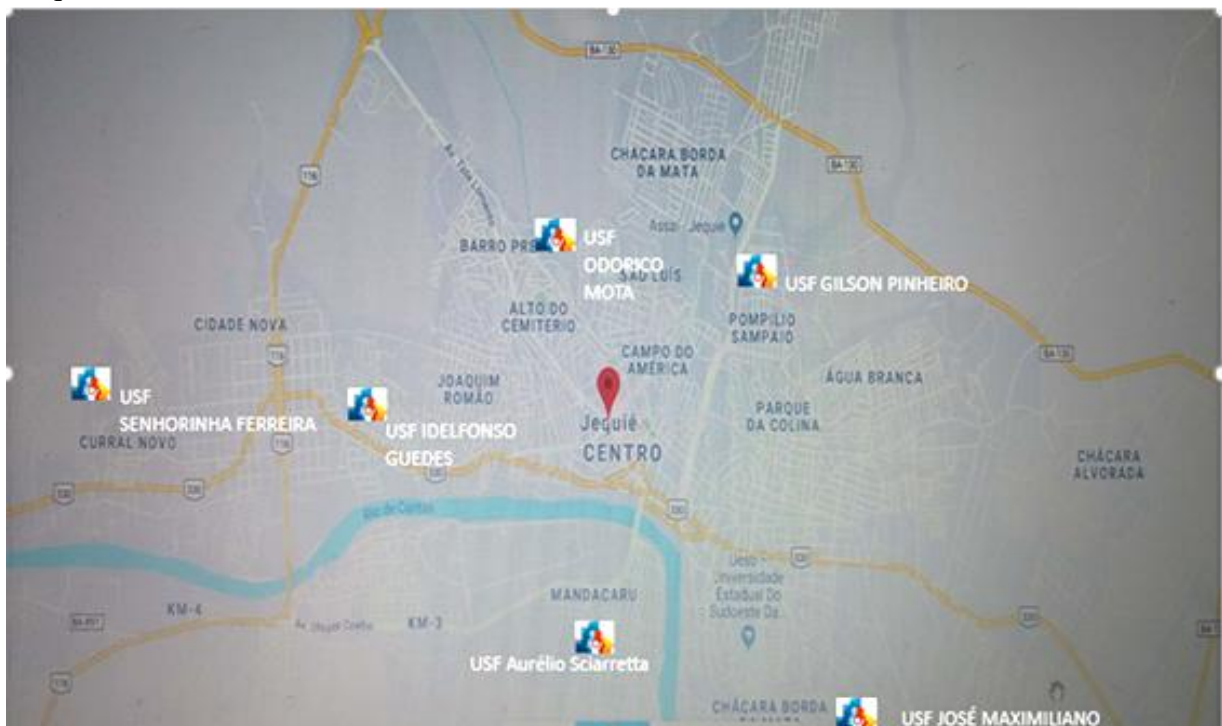
O curso visou capacitar os servidores para contribuírem para a promoção da saúde e o cuidado em saúde mental nos diversos serviços de saúde do município. Todos os selecionados eram profissionais da atenção básica. Por esse motivo, escolheu-se este cenário para o desenvolvimento do estudo. Vale ressaltar que, desde 2017, a SMS tenta implantar e ampliar o serviço de TCI na AB. Atualmente, existem seis USFs na zona urbana e uma, na zona rural, que contam com esse serviço disponível para a população.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram as enfermeiras que atuam nas equipes de Saúde da Família. A escolha desse público foi por considerá-las um elo importante para a comunidade e a gestão dos serviços de saúde e por serem responsáveis pela coordenação das unidades. A atuação dessas profissionais na AB vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, pois não devem desenvolver a sua prática centrada apenas na clínica e na cura, mas, sobretudo, na integralidade, prevenção e promoção à saúde (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Assim, para se desenvolver esta pesquisa, foi realizado o contato prévio com os membros do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, em setembro de 2018, a fim de se explicar o objetivo da pesquisa e as possíveis contribuições da mesma para o município. Nesse momento, foi realizado um mapeamento das USFs que já haviam implantado a TCI como uma das atividades ofertada pela unidade, conforme a figura 3.

Figura 3: Mapeamento das USFs com Terapia Comunitária Integrativa na zona urbana. Jequié (BA), 2018.



Fonte: mapeamento produzido pela pesquisadora por meio das informações obtidas durante a coleta de dados no Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, em setembro de 2018.

A fim de colaborar com a pesquisa, a coordenadora da Atenção Básica apresentou a pesquisadora as enfermeiras e disponibilizou o número de contato de cada unidade para o agendamento da entrevista. Foram agendadas, por telefone, as visitas às USFs, de acordo com a disponibilidade de cada profissional. Todas as entrevistas foram feitas nas USFs de atuação de cada enfermeiro, com a exceção da enfermeira da zona rural, que foi entrevistada na Secretaria de Saúde do município.

Os critérios de inclusão para ser participante do estudo foram: ser enfermeiro e atuar na equipe da ESF onde foi implantada a TCI por, no mínimo, um ano. Excluíram-se os profissionais que estavam afastados por licença médica ou férias. Vale ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não há uma preocupação com a amostragem quantitativa, mas, sim, com a compreensão e o aprofundamento do fenômeno estudado. Assim, participaram da pesquisa oito enfermeiras.

Entre os entraves e dificuldades da pesquisa, vale salientar que três enfermeiras estavam com o serviço de TCI desativado temporariamente por problemas estruturais, sem prazo para reativar; uma foi exonerada do cargo e, de acordo com os critérios de inclusão, a enfermeira que a substituiu não pôde participar da pesquisa e três solicitaram a implantação do serviço, mas a SMS ainda não tinha atendido à solicitação.

4.4 TÉCNICA PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES

Para a coleta de informações, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, por se tratar de um instrumento flexível, caracterizado por perguntas abertas, que possibilitam, ao entrevistado, discorrer sobre o tema proposto. Esse método permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio dos discursos, sendo adequado para conhecer como os participantes percebem o mundo (FRASER; GONDIM, 2004).

A pesquisadora seguiu um roteiro de questões previamente definidas, pois esse tipo de entrevista permite a interação entre o entrevistador e o entrevistado,

proporcionando uma cobertura mais profunda sobre o tema (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, tiveram a duração de sete a 30 minutos e seguiram um roteiro constituído pelas seguintes questões: "Fale-me sobre a Terapia Comunitária Integrativa"; "Comente como foi a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na unidade onde você atua"; "Fale-me como foi o seu envolvimento na implantação da Terapia Comunitária Integrativa"; "Quais as facilidades e/ou dificuldades que você enfrenta para oferecer esse serviço para a população?" e "Depois da implantação da TCI, o que mudou na sua prática profissional?".

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Após a realização da entrevista semiestruturada, as falas das enfermeiras foram transcritas e, em seguida, submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Temática, de Laurence Bardin (2016). Para o autor, é um conjunto de instrumentos metodológicos utilizados para compreender os discursos dos sujeitos por meio de procedimentos sistemáticos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo foi realizada em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, que se subdividiu em inferência e interpretação. Na primeira etapa, a pré-análise, os pesquisadores realizaram uma leitura flutuante das entrevistas transcritas, o que possibilitou conhecer o material e criar familiaridade com ele. Nessa fase, organizaram-se os documentos e formularam-se hipóteses para a elaboração de indicadores que deram auxílio à interpretação final (BARDIN, 2016).

Na segunda etapa, explorou-se o material escolhido na pré-análise e realizaram-se as codificações, decomposições, enumerações e regras para a classificação do material abordado. E, por fim, na terceira fase, realizaram-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, de onde emergiram as categorias e subcategorias, como se demonstra no quadro a seguir (BARDIN, 2016).

Quadro 3: Descrição da Análise de Conteúdo da pesquisa. Bahia, Brasil, 2019.

Categorias	Subcategorias	Códigos	Nº de unidades de análise
Implantação da TCI na atenção primária à saúde	Passos iniciais para a implantação da TCI na unidade	IMPTCIp	80
	Estratégias para a organização das rodas de TCI com a comunidade	IMPTCleo	19
	Estratégias em grupos	IMPTCIeg	36
	Horários e tempo de duração das rodas	IMPTCIht	11
	Divulgação e convite para as rodas	IMPTCIdc	25
Facilidades versus dificuldades encontradas na implantação das rodas de TCI	Dificuldades	FXDd	67
	Facilidades	FxDf	45
TCI na perspectiva dos enfermeiros da ESF	Saberes das enfermeiras sobre TCI.	TCIsenf	46
TCI como instrumento no processo de trabalho da ESF	TCI como mapeamento dos problemas e necessidades do território.	TCIp	66
	TCI como potencialidade na construção do vínculo, acesso e integralidade do cuidado.	TCIvai	33
	TCI como ferramenta eficaz para a resolução de problemas.	TCIrp	8
Avaliação das rodas de TCI	Avaliação das rodas feita pelas enfermeiras.	TCave	29
	Avaliação das rodas feita pela comunidade.	TCavc	6
TOTAL	-	-	471

Fonte: Entrevista com as enfermeiras da ESF. Jequié (BA), Brasil, 2019.

A partir da análise das oito entrevistas realizadas, obteve-se um *corpus* com 704 unidades de sentido, incluindo as “outras denominações” (OD). Dessas unidades de sentido, aproximadamente 40,19% foram utilizadas na produção do primeiro manuscrito desta dissertação e 26,70%, na produção do segundo manuscrito, sendo que a escolha dessas unidades foi devido à ligação com o objetivo do estudo, com a finalidade de responder às questões da pesquisa. Destaca-se que as outras unidades de sentido, não utilizadas nesse momento, foram arquivadas em um banco de dados para futuras publicações.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), obtendo-se a autorização para a realização da pesquisa sob o parecer nº 2.852.182/2018 e o CAAE: 94024718.3.0000.0055 (ANEXO 1). Com a aprovação, iniciou-se a coleta de dados após a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que esclareceu cada participante sobre a natureza da pesquisa (objetivos, métodos, potenciais riscos e desconforto).

Depois de estarem devidamente esclarecidas, oito enfermeiras consentiram a participação na pesquisa, sendo que uma optou por ceder a entrevista de forma escrita. A pesquisa não acarretou custos financeiros aos participantes e foram mantidos a confidencialidade e o anonimato dos dados por meio da utilização de denominações alfanuméricas, a saber: Enf 1, Enf 2 e, assim, sucessivamente, seguindo a ordem das entrevistas. Cumpriu-se fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, preconizando o respeito aos princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, ausência de riscos e prejuízos, assegurando, desse modo, o anonimato dos participantes (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, abordam-se os resultados do estudo que apresenta a concepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a Terapia Comunitária Integrativa no serviço. Dessa maneira, buscando atender às normas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, apresentam-se, a seguir, dois manuscritos que integram esta dissertação de mestrado.

Os dois manuscritos contemplam, nos seus resultados, os objetivos do estudo. Assim, o primeiro manuscrito, Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde, aborda as categorias: Dificuldades e facilidades encontradas para a implantação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa e Estratégias de implantação da Terapia Comunitária Integrativa.

O segundo manuscrito, intitulado “Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de trabalho na Estratégia Saúde da Família” aborda as categorias: Saberes sobre Terapia Comunitária Integrativa; A Terapia Comunitária Integrativa como tecnologia de cuidado na Estratégia Saúde da Família; e Avaliação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa. Vale destacar que a formatação dos manuscritos atende às normas estabelecidas por cada periódico selecionado para a submissão.

5.1 MANUSCRITO 1: “Implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde”.

Este manuscrito foi elaborado e adequado conforme as normas do periódico Salud Pública de México e seguiu as instruções para autores (ANEXO 2).

**IMPLEMENTATION OF INTEGRATIVE COMMUNITY THERAPY IN PRIMARY
HEALTH CARE**

**IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA EN LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**IMPLANTAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Layres Canuta Cardoso Climaco. Mestranda. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Ismar Eduardo Martins Filho. Professor titular do Departamento de Saúde I e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Autor correspondente: Layres Canuta Cardoso Climaco, Rua: Dr. José Alfredo Guimarães, condomínio Colinas do São Paulo, n. 178, Bl. 14, Ap. 202, Cep: 45203330. Telefone: 073991154546 e email: laycanuta@gmail.com

Resumo

Objetivo. Descrever a implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos e Métodos.** Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram deste estudo oito enfermeiras que atuavam na ESF. A coleta de dados foi realizada em 2018 a 2019 por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Em seguida, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados.** A implantação da TCI permite ampliar a oferta de cuidados em saúde nos serviços, sendo que as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo de implantação permite que os profissionais adotem estratégias mais efetivas para implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão.** Os profissionais devem buscar a identificação e a resolução das dificuldades para a implantação da TCI, sendo necessário o acompanhamento desse processo por parte da gestão, sobretudo, mediante o desenvolvimento de ações de educação permanente para que os profissionais possam executá-las.

Palavras-chave: Práticas Complementares; Terapia Comunitária Integrativa; Atenção Primária; Enfermagem.

Introdução

Na contemporaneidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem buscando superar as fragilidades ainda existentes, sobretudo, no que diz respeito às ações de promoção da saúde dos seus usuários. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem avançado bastante com relação às formas de tratamento e cuidado, permitindo que os profissionais desenvolvam práticas de saúde privilegiando o ser humano no seu aspecto integral.¹

A ampliação da PNPIC, por meio da publicação da Portaria nº 849, em 2017, dá subsídios para introduzir a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nos diversos serviços de saúde, especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS).²No entanto, a institucionalização da PNPIC foi dificultada pela falta de coordenação nacional da política no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e pela inexistência de dotação orçamentária para a sua implantação e implementação.³

Ao estabelecer atribuições para a implantação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos âmbitos federal, estadual e municipal, a PNPIC possibilita, aos municípios, a criação de suas próprias normativas, de modo a orientar a implantação dessas práticas em serviços mais próximos da comunidade, como na ESF.

Diversas experiências exitosas da implantação da TCI na ESF têm sido publicadas,^{4,5,6,7} e o aumento do uso dessa ferramenta tem sido atribuído a fatores diversos, tais como desmedicalização, formação de uma rede de suporte social e valorização das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças nos âmbitos individual e coletivo.^{5,6}

A TCI foi criada há mais de três décadas como um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico que favorece a troca de experiências entre as pessoas e contribui para a reversão do quadro de adoecimento da comunidade provocado pelo estresse contínuo, desesperança, abandono e insegurança.^{8,9}

Esta ferramenta está fundamentada nos seguintes referenciais teóricos: pensamento sistêmico; teoria da comunicação pragmática; antropologia cultural; pedagogia freireana e resiliência.⁸ Tais referenciais permitem ampliar o olhar e a compreensão das multifaces que envolvem as vivências socializadas pelo grupo, o que abre possibilidade à descoberta coletiva de soluções para os problemas identificados.

Evidências apontam que a TCI vem se mostrando como uma importante ferramenta de cuidado coletivo, eficaz e de baixo custo, que promove saúde e bem-estar aos sujeitos por meio da socialização e partilha de suas histórias.^{10,11} Além disso, a TCI é caracterizada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) como uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica eficaz para a resolução dos problemas de saúde no território.¹²

Nessa conjuntura, os gestores responsáveis pela Saúde no município, no ano de 2017, reconheceu o potencial da TCI e promoveu um curso de formação para doze servidores do município com vistas à capacitá-los para contribuir com a promoção da saúde e o cuidado em saúde mental nos diversos dispositivos de cuidado. Esse curso resultou da parceria entre o Núcleo de Educação Permanente, vinculado à gestão municipal, e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Embora existam várias pesquisas científicas sobre experiências com a TCI na APS em desenvolvimento, há lacunas de como essa prática está sendo implantada no território, visto que, até o momento, têm sido mais evidenciados os benefícios da TCI para as populações.^{13,14}

Assim, a implantação da TCI no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um tema relevante para profissionais que atuam diretamente com a

comunidade, principalmente, na ESF, a qual prioriza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.⁶ Desse modo, é necessário que a implantação dessa tecnologia ocorra de forma adequada e segura para usuários e trabalhadores.

A implantação da TCI no município de Jequié, na Bahia, Brasil, aconteceu em 2017 e, desde então, surgiu a seguinte inquietação: como foi a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família? Para responder a tal questionamento, traçou-se o seguinte objetivo: descrever a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família.

Este estudo, além de despertar o interesse dos profissionais de saúde para a implantação das PICs no serviço, poderá auxiliar aqueles que já desenvolvem a TCI a torná-la mais eficaz, ao diminuir as dificuldades e potencializar as facilidades para a sua operacionalização, de modo a melhorar ou replicar os avanços e contribuir para a consolidação das PICs.

Materiais e métodos

Esta pesquisa caracterizou-se como descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem é adequada para a compreensão de fenômenos, podendo estabelecer ligações entre os conceitos, representações ou até mesmo entre as crenças e comportamentos que influenciam na tomada de decisão.¹⁵

Participaram deste estudo oito enfermeiras que atuavam na ESF do município de Jequié, Bahia, Brasil, no momento da sua realização, sendo que os critérios de inclusão foram: atuar em equipe da ESF; estar vinculado à ESF onde foi implantada a TCI; atuar na mesma equipe por, no mínimo, um ano. Foram excluídos os profissionais que estiveram afastados por licença médica, férias ou exonerados do cargo.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019 por meio da técnica de entrevista semiestruturada guiada por um roteiro de perguntas abertas. Esse método permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio dos discursos, sendo adequado para conhecer como os participantes percebem o mundo,¹⁶ e, para este estudo, facilitaria o entendimento sobre a implantação da TCI.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e, em seguida, submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Temática.¹⁷ Conforme a autora, esse tipo de análise segue três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na primeira fase, na pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante do material obtido pelas entrevistas. Mediante a exploração desse material, na segunda fase, definiram-se as codificações e enumerações. Na terceira e última fase, realizaram-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, de onde emergiram duas categorias que compuseram o manuscrito.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) e aprovada por meio do Parecer nº. 2.852.182 e CAAE: 94024718.3.0000.0055. Ainda, para assegurar o anonimato e sigilo das participantes, as entrevistas foram identificadas como Enf1, Enf2 e, assim, sucessivamente.

Resultados

Os resultados deste estudo, que constitui um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Terapia Comunitária Integrativa: concepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e apresenta as seguintes categorias: Dificuldades e facilidades encontradas para a implantação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa e Estratégias de implantação da Terapia Comunitária Integrativa.

Dificuldades e facilidades encontradas para a implantação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa

Os discursos das participantes demonstraram dificuldades e facilidades percebidas para a implantação da TCI na ESF. Entre as dificuldades apontadas, destacaram-se a não adesão da comunidade, o excesso das demandas, a impossibilidade de agendar um dia e horário para realizar a TCI e a localização da unidade. Em contrapartida, aspectos relacionados à equipe, ao espaço para a realização e à disponibilidade do terapeuta comunitário foram identificados tanto como facilidades quanto como dificuldades para a implantação da TCI.

A não adesão da comunidade foi relacionada à dificuldade da equipe para convencer e atrair a comunidade para as rodas de TCI, como mostram as falas abaixo.

Observou que aparecia pouca gente [...] de dez (gestantes), apareceram três [...] a nossa dificuldade foi agendar um horário e convidar a população. (Enf1)

Dificuldade era de aderir a comunidade a essa terapia [...] mesmo convidando, ainda tem uma demanda bem pequena, não ia quem a equipe esperava. (Enf5)

A dificuldade é convencer a população a vim para a roda. [...] teve resistência, teve muita resistência [...] eles têm essa resistência [...] então, a dificuldade maior é essa. [...] a dificuldade maior mesmo foi convencer a população a começar a participar. [...] a dificuldade realmente só foi trazer a população. (Enf7)

A dificuldade de participar das rodas de TCI devido a atuação dos profissionais em setores onde eles não podem parar os atendimentos como consultórios de enfermagem, sala de imunização e recepção foi relacionada ao excesso das demandas do serviço e à impossibilidade de agendar um dia e horário.

(Os funcionários) não podem participar, porque, às vezes, estão na sala de vacina, na recepção, têm sempre alguma coisa. (Exemplo) eu estou aqui agora, aí, liga alguém e diz: “tem (reunião do) Conselho, [...] você tem que vim agora para reunião na secretaria”. (Enf1)

(a dificuldade) não tem uma data definida. (Enf2)

Não temos como abrir (terapia) mais vezes por conta de nossa demanda de serviço, que é muito grande [...] a demanda da ESF é muito grande para enfermeiro porque eu não só atendo, gerencio também. (Enf5)

Não participo devido às muitas atribuições (do serviço). (Enf8)

Cabe destacar que tanto a localização da Unidade de Saúde quanto a inadequação da infraestrutura surgiram como dificuldades para a implantação da TCI na ESF, pois, segundo as participantes, deveria haver um espaço maior e mais acolhedor destinado para a realização da atividade, conforme demonstram as falas seguintes.

(Quando convida para TCI) eles reclamam devido à localização da unidade ser em uma ladeira. (Enf1)

Ter um espaço mais acolhedor para acolher mais pessoas, a dificuldade é conseguir um espaço maior. (Enf4)

No entanto, a utilização do mesmo espaço onde os usuários aguardam os atendimentos (sala de espera) foi informada como um elemento facilitador nas falas a seguir.

A gente percebeu a facilidade de pegar a sala de espera e fazer [...] não tem aquele problema em convidar ninguém (com a sala de espera). (Enf1)

Espaço, a gente tem [...] então, espaço não foi o problema. (Enf7)

Com relação à equipe, embora duas participantes tenham citado a dificuldade de engajamento na atividade, a maioria das participantes a identifica como um elemento facilitador para a implantação da TCI na ESF, conforme as seguintes falas.

Houve uma resistência dos funcionários em abrir isso para a comunidade [...] principalmente dos ACS (agentes comunitários de saúde). (Enf5)

[...] o compromisso de alguns integrantes que faltam quando convocados. (Enf8)

A facilidade é por ter o apoio de todos (equipe). (Enf2)

[...] (a equipe) remou junto no trabalho. (Enf3)

A facilidade é que, assim, a equipe toda está de braços abertos para acolher a terapia [...] (a equipe) um leva uma coisa, outro leva outra. (Enf6)

[...] (a terapia) foi bem acolhida mesmo pela equipe. (Enf1)

[...] a equipe abraçou, tanto os agentes comunitários quanto o restante da equipe abraçou a roda [...] (A equipe) quis que desse certo [...] então, correu atrás mesmo [...] e a facilidade é a disponibilidade da equipe, por ser uma equipe integrada, unida, que trabalha junto. (Enf7)

A presença do terapeuta comunitário na equipe foi destacada pela participante (Enf7) como elemento facilitador para a implantação da TCI, o que foi reforçado por duas participantes (Enf3 e Enf6), ao relatarem a dificuldade para conseguir terapeutas externos, contrapondo-se ao pensamento da participante Enf5 de que estes profissionais têm disponibilidade, como demonstram as falas a seguir.

[...] temos terapeutas! [...] então, isso também facilitou muito (ter na unidade as terapeutas). [...] temos duas terapeutas aqui formadas. (Enf7)

Não conseguimos achar o profissional (terapeuta). (Enf3)

Mas, infelizmente, não tem um profissional para promover a atividade. (Enf6)

E as facilidades, é, eles são bem disponíveis (terapeutas). (Enf5)

Estratégias de implantação da Terapia Comunitária Integrativa

Essa categoria versa sobre as estratégias utilizadas para a implantação da TCI. Segundo os relatos das participantes, o primeiro passo para a implantação foi a discussão em equipe, como mostram as falas a seguir.

Conversamos com a equipe, lógico. Discutimos a implantação, discutimos os benefícios para a comunidade e para a própria equipe. (Enf3)

Fui estudando [...] projetando essa ideia. (Enf4)

[...] foi pensado como podemos ajudar essas pessoas, tentar até diminuir a quantidade de medicamento, foi daí que surgiu essa ideia de se fazer essa terapia [...] o primeiro passo foi falar com os ACS. (Enf7)

Após a aceitação da equipe, os terapeutas aplicaram as rodas de TCI com seus integrantes de modo a tornar conhecidos os objetivos, o funcionamento, a importância da divulgação e do envolvimento da população, como demonstram as falas a seguir.

E a primeira coisa que eles trouxeram do curso é que tinha que trazer e aplicar foi com a equipe toda. [...] a primeira experiência foi a equipe toda [...] ela (a terapeuta) fez primeiro com a equipe para, depois, aplicar com a comunidade [...] ela fez aqui para conhecermos e nós convidarmos as pessoas para participar. (Enf1)

[...] eu pedi que eles fossem lá apresentar primeiramente para a equipe (a terapia), para entendermos como é o serviço, para começarmos a convidar outras pessoas. (Enf5)

[...] então, fez rodas de terapia com a equipe, para a equipe entender como é que funciona [...] para eles terem o estímulo de convidarem as pessoas para virem para a roda. [...] e a partir da terapia que fez com a equipe começou a convidar a população. (Enf7)

Após a realização da TCI com a equipe, começou-se a pensar em estratégias para implantar a TCI na unidade. Segundo o relato das participantes, tais estratégias foram: os grupos educativos, a sala de espera e eventos como o Setembro Amarelo, conforme demonstram as falas a seguir.

[...] começamos a pensar: vamos fazer nos grupos educativos, nós tínhamos o grupo de idosos, de gestantes, de adolescentes. [...] com a ideia de fazer no dia do grupo (educativo) [...] junto com o Hiperdia. [...] tinha a roda, depois, o atendimento do Hiperdia [...] esses dias fizemos uma terapia só com gestante [...] tem o momento com todos [...] conseguiu trazer a roda para a unidade. (Enf7)

Através dessa situação que pegamos a sala de espera. (Enf1)

Foi no Setembro Dourado (aconteceu a roda). A programação da secretaria foi essa, ter essas terapias durante todo esse mês [...] reuniu lá a comunidade. (Enf6)

Vale ressaltar que, segundo uma das participantes, a estratégia de começar a fazer a TCI nos grupos educativos tinha o objetivo de a população passar a conhecer a TCI.

Tem o momento com a roda de terapia com todos [...] em todo grupo, nós vamos falando menos e vai iniciar a roda no meio do grupo [...] então, quem vir para o grupo, vai participar da roda, querendo ou não [...] (participar) para conhecer [...] depois, quem quiser continuar... [...] os (usuários) que estão para consulta, ficam (na roda) depois vai para a consulta. (Enf7)

Sobre a divulgação desse tipo de serviço para a população, as estratégias adotadas pelas equipes foram os ACS, a sala de espera, o consultório e as associações de moradores do bairro, como demonstram as falas abaixo.

Então, o primeiro convite partiu deles (ACS) [...] nossos agentes continuam convidando pessoas [...] um boca a boca, nas visitas domiciliares. [...] assim, eles (ACS) ainda chamam pessoas novas. (Enf4)

Os ACS que fazem o convite. (Enf5)

Os ACS, eles fazem o convite nas casas [...] quando estão visitando, eles também estão oferecendo [...] na sala de espera, falam também que tem esse serviço na unidade [...] no consultório, eu convido, o médico convida, o odontólogo convida [...] agora, é chamado para vim para a terapia: “vai ter grupo de terapia”. (Enf7)

[...] (a divulgação) fez reunião na associação de moradores do bairro, depois, foi chamando a comunidade [...] foi apresentado à comunidade o projeto. (Enf3)

Convidou todo mundo. (Enf6)

Além disso, uma estratégia primordial foi a participação das enfermeiras nesse processo.

A minha participação foi divulgar esse serviço para a população, explicar também a utilidade [...] explicar, para a comunidade, que os benefícios são para ela própria. (Enf2)

Do começo até o fim (participação das enfermeiras na implantação) [...] a ideia (implantação) partiu de nós (enfermeiras) [...] saiu o projeto do chão por nós. (Enf3)

A partir da nossa participação, eu procurei saber dos terapeutas. (Enf4)

Discussão

A implantação da TCI amplia a oferta de cuidados que contribuem para o desenvolvimento das comunidades, estimula a participação social, incentiva o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores,

além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde.¹⁸ Nesse contexto, a implantação das PICs é vista como uma inovação no contexto da ESF,¹⁹ sendo que, nem sempre, é um processo fácil e rápido, o que foi ratificado por este estudo mediante a identificação de dificuldades e facilidades para implantar a TCI em serviços de Atenção Primária à Saúde, bem como de estratégias utilizadas pelas equipes para viabilizar o processo.

Uma das principais dificuldades apresentadas pelas participantes deste estudo para a implantação da TCI foi relacionada à não adesão da comunidade relacionada ao despreparo dos profissionais da saúde para atrair a comunidade para a TCI. Tal relação constitui uma barreira para a ampliação das PIC no SUS e reforça a necessidade apontada em outro estudo para a gestão priorizar o desenvolvimento de ações de educação permanente voltadas à construção de conhecimentos sobre a PNPIC, com ênfase nas especificidades de cada PIC, de modo a favorecer a implantação das PICs, bem como melhorar o acesso a tais práticas nos serviços de saúde no âmbito do SUS.²⁰

A não adesão da comunidade pode estar relacionada a outras dificuldades que foram apontadas pelas participantes e que ratificam estudos anteriores, tais como a impossibilidade de agendar um dia e horário, a localização da unidade e a falta de infraestrutura adequada para a realização das atividades educativas.^{6,21} Para Padilha e Oliveira, além de limitar o acesso da população à prática da TCI, tais dificuldades reforçam a desvalorização das ações em grupos.²¹ Para esses autores, a existência dos trabalhos em grupos ainda persiste pela insistência apenas de um profissional comprometido com tal prática, sendo que, sem o envolvimento de toda a equipe, dificilmente conseguem-se estimular a autonomia e a conscientização das comunidades.²¹

As participantes deste estudo enfatizaram o papel da equipe, que aparece ora como um elemento facilitador ora como barreira para a implantação da TCI. Essa evidência demonstra que quando há o empenho coletivo ajuda a equipe a avançar na perspectiva do cuidado integral e resolutivo no SUS.¹⁹ Por outro lado, o estudo robustece a hipótese de que o desconhecimento sobre as PICs constitui uma barreira para que essa prática aconteça com êxito, visto que esses profissionais deveriam se envolver com a TCI e explicar, para a população, a importância das atividades em grupos com o intuito de melhorar a assistência à saúde.^{22,23}

Outra dificuldade para a implantação da TCI apontada pelas participantes deste estudo refere-se à questão do excesso das demandas do serviço. Nessa perspectiva, a alta demanda impossibilita a participação dos próprios funcionários nas rodas de TCI realizadas na unidade de saúde. Desse modo, o excesso das demandas do serviço dificulta o planejamento e a execução das dinâmicas dos grupos,²¹ prejudicando o desenvolvimento da TCI na ESF.

As participantes relataram também a relação entre ter ou não ter o terapeuta como um dos integrantes da equipe de saúde e a realização das rodas de TCI. Dessa maneira, confirmaram o pensamento de que o desenvolvimento das rodas de TCI é prejudicado pela falta do terapeuta comunitário na ESF e que, muitas vezes, o acesso a essa prática é restrito ao local onde tais profissionais atuam.¹

Além disso, os resultados ratificam a necessidade da inserção do terapeuta na composição das equipes da ESF ou do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), visto que reflete positivamente na humanização das relações interpessoais por meio da valorização do contexto grupal e comunitário, além de estabelecer uma postura de acolher e de proporcionar ajuda.²³

Como estratégias de implantação, as participantes identificaram a realização das rodas de TCI para a própria equipe com o objetivo de ampliar o conhecimento e a divulgação da TCI para a comunidade. Essa estratégia, capaz de proporcionar cuidado para a equipe, apresenta uma estreita relação com um estudo realizado com profissionais da APS que afirma ser este um método positivo, por proporcionar integração profissional e constituir-se como uma prática de cuidado para as equipes.¹⁹ Torna-se imprescindível, então, que as equipes se motivem e se instrumentalizem para essa modalidade de atenção.²⁵

Entre outras estratégias relatadas pelas participantes deste estudo, destaca-se a divulgação da TCI por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), dos grupos educativos, da sala de espera e eventos. A utilização dessas estratégias confirma o reconhecimento da necessidade de os profissionais buscarem, de alguma forma, tornar visível a TCI no serviço de APS, tendo em vista que o processo terapêutico em grupo pode gerar, para usuários e profissionais, novas concepções em relação às doenças e seus tratamentos^{7,26}. Segundo esses autores, é preciso melhorar a divulgação e o interesse da gestão e dos profissionais para serem desenvolvidas as ações de saúde mental na APS.

No entanto, a afirmação de que as ações de saúde mental na APS ainda estão acontecendo de forma incipiente⁷ foi confirmada pelas participantes desta pesquisa ao enfatizarem que as equipes têm investido na divulgação desse serviço para a comunidade em todos os espaços, desde as consultas (médicas e de Enfermagem), sala de espera e associações de bairro até os domicílios, durante a realização de visitas domiciliares pelos ACS. Desse modo, os profissionais da ESF podem protagonizar a implantação das PICs no SUS e, ao mesmo tempo, despertar o interesse dos mesmos para investirem mais tempo e recursos em formação.¹

A utilização da TCI na sala de espera, apontada como uma estratégia para a efetivação do método no serviço, contribui tanto para resolver problemas referentes ao espaço para a realização das rodas quanto para a divulgação e adesão da comunidade. Nesse sentido, o estudo reforça a ideia de que atividades de sala de espera contribuem para a expressão de questões sociais vigentes, podendo ser melhor utilizadas pela TCI se forem aproveitadas como um espaço público de: solidariedade; diálogo; educação conscientizadora; incentivo à transformação e exercício da cidadania.²⁷

Por fim, o estudo ratificou a importância da TCI no contexto no SUS, mais especificamente na APS, sendo essencial para a efetivação de diretrizes como a equidade e universalidade, na direção da inclusão e cidadania,²⁸ de maneira que as dificuldades, facilidades e estratégias apontadas devem nortear ações voltadas à sua implantação na ESF.

Conclusão

Descrever como o complexo universo em que a implantação da TCI acontece, a partir do olhar dos enfermeiros vinculados à ESF, possibilitou entender melhor a realidade dos serviços e das equipes, bem como para identificar facilidades, dificuldades e estratégias utilizadas pelas mesmas para a implantação de uma PIC em serviços de APS.

A implantação da TCI aparece como uma oportunidade para a ampliação da oferta de cuidados em saúde na APS e de sanar dificuldades que podem contribuir para o desenvolvimento das comunidades e proporcionar maior resolutividade nos serviços de saúde. Nesse contexto, as facilidades e as estratégias apresentadas podem contribuir para a organização de serviços em que as equipes ainda não

conseguiram implantar e desenvolver a TCI de modo que esses avanços possam ser replicados.

Esta pesquisa teve como limitação não ter incluído os terapeutas comunitários que realizavam as rodas de TCI na ESF como participantes do estudo, o que possibilitaria fazer um paralelo com a forma como as enfermeiras concebem a implantação dessa prática no município. Além disso, a rotatividade de enfermeiros no município estudado dificulta a implantação da TCI nos serviços de APS, tendo em vista o rompimento dos vínculos construídos com a comunidade em função da atuação dos mesmos na assistência e na gerência.

Nesse sentido, faz-se necessária a responsabilização de outros profissionais das equipes que, juntamente com enfermeiros, devem buscar a identificação e a resolução das dificuldades para a implantação da TCI como cuidado em saúde mental para os usuários do SUS. Assim, é preciso investir em educação permanente para a equipe de modo a oportunizar a criação de estratégias eficazes para o desenvolvimento da TCI em serviços da APS. Além disso, os gestores devem criar um instrumento de acompanhamento e avaliação da implantação da TCI na ESF como forma de orientar e monitorar a consolidação das PICs.

Referências

1. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate* 2018; 42 (n. spe1): 174-188.
2. Brasil. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Sousa LA, Barros NF. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018;26:e3041.

4. Jatai JM, Silva LMS. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012; 65(4):691-695.
5. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estud. psicol. (Natal)* 2016; 21(3): 272-281.
6. Araújo MÂM, Girão JEP, Souza KMM, Esmeraldo GROV, Farias FLR, Souza ÂMA. A Terapia Comunitária – criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2018; (19): 71-76.
7. Eslabão AD, Santos EO, Santos VCF, Rigatti R, Mello RM, Schneider JF. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *J. nurs. health* 2019;9(1):e199101
8. Barreto A. *Terapia comunitária passo a passo*. 4a. edição. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.
9. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Rev. Eletr. Enf.* 2015; 17(2):172-3.
10. Castro R, Freitas CA, Rodrigues EP, Silva MB. Terapia comunitária sistêmica e integrativa como instrumento de avaliação e diagnóstico da saúde de servidores da secretaria de educação de Uberaba-MG. *Temas em Educação e Saúde* 2016;12.
11. Lemes AG et al. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research SMAD *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2017; 13 (2):101-108.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica Brasília. Brasília. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b.
13. Terranova-Zapata LM, Acevedo-Velasco VE, Rojano R. Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2014; 12 (1): 309-324.
14. Oliveira SM, Menezes-Junior JO, Silva-Junior SV, Dias MD, Fernandes MGM, Ferreira-Filha MO. Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. Revista de Enfermagem da UFSM 2017; 7(4): 712 – 724.
15. Taquette SR, Minayo MC. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Physis 2016; 26(2): 417-434.
16. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia 2004; 14(28): 139 -152.
17. Bardin L. Análise de conteúdo/Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
19. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde debate 2018;42 (spe1): 163-173.

20. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(11): 4239-4250.
21. Padilha CS; Oliveira WF. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2012; 16 (43): 1069-1086.
22. Pinheiro GEW, Azambuja MS, Bonamigo AW. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Debate em saúde* 2018; 42 (spe4): 187-197
23. Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. *Esc. Anna Nery* 2019; 23 (2): e20180303.
24. Padilha CS, Oliveira WF. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2013;18(8): 2211-2220.
25. Lemos CS, Rodrigues AGL, Queiroz ACCM, Galdino Júnior H, Malaquias SG. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. *Aquichan* 2018; 18(3): 327-342.
26. Gontijo MBA, Nunes MF. Integrative and complementary practices: knowledge and professional credibility of the public health service. *Trab educ saúde* 2017; 15(1):301-20.
27. Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2015; 18 (suppl 2): 1161-1173.

28. Weber CAT, Juruena MF. Contribuições de um dia de hospital para redes de apoio social a pessoas com transtornos mentais. *Psicol. Conheça Soc* 2018; 8 (1): 124-138.

5.2 MANUSCRITO 2: “Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de trabalho na Estratégia Saúde da Família”

Este manuscrito foi elaborado e adequado conforme as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) (Qualis A2) e seguiu as instruções para autores (ANEXO 3).

Terapia Comunitária Integrativa como instrumento de trabalho na Estratégia Saúde da Família*

Layres Canuta Cardoso Climaco¹

Orcid: 0000-0001-8666-5203

Ismar Eduardo Martins Filho¹

Orcid: 0000-0002-1013-6951

*Artigo extraído da dissertação de mestrado “Terapia Comunitária Integrativa: Concepção de Enfermeiros da Estratégia Saúde Da Família”, apresentada à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), Jequié, BA, Brasil.

Autor correspondente: Layres Canuta Cardoso Climaco, Rua: Dr. José Alfredo Guimarães, condomínio Colinas do São Paulo, n. 178, Bl. 14, Ap. 202, Cep:45203330.

RESUMO

Objetivo: conhecer a concepção de enfermeiras sobre a Terapia Comunitária Integrativa no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com oito enfermeiras que atuavam nas Unidades Saúde da Família de um município do interior da Bahia onde foram ofertadas as rodas de TCI para a comunidade. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, cujas informações foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** a TCI auxilia na identificação de problemas do cotidiano dos usuários, além de constitui uma tecnologia de cuidado na ESF, tendo em vista seu potencial para identificar as necessidades de saúde da população por meio da escuta qualificada e do vínculo terapêutico, assim as participantes avaliaram as rodas TCI como algo positivo para os usuários, enfatizando a necessidade do seu uso. **Considerações Finais:** a TCI contribui para o processo de trabalho, favorecendo a integralidade e a resolutividade do cuidado, na medida em que enfermeiras e demais profissionais de saúde utilizam a escuta qualificada tanto para a identificação de problemas e necessidades quanto para a construção de resiliência e responsabilização por parte dos usuários.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Terapias Complementares; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Processos Grupais; Serviços Públicos de Saúde.

Descriptors: Community Health Nursing; Complementary Therapies; Family Health Strategy; Primary Health Care; Group Processes; Public Health Services.

Descriptoros: Enfermería en Salud Comunitaria; Terapias Complementarias; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Procesos de Grupo; Servicios Públicos de Salud.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido reconhecida como um elemento central dos sistemas de saúde, sendo eficaz desde o início do século XX⁽¹⁻²⁾. A ESF prioriza ações e serviços centrados na pessoa, na família e na comunidade, que vão além da assistência médica, e busca atender às necessidades da população, a partir do ambiente físico e social, por meio de uma abordagem ampliada do processo saúde-doença⁽³⁾.

Atualmente, há necessidade de novas abordagens de cuidado que venham a intervir no processo saúde-doença da população, pautadas na integralidade, na humanização do cuidado e na clínica ampliada, de modo a transformar o modelo técnico-assistencial hegemônico, tendo em vista que as formas tradicionais de organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido insuficientes para garantir o cuidado humanizado e integral⁽⁴⁻⁵⁾.

A transformação do modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas nos serviços para produzir saúde mediante a priorização da integralidade do cuidado e a prevenção de agravos ⁽⁶⁾. Do mesmo modo, estudos apontam a crescente aceitação e eficácia das terapias complementares pela sociedade e por diferentes profissionais de saúde^(5,7-8).

As terapias complementares mesclam-se à alopatia e são denominadas como uma filosofia de saúde e cura que, além de promover a redução dos custos, tem se mostrado eficaz por contribuir para a promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e tratamento de

doenças, além de devolver o protagonismo do cuidado ao paciente, que passa a ser visto como seu principal gerenciador⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As terapias complementares caracterizam-se como tecnologias leves de cuidado, eficazes e seguras, que trabalham na perspectiva da escuta acolhedora, do vínculo terapêutico e da integralidade do cuidado⁽¹⁰⁾. Essas tecnologias são caracterizadas pelas relações entre sujeitos, trabalhadores e usuários, estabelecidas no trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que o trabalho está sendo produzido⁽¹¹⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 03 de maio de 2006, para implementar e regulamentar experiências bem-sucedidas desenvolvidas no país, bem como para incentivar a integração das mesmas ao modelo de atenção vigente⁽¹²⁻¹³⁾. Em 2017, essa política foi ampliada com o objetivo de disponibilizar novos recursos terapêuticos para a população, totalizando dezenove Práticas Integrativas e Complementares (PICs), entre elas, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI)⁽¹⁴⁾. Em 2018, a PNPIC foi reeditada e publicada com a inclusão de mais dez novas práticas⁽¹⁵⁾.

Entre as PICs, destaca-se a TCI devido à adesão de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscavam novas formas de pensar e fazer em saúde^(2,16). A TCI foi criada em 1987 pelo professor Adalberto Barreto, do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, e desenvolvida em cinco fases denominadas: acolhimento; escolha do tema; problematização; contextualização e encerramento. Estrutura-se em cinco pilares teóricos: Pensamento Sistêmico; Teoria de Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência⁽¹⁷⁾.

Na lógica da APS, os profissionais devem criar estratégias efetivas dentro dos serviços de modo a melhorar o acesso dos usuários que precisam de cuidados e, ao mesmo tempo, estimular o trabalho em equipe e a continuidade das ações⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva, em 2008, a

TCI passou a ser implementada na APS e, em 2013, foi considerada uma prática avançada de cuidado no campo da Saúde Mental⁽¹⁹⁾.

O interesse por esse objeto de estudo, por esse grupo de pesquisadores, justifica-se pelo fato de o Conselho Federal de Enfermagem ter sido o primeiro, dentre todas as categorias profissionais, a reconhecer as PICs e aprovar seu uso desde que as enfermeiras tenham a qualificação ou especialização na terapia desejada⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, surgiu o interesse de desenvolver uma pesquisa de campo para investigar o potencial da TCI como instrumento de trabalho de enfermeiras que atuam na APS, considerando que faz parte da sua formação profissional liderar, contribuir e implementar ações de cuidado pautadas na promoção da saúde⁽²¹⁾. Assim, continuam as autoras, as enfermeiras devem buscar recursos que ultrapassem as práticas curativas.

Nesse sentido, surgiu a inquietação sobre a utilização da TCI por enfermeiras que atuam na APS, mais especificamente, a questão norteadora para o desenvolvimento desta pesquisa, a saber: qual a concepção de enfermeiras sobre a Terapia Comunitária Integrativa no contexto da Estratégia Saúde da Família? Para responder a tal questionamento, traçou-se como objetivo: conhecer a concepção de enfermeiras sobre a Terapia Comunitária Integrativa no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Método

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificada, pois trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que englobam um espaço mais profundo de relações, de processos e de fenômenos⁽²²⁾.

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, Bahia, Brasil, onde são ofertadas as rodas de TCI para a comunidade. A TCI foi

introduzida em Jequié no ano de 2017, mediante a formação de doze terapeutas comunitários, por curso de qualificação ofertado pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária, em parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e a prefeitura municipal.

Participaram desta pesquisa oito enfermeiras selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: atuar em equipe da ESF; estar vinculada à ESF onde foi implantada a TCI; atuar na mesma equipe por, no mínimo, um ano. Os critérios de exclusão foram: os profissionais que estavam afastados por licença médica, férias ou exoneração do cargo.

A coleta do material foi realizada no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019 por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Essa técnica permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio dos discursos, sendo adequada para conhecer como os participantes percebem o mundo⁽²³⁾.

As entrevistas semiestruturadas foram transcritas e, em seguida, submetidas à técnica de Análise de Conteúdo Temática, a qual constitui-se de três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados⁽²⁴⁾.

Na pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante das entrevistas transcritas, que possibilitou conhecer o material. Na fase seguinte, explorou-se o material escolhido e definiram-se as codificações e enumerações. E, por fim, realizaram-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, que deram origem às categorias que foram discutidas neste manuscrito.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob parecer nº 2.852.182 e CAAE: 94024718.3.0000.0055. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas em seres humanos⁽²⁵⁾. Com o intuito de garantir a

privacidade das participantes, foram atribuídas denominações alfanuméricas, Enf 1, Enf 2 e, assim, sucessivamente para cada uma, seguindo a ordem das entrevistas.

Resultados

No que refere à caracterização das participantes do estudo, 100% (9) foram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 50% (4) têm idades entre 31 a 40 anos; 25% (2) apresentam idades entre 41 a 50 anos e 12,5% (1) apresentam idades entre 21 a 30 anos, sendo importante salientar que uma das participantes não informou a idade.

No que diz respeito ao tempo de serviço na unidade, evidencia-se que 75% (6) estavam no serviço entre um e dois anos e que 25% (2) tinham mais de quatro anos na unidade de saúde. Essa informação possibilita justificar o número de enfermeiras participantes, pois, no município estudado, a maioria das enfermeiras que atuam na AB não era efetiva no cargo.

Neste manuscrito, que constitui um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Terapia Comunitária Integrativa: concepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família”, foram discutidas as seguintes categorias: Saberes sobre Terapia Comunitária Integrativa; A Terapia Comunitária Integrativa como tecnologia de cuidado na Estratégia Saúde da Família; Avaliação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

Saberes sobre Terapia Comunitária Integrativa

As participantes mencionaram a TCI como algo interessante, maravilhoso, delicioso e que, apesar de ser diferente, é uma coisa simples, conforme destacado nas falas a seguir.

[...] eu achei interessante porque a gente acaba desabafando [...]. (Enf6)

[...] ah, uma delícia (rsrs). É uma delícia, maravilhosa! Maravilhosa! Então, você sai dali leve. É assim perfeito! [...] porque era uma coisa diferente [...] ACS aplica aqui e é assim maravilhosa mesmo. Uma coisa simples [...]. (Enf1)

As participantes salientaram o potencial da TCI para a identificação de dor, seja física ou emocional, que tem origem psíquica ou emocional, como mostram as falas abaixo.

[...] muita gente tem dor, [...] tem muita gente que tem dores nas costas[...] estresse, tensão. (Enf1)

[...] muitas vezes, um paciente, assim, da minha idade, vem sentindo uma dor e não é patológica, não é biológica, mas é uma dor emocional, uma dor psicológica. (Enf2)

As participantes do estudo destacaram, ainda, o papel da TCI para a identificação de situações que não podem ser resolvidas com medicamentos, apesar de muitos usuários buscarem o controle por meio deles, tais como ansiedade, tristeza, depressão e baixa autoestima, como demonstram as falas a seguir.

[...] percebo que eles têm uma ansiedade muito grande, têm um sofrimento muito grande também. [...] então, a gente percebe muito o uso de medicamentos de controle para controlar isso e termina que, muitas vezes, não conseguem nem resolver. (Enf7)

[...] porque você via pessoas que tinha baixo autoestima mesmo [...] a grande maioria dos idosos com depressão toma medicação controlada [...] uma idosa me falou que a maior tristeza da vida dela é o momento que ela está vivendo agora porque, com a idade, estava impossibilitada de fazer certas coisas que ela fazia antes. [...] infelizmente, a nossa realidade é essa (medicação controlada). (Enf1)

Com a implantação da TCI na unidade, puderam ser identificados também problemas relacionados às dificuldades financeiras e sociais, como demonstram as falas abaixo.

[...] percebi que as pessoas chegavam com fome [...] começa a falar de alguém que o filho foi preso [...] filho que rouba o dinheiro [...] filho envolvido com drogas [...] filho envolvido com o vício do álcool [...] tem outros vícios em si que são relatados para todo mundo. (Enf1)

[...] (as pessoas) que, muitas vezes, não conseguem dividir (desabafar), não sabem (desabafar) e, financeiramente, não têm como arcar com a terapia particular. (Enf7)

[...] e ainda se não for um remédio que fornece aqui na farmácia, eles não compram. Muitas vezes, a pressão está pipocando [...] a medicação aqui não tem e você vai descobrir que eles não estão tomando a medicação [...] você vai descobrir que não tem o dinheiro para comprar. (Enf1)

A roda de TCI também constitui um espaço para a expressão de necessidade afetivas, tais como de um abraço, de um olhar individualizado e de uma conversa para ser escutada, como mostram as falas a seguir.

[...] tem pessoas idosas que precisam muitas vezes desse olhar [...] tem gente que precisa de um abraço, e as pessoas precisam disso. [...] a maioria são pessoas idosas é para conversar mesmo com o psicólogo [...] eu deveria estar encaminhando. (Enf1)

[...] antes, a gente escutava, acolhia, tentava ouvir o máximo, mas não tinha muito para onde direcionar e, agora, a gente tem, para a terapia. (Enf7)

Em contrapartida, o estudo aponta o desconhecimento sobre a TCI por parte de algumas participantes que, ao serem interrogadas sobre o assunto, não souberam expressar ou não tinham conhecimento sobre o tema, conforme relatado nas seguintes falas.

[...] nada, conhecimento científico nenhum. (Enf3)

[...] me desculpe, eu não sei, não sei te dizer muita coisa. (Enf2)

[...] é, a terapia comunitária integrativa, eu nem sei o que falar. (Enf6)

A Terapia Comunitária Integrativa como tecnologia de cuidado na Estratégia Saúde da Família

A TCI pode ser utilizada como um dispositivo de cuidado, tendo em vista seu potencial para identificar as necessidades de saúde da população, por meio escuta ampliada e vínculo terapêutico. Assim, TCI surge como uma tecnologia leve de cuidado que favorece a construção do vínculo.

[...] a partir da terapia comunitária que teve uma aproximação com a comunidade. [...] com terapia comunitária, passou a ter um envolvimento com a comunidade e acaba estabelecendo um vínculo [...]. (Enf2)

[...] (Com a TCI) tem facilitado muito a aproximação da comunidade com a equipe. [...] um vínculo do enfermeiro do PSF é o que existe hoje depois da terapia [...] como se hoje existisse uma afinidade [...]. (Enf5)

Nesse sentido, a TCI veio com o propósito de melhorar as relações interpessoais da equipe, além de aproximá-la da comunidade, como nas falas abaixo.

[...] você sentar, conversar, brincar e as pessoas acabam se soltando mesmo, então, é assim [...]. (Enf1)

[...] desde o início do ano, começamos a perceber que existia dificuldade de interação na equipe, existia também uma dificuldade de interação da comunidade com os nossos serviços. [...] então, tínhamos

dificuldades de estar contando com a realidade deles. [...] objetivo da terapia era introduzir realmente a comunidade na unidade. (Enf5)

Vale destacar que, a partir da implantação da TCI na ESF, houve um aumento da procura pelos serviços de saúde da população, como demonstram as falas das participantes a seguir.

[...] o acesso das pessoas a mim é maior hoje, como se antes existisse uma barreira, e hoje não existe essa barreira, é muito aberto, eles direcionam mais abertamente para resolver as coisas do que antigamente. (Enf5)

[...] tem gente que vem só para a roda. [...] eles querem vir para tentar falar, na outra semana, querem vir para tentar ajudar [...] eles querem participar. (Enf7)

[...] no dia que marca, eles vêm [...] essa é a terceira reunião (roda de TCI) e tem gente que veio desde a primeira reunião. (Enf4)

[...] as pessoas já saem perguntando que dia vai ter outra (roda de TCI), já para vir. [...] tanto que várias pessoas que vêm já querem saber quando é a próxima data. (Enf1)

As rodas de TCI possibilitam a ampliação do olhar para além do corpo físico e para além do indivíduo, conforme mostram as falas.

[...] é um olhar diferenciado que você vê quando seus pacientes entram, é você conseguir adentrar nos bastidores daquela pessoa, das suas dores, dos seus anseios, da sua busca. (Enf4)

[...] que, muitas vezes, a doença não está no corpo porque, quando está no corpo, você vê. Mas, quando está na alma, você vê quando ela começa a chorar. [...] passei a ter outro olhar, como a vida é corrida, você pode passar despercebido, de olhar para a família, de conversar sobre a família, olhar outras coisas que não seja só uma pressão e uma glicemia ou só dieta. (Enf1)

As participantes do estudo destacaram a TCI como um recurso que ameniza angústias, diminui dores, melhora a condição de vida e eleva a autoestima, sendo considerada um bem comum para todos, como demonstrado nas falas a seguir.

[...] ela é um trabalho feito com a população para tentar amenizar as angústias. (Enf7)

[...] eu percebo que a terapia é mais um recurso que nós temos para melhorar nossa condição de vida, nossa autoestima [...] um momento que eles conseguiram relatar essas dores, se abrir [...]. A Terapia Comunitária Integrativa, ela abrange mais pessoas. Então, é um bem comum a todos. (Enf4)

Avaliação das rodas de Terapia Comunitária Integrativa

Na concepção das participantes do estudo, a TCI mostra-se eficaz para a escuta dos usuários e para a resolução de problemas, conforme demonstram as falas.

Ouvir relatos de situações que outras pessoas passaram e como a pessoa naquela situação resolveu a sua situação [...] e essa pessoa foi lá, falou com o pai dela, depois, veio relatar para a gente que resolveu o peso (a situação) e tirou o peso das costas dela. [...] porque, só daquele momento de estar falando aqui, tirou um peso das costas. (Enf1)

[...] depois da terapia (implantação), eles já sabem hoje a quem se direcionar para resolver isso. [...] a gente observa na terapia e faz uma devolutiva. [...] não deixar o paciente sair sem resolutividade. (Enf3)

As participantes avaliaram os pontos positivos da utilização da TCI para o cuidado coletivo, tendo em vista a positividade desse tipo de terapia para os grupos existentes na unidade, como mostram as falas a seguir.

É, assim, perfeito! [...] está indo bem (terapia) [...] vi quanto isso funcionou. Eu vejo que está tendo pontos bem positivos mesmo. [...] ajudou muito (momento da TCI). (Enf1)

Tem dado um resultado bom [...] está tendo resultado bem positivo. No grupo de gestantes, foi muito proveitoso [...] e, no grupo dos idosos, isso foi para frente. (Enf7)

Um resultado positivo para eles. [...] tem sido positivo; mesmo com um grupo pequeno, percebi que esse grupo está tendo uma resposta positiva para o bem-estar. (Enf4)

A terapia comunitária aqui ajudou bastante. (Enf2)

Segundo as participantes, os usuários também acolheram a proposta das rodas de TCI e avaliaram como algo positivo que foi implantado nos serviços, como evidenciam as falas abaixo.

Eles adoraram (a TCI) em prevenção ao suicídio (referindo-se à atividade do Setembro Amarelo). (Enf6)

Segundo os relatos deles, tem sido positivo [...]. (Enf4)

Foi muito bem acolhida (a TCI) quando veio, foi bem acolhida pela a comunidade. (Enf1)

Por fim, as participantes discorreram sobre a importância da participação dos usuários nas rodas de TCI, como comprovam as seguintes falas.

Acho de vital importância para todos participarem do projeto (terapia). (Enf8)

[...] para os usuários que foram, foi de suma importância a participação. [...] aquele momento (terapia) foi essencial para eles. (Enf5)

[...] Apesar de eles saberem que precisam [...] eles devem usar, precisam usar, eles sentem isso (que precisam da TCI) [...] o que precisa para (acontecer a) roda é só isso, as pessoas querem participar, querem dar certo. (Enf7)

Discussão

A TCI caracteriza-se como uma prática preventiva de saúde e foi criada como um recurso que beneficia o processo saúde-doença de pessoas em situação de sofrimento⁽²⁶⁾. Assim, carrega, em sua essência, aspectos envolvidos na prevenção de doenças e na promoção da saúde em espaços coletivos, isso porque os problemas de saúde são debatidos e compreendidos no sentido de ampliar as possibilidades de enfrentamento com base nas alternativas e realidades das pessoas e das comunidades⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Os achados deste estudo referem-se às contribuições da TCI no processo de trabalho das enfermeiras que atuam no contexto da ESF, visto que esse tipo de terapia se apresenta como um importante instrumento de cuidado por ser útil ao planejamento e à programação de ações capazes de melhorar o acesso aos serviços, fortalecer os vínculos terapêuticos e promover a saúde individual e coletiva⁽²⁶⁻²⁷⁾. Assim, os resultados deste estudo ratificam que a implantação da TCI na ESF deve ser incentivada pelas enfermeiras, tendo em vista que essa categoria profissional tem sido essencial para a identificação de necessidades e potencialidades das pessoas assistidas⁽²¹⁾.

O estudo enfatiza a necessidade de enfermeiras que atuam na ESF utilizarem e/ou incentivarem o desenvolvimento de tecnologias que favoreçam o contato com usuários que, frequentemente, estão vivenciando sofrimento psíquico e demais problemas que entrelaçam problemas de saúde física e social. Nesse sentido, as participantes ratificaram a concepção da TCI como uma tecnologia de intervenção psicossocial que permite acolher, escutar e cuidar

dos sujeitos e de seus sofrimentos, incentivando a corresponsabilização pelas decisões que implicarão possíveis resoluções para seus problemas⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Os resultados deste estudo apontam perspectivas para a utilização da TCI como instrumento para o diagnóstico da situação de saúde e planejamento local de ações voltadas às prioridades da população adscrita, evidenciadas mediante relatos de “dores” físicas e psicológicas, além de problemas sociais e financeiros que influenciam o processo saúde-doença. Assim, as falas remetem a uma concepção de TCI como tecnologia relacional e de criação de novas formas de produção de cuidado.

Os resultados do estudo mostram o potencial da TCI para diminuir a demanda por psicotrópicos, aumentar a autoestima e melhorar a qualidade de vida, o que se adequa à orientação do Ministério da Saúde (MS) de que as ações de saúde mental na AB devem seguir o modelo de redes de cuidado e permitir a atuação transversal com as políticas públicas existentes, tais como a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção da Saúde⁽³⁰⁻³¹⁾.

O desconhecimento das participantes sobre a TCI e/ou a falta de envolvimento da Enfermagem nas rodas de terapia foram identificados como uma barreira ao fortalecimento dessa prática integrativa enquanto modalidade de cuidado na ESF. Assim, as falas das participantes ratificam os achados de uma revisão sistemática que relacionou o desconhecimento dessa categoria profissional à não utilização das práticas integrativas como terapêutica holística e complementar à Medicina tradicional⁽³²⁾.

Embora a TCI tenha sido regulamentada no Brasil, o desconhecimento das participantes ratifica o estudo realizado em outros países latino-americanos, tais como Trinidad e Tobago, onde enfermeiras, apesar de utilizar em benefício próprio, não recomendam o uso das práticas complementares em virtude da falta de conhecimento sobre o assunto e da insuficiência de evidências científicas, conforme exigido em tais países para que

uma prática seja recomendada e tal prescrição atenda às obrigações éticas e legais para com os usuários⁽⁸⁾.

Os resultados reforçam a ideia de que a eficácia dessas novas formas de produção de cuidado esteja relacionada ao manejo de tecnologias leves, baseadas no vínculo, na escuta qualificada e no acolhimento⁽³³⁻³⁴⁾. A TCI, desse modo, apresenta-se como uma tecnologia leve de cuidado que favorece a construção do vínculo e aumenta o acesso dos usuários aos serviços de saúde, além de contribuir para a integralidade do cuidado.

No que diz respeito ao vínculo, a relação profissional-usuário vai além do acompanhamento longitudinal do indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, uma vez que, por meio dessa relação, a produção da autonomia passa a ser vista como cuidado⁽³⁷⁾. Para os autores, o cuidado constitui um processo dialético de corresponsabilização e empoderamento que garante o atendimento efetivo às necessidades de saúde da população.

Outra característica marcante deste estudo foi a concepção das participantes de que a TCI aumenta o acesso ao serviço de saúde, bem como a sua resolutividade. Para as participantes, a implantação da TCI contribui para a organização do serviço, uma vez que evita o encaminhamento de usuários a consultas e/ou exames complementares em decorrência de problemas psicossociais, que geralmente demandam por recursos do próprio território. Tal achado leva à interpretação de que, assim, sobriam recursos ambulatoriais para quem realmente precisa, já que o acesso aos mesmos, geralmente, é dificultado pelo excesso de usuários, falta de recursos humanos ou dificuldades em dar seguimento aos tratamentos^(2,38).

A contribuição para a atuação profissional foi outro aspecto identificado por este estudo, uma vez que, ao participar da TCI, as enfermeiras podem descobrir problemas de saúde não relatados antes de modo a prestar uma assistência holística e voltada para as reais necessidades de saúde dos indivíduos. Tal relação ratifica o potencial da abordagem sistêmica, que é um dos pilares da TCI, para o cuidado de enfermeiras, que, conforme as

participantes do estudo, devem visualizar o(s) problema(s) de forma sistêmica, compreendendo todo o contexto que o envolve, e tornando-se capazes de enxergar além do que está exposto⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O estudo ratifica a possibilidade de enfermeiras que atuam na ESF utilizarem a TCI como uma estratégia de cuidado grupal, que favorece a integração com a comunidade, permite identificar as demandas dos usuários e avaliar a capacidade do serviço para atendê-las ou encaminhar para outros níveis de atenção⁽²⁹⁾.

Este estudo enfatiza a necessidade da implantação e implementação da TCI no contexto da APS, que, para responder ao desafio de promover a integralidade, longitudinalidade e coordenação da assistência no sistema de saúde, deve propor estratégias capazes de garantir o acesso da população aos serviços de AB, que, quase sempre, é limitado⁽³⁹⁾. Nesse sentido, a TCI constitui uma tecnologia de cuidado que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam e pode ser utilizada como instrumento de trabalho de enfermeiras, como afirma o estudo que enfatiza a importância dos profissionais de saúde utilizarem a TCI para ajudar usuários a enfrentarem diversas situações advindas do sofrimento cotidiano⁽³⁸⁾.

Conclusão

A TCI vem sendo inserida gradativamente entre as ações de promoção à saúde mental por equipes da ESF do município. Para as participantes, a TCI contribui para o processo de trabalho na ESF, favorecendo a integralidade do cuidado, o acesso ao serviço, a construção do vínculo entre usuários, profissionais e comunidades, proporcionando o compartilhamento de possibilidades de resolução e/ou enfrentamento de problemas evidenciados nas rodas de terapia. Assim, A TCI pode tornar-se um valioso instrumento para o planejamento de ações de saúde.

A utilização da TCI – para a (re) organização das atividades a serem desenvolvidas nos serviços e para que enfermeiras e demais profissionais de saúde possam fazer uma escuta qualificada e planejar o cuidado a partir da mesma – pode tornar as equipes da ESF mais assertivas nas intervenções com grupos específicos, a exemplo dos idosos, adolescentes, gestantes, entre outros, bem como para ajudar os usuários na construção da autonomia, empoderamento e resiliência necessários para o enfrentamento de suas necessidades e superação das expectativas com relação ao papel do serviço frente às suas demandas.

Espera-se que os resultados deste estudo possam despertar o interesse dos profissionais de saúde, em especial, os da Enfermagem, com relação às contribuições da TCI para a aprendizagem de práticas humanizadas pautadas no uso de tecnologias leves. Sugere-se a realização de estudos futuros sobre a percepção de outros profissionais que atuam na APS com relação ao potencial da TCI para o acolhimento e a construção de vínculos entre as equipes e as comunidades, o que impacta o aumento do nível de coparticipação e corresponsabilização pelo processo saúde-doença.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Mestrado, que possibilitou a realização desse estudo.

Referências

1. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of general internal medicine*. [Internet] 2017 [cited May 29, 2019]; 32(5): 566–571. Available

- from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400754/> doi:10.1007/s11606-016-3898-5.
2. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. [Internet] 2018 [cited May 29, 2019]; 42(spe1):361-378. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso. doi:10.1590/0103-11042018s125.
 3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 [cited May 30, 2019]; 66(spe):158-164. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en. doi:10.1590/S0034-71672013000700020.
 4. Melo SCC, Santana RG, Santos DC, Alvim NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 [cited May 06, 2019]; 66(6): 840-846. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>.
 5. Sobreira MAS, Silva GWS, Pereira AJ et al. Communitarian therapy and its repercussions in the work process in the family health strategy. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet] 2013 [cited Jun 13, 2019]; 7(esp):4928-34. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11752>.
 6. Ferreira SRS, Perico LAD; Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2018 [cited Sep 14, 2019]; 71 (supl. 1): 704-709. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471

7. Singer J, Adams J. (2014). Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: the perspectives of health service managers. *BMC complementary and alternative medicine*. [Internet] 2014 [cited Jun 16, 2019]; 14:167. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048459/> doi:10.1186/1472-6882-14-167
8. Bahall M, Legall G. Conhecimento, atitudes e práticas entre prestadores de serviços de saúde em relação a medicina alternativa e complementar em Trinidad e Tobago. *BMC medicina complementar e alternativa*. [Internet] 2017 [cited Jun 16, 2019]; 17(1): 144. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343420/> doi: 10.1186 / s12906-017-1654-y
9. Petri RPJ. Integrative Health and Healing as the New Health Care Paradigm for the Military. *Medical acupuncture*. [Internet] 2015 [cited Jun 16, 2019]; 27(5): 301–308. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623985/>doi: 10.1089 / acu.2014.1068
10. Telesi-Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* [Internet] 2016 [cited Jun 19, 2019]; 30(86): 99-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0103-40142016.00100007
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
12. Brasil. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Padilha CS, Oliveira WF. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface: Comunic Saude Educ.* [Internet] 2012 [cited jun

- 10, 2019]; 16(43): 1069-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4912.pdf>.
14. Brasil. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
15. Brasil. Portaria nº 702, de 21 de Março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
16. Rangel CT, Miranda FAN; Oliveira KKD. Communitarian therapy and nursing: the phenomenon and its context. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. [Internet] 2016 [cited Jun 17, 2019]; 8(1): 3770-3779. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3997>.
17. Barreto A. Terapia comunitária passo a passo. Gráfica LCR. Fortaleza; 2010.
18. Faria LR, Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saude soc.* [Internet] 2015 [cited Jun 16, 2019]; 24 (1):72-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100072&lng=en. doi:10.1590/S0104-12902015000100006. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100006>.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
20. Cofen. Resolução COFEN-197/1997. Rio de Janeiro, 1997.

21. Salmond SW, Echevarria M. Transformação da saúde e mudança de papéis para a enfermagem. *Enfermagem ortopédica*. [Internet] 2017 [cited Jun 13, 2019]; 36 (1): 12–25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266427/> doi:10.1097/NOR.0000000000000308
22. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Vozes. Petrópolis, 2010.
23. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*. [Internet] 2004 [cited Jun 13,2019]; 14 (28): 139 -152. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=en&nrm=iso
24. Bardin L. *Análise de conteúdo/Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro*. Edições 70. São Paulo, 2016.
25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 2012.
26. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimarães MSO, Nery IS. *Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa*. *Sanare Sobral* [Internet] 2016 [cited Jun 16, 2019]; 15(02): 129-135. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1047>.
27. Moura SG, Filha MOF, Moreira MASP, Simpson CA, Tura LFR, Silva AO. *Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos*. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2017[cited 2019 Jul 17]; 38(2): e55067. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200401&lng=en&nrm=iso.
28. Trinta Weber CA, Juruena MF. *Contribuições de um hospital-dia para as redes de apoio social a pessoas com transtornos mentais*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. [Internet]

- 2018 [cited Sep 14, 2019]; 8(1): 144-161. Available from: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/360/353>.
29. Araújo MÂM, Girão JEP, Souza KMM, Esmeraldo GROV, Farias FLR, Souza ÂMA. A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Internet] 2018 [cited Jul 23, 2019]; 19:71-76. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100009&lng=pt&nrm=iso.
30. Brasil. Política Nacional de Humanização. 2ª reimpressão. Brasília: Distrito Federal, 2015.
31. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
32. Schveitzer, MC, Zoboli ELCP. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. *Rev esc enferm USP*. [Internet] 2014 [cited Set 15, 2019]; 48(spe): 184-191. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700184&lng=en&nrm=iso.
33. Lima AM, Paula VG, Júnior EFP, Silva KCC. Terapia Comunitária: Uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na Atenção Básica. *Revista Amazônia Science & Health*. [Internet] 2014 [cited Set 15, 2019]; 2(4): 9-16. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/627>.
34. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Escola Anna Nery*. [Internet] 2016 [cited Set 16, 2019] 20(1). Available from: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1368doi:10.5935/1414-8145.20160013.
35. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos

- serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. [Internet] 2018 [cited Set 8, 2019]; 28(02): e280206. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>.
36. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. [Internet] 2014 [cited Dec 07, 2019]; 38(spe): 252-264. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>.
37. Toscos T, Carpenter M, Flanagan M, Kunjan K, Doebbeling BN. Identifying Successful Practices to Overcome Access to Care Challenges in Community Health Centers: A "Positive Deviance" Approach. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. [Internet] 2018 [cited Jul 17, 2019]; 5: 2333392817743406. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29552599> doi: 10.1177/2333392817743406.
38. Rocha IA, Sá ANP, Braga LAV, Ferreira FMO, Dias MD. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2013 [cited Oct 21, 2019]; 34(3):155-162. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020&lng=en
39. Jatai JM, Silva LMS. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. *Rev. bras. Enferm*. [Internet] 2012 [cited Jun 16, 2019]; 65(4):691-695. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021&lng=en&nrm=iso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, cujo objetivo foi compreender a concepção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a Terapia Comunitária Integrativa, permitiu ainda a identificação dos desafios para a implantação e desenvolvimento das PICs no contexto da APS. A utilização da TCI destaca-se como um instrumento valioso para o planejamento das ações de saúde capaz de proporcionar o cuidado integral pelas equipes da ESF.

As dificuldades, facilidades e estratégias para a implantação da TCI no serviço de APS. O olhar do enfermeiro retrata uma diversidade de ações propostas para superar as fragilidades existentes na ESF e promover um serviço pautado na prevenção e promoção de saúde. A implantação da TCI aparece como uma oportunidade para a ampliação da oferta de cuidados em saúde na APS e proporcionar maior resolutividade nos serviços de saúde.

A TCI como instrumento de trabalho na ESF, pois abordou saberes das enfermeiras sobre a temática e discutir a eficácia dessa tecnologia no contexto das USFs, que está respaldada na concepção de que tanto a TCI auxilia na identificação de problemas do cotidiano dos usuários como constitui uma tecnologia de cuidado na ESF, tendo em vista seu potencial para identificar as necessidades de saúde da população por meio da escuta qualificada e do vínculo terapêutico. Nessa lógica, as participantes avaliaram as rodas TCI como algo positivo para os usuários, enfatizando a necessidade do seu uso pelos mesmos.

A pouca apropriação das participantes do estudo sobre a técnica da TCI reflete o (des) conhecimento sobre a temática, sendo necessários maiores investimentos em educação permanente para as equipes de saúde, em especial, para os enfermeiros que, em muitas equipes, assumem também a coordenação das unidades, de modo a oportunizar a criação de estratégias eficazes para o desenvolvimento da TCI em serviços da APS.

A construção desta dissertação permitiu evidenciar a necessidade de os profissionais de saúde, sobretudo os da Enfermagem, valorizarem a implantação da TCI no contexto da APS, como espaço de acolhimento e escuta. No âmbito da

assistência, o estudo poderá contribuir para a valorização das atividades grupais, bem como permitir utilizar a TCI como um instrumento de planejamento das ações de saúde de profissionais de saúde, vez que possibilita que os usuários verbalizem as suas necessidades e, mais ainda, compartilhem suas experiências de construção de resiliência e superação.

O estudo mobilizou a reconhecer, enquanto pesquisadora e docente, a importância de incluir as PICs no contexto do ensino, visto que a sua implementação, em paralelo com as disciplinas ofertadas no curso de Enfermagem, permitirá uma visão ampliada sobre o processo saúde/doença/cuidado. A inserção do conteúdo das PICS no currículo poderá tornar os enfermeiros/coordenadores das ESF mais capacitados para trabalhar na perspectiva da promoção de saúde, diminuindo, principalmente, as fragilidades relacionadas ao cuidado em saúde mental na APS.

Espera-se que a devolução dos resultados do estudo às participantes possibilite a construção de “novo olhar” em relação à TCI nos serviços de atenção primária, além de contribuir para a construção de novas estratégias para o desenvolvimento do método na comunidade. Para os gestores de saúde, espera-se que os resultados deste estudo, principalmente referentes às estratégias para a implantação da TCI, os mobilizem a criar instrumentos de acompanhamento e avaliação da utilização dessa tecnologia na ESF, como forma de orientar e monitorar a consolidação das PICs.

REFERÊNCIAS

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

ARAÚJO, M.A.M. *et al.* A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 19, p. 71-76, jun. 2018.

AOSANI, T.R.; NUNES, K.G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.

AZEVEDO, E.B. *et al.* Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.15, n.3, p.114-20, 2013.

BAHALL, M.; LEGALL, G. Knowledge, attitudes, and practices among health care providers regarding complementary and alternative medicine in Trinidad and Tobago. **Complemento BMC Altern. Med.**, [S.I.], v.17, n.1, p.144, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo/Laurence Bardin**: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, A. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BARROS, N.F.; SPADACIO, C.; COSTA, M.V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, 2018.

BITTON, A.; RATCLIFFE, H.L.; VEILLARD, J. *et al.* Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of general internal medicine**, [S.I.], v.32, n.5, p.566–571, 2017.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005. ISSN 1806-5023.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 2ª reimpressão. Brasília: Distrito Federal, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 17 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 702, de 21 de Março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2101-2108, 2018.

CAMPOS, R.T.O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014.

CARVALHO, M.A.P. de *et al.* Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, 2013.

CASTRO, R. *et al.* Terapia comunitária sistêmica e integrativa como instrumento de avaliação e diagnóstico da saúde de servidores da secretaria de educação de Uberaba-MG. **Temas em Educação e Saúde**, [S.l.], v.12, n.1, 2016.

CEZÁRIO, P.F.O. *et al.* Integrative Community Therapy and its Benefits for Primary Care: an Integrative Review, **International Archives of Medicine Section**, [S.l.], v. 8, n. 267, 2015.

COFEN. **Resolução COFEN-197/1997**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html. Acesso em: 3 set. 2019.

ESLABÃO, A.D. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. nurs. Health**, [S.l.], v. 9, n.1, e199101, 2019.

FARIA, L.R.; ALVES, C.A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saude soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p. 72-85, 2015.

FERREIRA-FILHA, M.O. *et al.* A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.**, Brasília, v.11, n.4, p.964-70, 2009.

FERREIRA-FILHA, M.O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A.P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.**, Brasília, v.17, n.2, p.172-3, 2015.

FERREIRA, S.R.S.; PERICO, L.A.D.; DIAS, V.R.F.G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GALAVOTE, H.S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2016.

GIFFONI, F.A.O.; SANTOS, M.A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 821-830, 2011.

GOMES, L.B. *et al.* As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014.

GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F. Integrative and complementary practices: knowledge and professional credibility of the public health service. **Trab educ saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.301-320, 2017.

GUIMARÃES, F.J.; SOARES, A.M.S.; SANTOS, M.S. A Terapia Comunitária Integrativa como prática de cuidar na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem Revista**, [S.l.], v.22, n.2, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de dados:** cidades. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

ISCHKANIAN, P.C.; PELICIONI, M.C.F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012 .

JATAI, J.M.; SILVA, L.M.S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 691-695, ago. 2012.

JEQUIÉ. Prefeitura Municipal de Jequié. **Plano Municipal de Saúde de Jequié- 2018-2021.** Jequié, 2018. Disponível em: <http://pmjequie.ba.ipmbrasil.org.br/diario?codSubcategoria=5&codCategoria=1>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LEE, J.A. *et al.* An assessment of the use of complementary and alternative medicine by Korean people using an adapted version of the standardized international questionnaire (I-CAM-QK): a cross-sectional study of an internet survey. **Complemento BMC Altern. Med.**, [S.l.], v.18, n.1, p.238, 2018.

LEMES, A.G. *et al.* Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, [S.l.], v.13, n.2, p.101-108, 2017.

LEMOS, C.S. *et al.* Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. **Aquichan**, Bogotá, v. 18, n. 3, p. 327-342, 2018.

LIMA, A.M. *et al.* Terapia Comunitária: Uma ferramenta utilizada para promoção da saúde na Atenção Básica. **Revista Amazônia Science & Health**, [S.l.], v.2, n.4, p.9-16, 2014.

MELO, S.C.C. *et al.* Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.

MENEZES, M.G.; SANTIAGO, M.E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 45-62, 2014.

MERCES, A.M.F. *et al.* Práticas de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n.2, p. 417-25, 2015.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 2006.

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

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: 29. ed. Vozes, 2010.

MOURA, S.G. de *et al.* Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n.2, e55067, 2017.

MOURÃO, L.F. *et al.* Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **Sanare Sobral**, Ceará, v.15, n.02, p.129-135, 2016.

NASCIMENTO, M.V.N.; OLIVEIRA, I.F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, S.M. *et al.* Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 712 - 724, nov. 2017. ISSN 2179-7692.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaration of Alma Ata.**Alma-Ata, 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 09 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005.** Genebra, 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965. Acesso em: 9 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tradicional Medicine Strategy2014-2023.** China, 2013. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 9 set. 2018.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2211-2220, 2013.

PINHEIRO, G.E.W.; AZAMBUJA, M.S.; BONAMIGO, A.W. Facilities and difficulties experienced in Permanent Health Education, in the Family Health Strategy. **Debate em saúde**, Rio de Janeiro, v.42, n. spe 4, p.187-197, 2018.

PETRI, R.J. Integrative Health and Healing as the New Health Care Paradigm for the Military. **Medical acupuncture**, [S.l.], v.27, n.5, p. 301–308, 2015.

RANGEL, C.T.; MIRANDA, F.A.N.; OLIVEIRA, K.K.D. Communitarian therapy and nursing: the phenomenon and its context. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v.8, n.1, p. 3770-3779, 2016.

REIS, I.N.C.; SILVA, I.L.R.; UN, J.A. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n. suppl 2, p. 1161-1173, 2015.

ROCHA, I.A. *et al.* A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009.

ROCHA, I.A. *et al.* Community integrative therapy: situations of emotional suffering and patients' coping strategies. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, 2013.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática da literatura X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 20, n. 2, p.v-vi, 2007.

ROTOLI, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019.

RUELA, L.O. *et al.* Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.

SALMOND, S.; ECHEVARRIA, M. Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. **Orthopaedic Nursing**, v.36, n.1, p.12-25, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266427/>. Acesso em: 21 ago. 2019.

SANTOS, F.M. **Análise de Conteúdo**: a visão de Laurence Bardin. São Paulo: Edições 70, 2011.

SANTOS, R.O.M.; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018.

SCHÜRGER, N. *et al.* Demand for integrative medicine among women in pregnancy and childbed: a German survey on patients' needs. **Complemento BMC Altern. Med.**, [S.l.], v.18, 2018.

SCHVEITZER, M.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 184-191, 2014.

SILVEIRA, C.B.; COSTA, L.S.P.; JORGE, M.S.B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 19, p. 61-70, 2018.

SINGER, J.; ADAMS, J. Integrating complementary and alternative medicine into mainstream healthcare services: the perspectives of health service managers. **Complemento BMC Altern. Med.**, [S.l.], v.14, p.167, 2014.

SOBREIRA, M.V.S. *et al.* Communitarian therapy and its repercussions in the work process in the family health strategy. **Rev enferm UFPE on line**, [S.l.], v. 7, n.esp, p.4928-34, 2013.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015.

SOUSA, I.M.C.; TESSER, C.D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00150215, 2017.

SOUSA, L.A.; BARROS, N.F. Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde: avanços e desafios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3041, 2018.

SOUZA-JUNIOR, A.P.; MISMITO, G.Z.; ARRUDA, M.F. Avaliação do Programa de Saúde da Família no município de Catanduva - SP. **Saúde e Pesqui.** [S.l.], v. 5, n. 3, p. 525-531, 2012.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R.C. **Investigação qualitativa em enfermagem**. Lisboa: lusodidatica, 2013.

TABOADA, N.; LEGAL, E.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, 2006.

TAQUETTE, S.R.; MINAYO, M.C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-434, 2016.

TELESI-JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TERRANOVA-ZAPATA, L.M.; ACEVEDO-VELASCO, V.E.; ROJANO, R. Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Colombia, v.12, n.1, p. 309-324, 2014.

TESSER, C.D.; NORMAN, A.H.; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 361-378, 2018.

TRINTA-WEBER, C.A.; JURUENA,M.F. Contribuições de um hospital-dia para as redes de apoio social a pessoas com transtornos mentais. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, [S.l.], v.8, n.1, p. 144-161, 2018.

TOSCOS, T. *et al.* Identifying Successful Practices to Overcome Access to Care Challenges in Community Health Centers: A "Positive Deviance" Approach. **Health Serv Res Manag Epidemiol.**, [S.l.], v.5, 2333392817743406, 2018.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual Nº 7344 DE 27.05.98
CAMPUS DE JEQUIÉ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

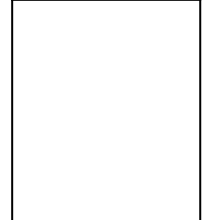
Eu, Layres Canuta Cardoso, discente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, juntamente com Prof Dr. Ismar Eduardo Martins Filho, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa: Terapia Comunitária Integrativa: percepção de enfermeiros da estratégia de saúde da família. Para tanto, convidamos o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu como uma necessidade de conhecer a Terapia Comunitária Integrativa e sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. O estudo tem como objetivos: compreender a percepção de enfermeiros da ESF sobre a importância da terapia comunitária no serviço, descrever a inserção das Práticas Integrativas Complementares no município, em especial a Terapia Comunitária Integrativa e identificar a participação dos enfermeiros na implantação da Terapia Comunitária na ESF. O campo do estudo será as Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Jequié, e a coleta de dados será realizada nas reuniões das equipes na secretária de saúde. Para a coleta de dados, será aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos pesquisadores do estudo e compostos de questões sócio demográficas e específicas sobre o tema da Terapia Comunitária Integrativa, que contemplem questionamentos pertinentes aos objetivos do estudo. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para uma melhor fidedignidade das falas dos participantes. O roteiro semiestruturado é composto de perguntas abertas (possibilitando o participante a expor suas opiniões) e fechadas (oferecendo opções de resposta) e será aplicado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. No que diz respeito aos riscos, pode surgir um desconforto ao responder o formulário, o que será minimizado pela garantia de total privacidade, ficando assegurado que as respostas serão confidenciais e que o mesmo não será identificado pelo nome, preservando o anonimato do participante da pesquisa. Os benefícios podemos destacar que esse estudo tem grande importância para implantação da rede de práticas integrativas e complementares, e ainda, fortalecer a atuação da Terapia Comunitária Integrativa no município de Jequié. Através disso, tanta a comunidade e os profissionais podem se beneficiar com esse processo. Dessa forma, será prezado o sigilo e a participação voluntária, e o participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo e/ou penalidades. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do (a) Participante: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Polegar direito



Jequié- Bahia, ____/____/____.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora responsável: Layres Canuta cardoso

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N–Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190

Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES)

E-mail: laycanuta@gmail.com

Celular: (73) 99115- 4546

Pesquisador: Ismar Eduardo Martins Filho.

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N–Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190

Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES)

E-mail: iemfilho@uesb.edu.br

Celular: (73) 99117 2511

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, S/N–Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-mail: cepuesb.jq@gmail.com.

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA A ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE ESTDUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO ACADÊMICO**

**“TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CONCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA”**

MESTRANDA: LAYRES CANUTA CARDOSO

ORIENTADOR: PROF. DR. ISMAR EDUARDO MARTINS FILHO

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Data: ___/___/___

Início: _____ Término: _____

Nº da entrevista: _____

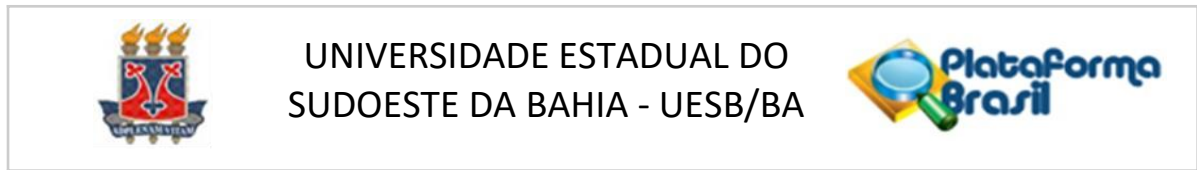
1. Identificação dos participantes

nome: _____ Codinome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Sexo: _____

Tempo de serviço nessa unidade: _____

2. Fale-me sobre as Práticas Integrativas e complementares em saúde?
3. Fale-me sobre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI)?
4. Comente como foi a implantação da TCI na unidade que você atua?
5. Fale-me como foi o seu envolvimento na implantação da TCI?
6. Quais as facilidades e/ou dificuldades que você enfrenta para oferecer esse serviço para a população?
7. Depois da implantação da TCI o que mudou na sua prática profissional?

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Layres Canuta Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94024718.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.852.182

Apresentação do Projeto:

Reapresentação de um projeto de mestrado que tem como tema o uso da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) como alternativa para o cuidado em saúde. Os pesquisadores pretendem investigar a percepção e conhecimento de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié em relação às Práticas Integrativas Complementares (PIC), especificamente a TCI.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito pelos pesquisadores:

Geral: "Compreender a percepção de enfermeiros da ESF sobre a importância da terapia comunitária no serviço".

Específicos: "Descrever a inserção das PICs no município, em especial a TCI; Identificar a participação dos enfermeiros na implantação da TCI na ESF".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na primeira apresentação do projeto, os riscos foram relatados corretamente. Em relação aos benefícios, foi solicitada no parecer anterior uma correção (incluir no TCLE a mesma descrição de benefícios feita no formulário da Plataforma Brasil).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a área de saúde, de relevância social e que poderá contribuir com o cuidado em saúde e com as práticas de enfermagem nos serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados. O TCLE foi reapresentado com as correções solicitadas no parecer anterior.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é relevante e viável. As duas correções no TCLE, solicitadas no parecer anterior, foram feitas, conforme detalhado a seguir:

1. Em relação aos benefícios, foi solicitado incluir no TCLE a mesma descrição de benefícios feita no formulário da Plataforma Brasil;
2. Quanto à pequena correção no seguinte trecho "O roteiro semiestruturado é composto de perguntas abertas (possibilitando o participante a expor suas opiniões) e fechadas (oferecendo opções de resposta) e será aplicado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB", um novo roteiro foi apresentado, contendo algumas opções de respostas. No roteiro anterior, não havia perguntas fechadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 28/08/2018, a plenária CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1174343.pdf	05/08/2018 21:13:44		Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_nova.pdf	05/08/2018 20:55:28	Layres Canuta Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/07/2018 20:28:21	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMETIMENTO_PESQUISADOR.pdf	24/07/2018 19:37:08	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.pdf	07/07/2018 10:53:09	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Orçamento	Cronograma.pdf	07/07/2018 10:52:23	Layres Canuta Cardoso	Aceito

Outros	Apreciacao_cepe.pdf	07/07/2018 10:23:30	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Layres_ao_inciou_pesquisaa.pdf	07/07/2018 10:21:31	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Orientador.pdf	07/07/2018 10:20:47	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_participacao_Ismar.pdf	06/07/2018 22:44:21	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_coleta_de_dados.pdf	06/07/2018 22:37:08	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pdf.pdf	06/07/2018 22:22:55	Layres Canuta Cardoso	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pdf.pdf	06/07/2018 22:21:45	Layres Canuta Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 29 de Agosto de 2018

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa (Coordenador)

ANEXO 2: DIRETRIZES PARA AUTORES DA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO (NORMA TRADUZIDA)

INFORMAÇÃO PARA OS AUTORES

A Saúde Pública do México é uma publicação bimestral publicada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública, Av. Universidad 655, Coronel Santa María Ahuacatlán, 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Está indexado em Resumos de Higiene e Doenças Transmissíveis / Bibliomex Salud / Resumos Biológicos / Conteúdo Atual / Ciências Sociais e Comportamentais / Resumos de Ciência de Laticínios / Diretório de Revistas de Acesso Aberto (DOAJ) / EMBASE / Excerpta Medica / Saúde Global / CAB Abstracts / Index Medicus / Índice de Revistas de Ensino Superior e Pesquisa Educacional (IRESIE) / Índice de Revistas Mexicanas de Pesquisa Científica e Tecnológica de Conacyt / Índice Médico Espanhol / Latindex / MedicLatina / Periodic / RedALyC / Alerta de pesquisa / Índice de Citações SciELO / Scientific Electronic Library Online (SciELO) / Scopus / Índice de Citações em Ciências Sociais e nos sistemas online Medline, Lilacs e Artemisa.

Publique textos em espanhol e inglês sobre tópicos relacionados à saúde pública, na forma de editoriais, artigos originais, curtos e de revisão, ensaios, clássicos, indicadores, notícias, resenhas bibliográficas e cartas ao editor. Somente trabalhos originais e inéditos são aceitos, que não estão sendo considerados por outra revista e cujo conteúdo foi aprovado por cada um dos autores. Apenas trabalhos descritivos com pouco valor estatístico não são aceitos. O número máximo de autores para artigos originais é seis e três para artigos curtos, resenhas e ensaios. A extensão deve conter de 12 a 18 páginas de 235 palavras (da primeira página às referências bibliográficas), além de cinco tabelas e figuras (entre elas) para artigos originais; para o resumo, cinco páginas mais duas tabelas ou figuras.¹

ESTILO E FORMATO

Todos os manuscritos devem seguir prontamente as normas de saúde pública do México, 1 que se baseiam nos requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos: Redação e edição de publicações biomédicas, do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. 2 Se o trabalho foi apresentado em qualquer reunião, essas informações devem ser incluídas.

A primeira página deve conter apenas o título do trabalho (em espanhol e inglês, que não ultrapasse 90 caracteres), o nome completo dos autores, o grau acadêmico e a afiliação institucional; Além disso, a pessoa responsável pela correspondência deve ser indicada, bem como seu endereço, número de telefone e endereço eletrônico.

O resumo e o resumo devem ter no máximo 150 palavras e estar estruturados com as legendas: objetivo, material e métodos, resultados e conclusões; em artigos curtos, eles não devem exceder 100 palavras. Você também precisa incluir de três a seis palavras-chave.

No caso de artigos originais, o texto da redação deve conter as seções correspondentes à introdução, material e métodos, resultados e discussão. Os artigos e ensaios de revisão devem conter introdução, desenvolvimento de tópicos, discussão e conclusões.

Os autores têm a responsabilidade de enviar as referências bibliográficas completas citadas corretamente no texto. Estes devem ser numerados em ordem consecutiva, de acordo com o sistema de Vancouver. Os periódicos incluem: a) sobrenome (s) e inicial (s) de todos os autores (mencione todos quando tiverem seis anos ou menos; quando tiverem sete anos ou mais, indique apenas os seis primeiros e adicione "et al."); b) título completo do artigo, em maiúscula apenas para a primeira letra da palavra inicial (e para nomes próprios); c) abreviação do periódico indexado no Index Medicus; d) ano de publicação; e) volume, em algarismos arábicos; f) números de página inteira (inicial e final), separados por um hífen.

Para livros: a) sobrenome (s) e inicial (s) de todos os autores; b) título do livro; c) número da edição, somente se não for o primeiro; d) cidade em que o trabalho foi publicado; e) nome do editor; f) ano de publicação (da última edição citada se houver mais de uma edição); g) número do volume, se houver mais de um, precedido pela abreviatura "vol."; h) número da página citada; caso a citação se refira ao capítulo de um livro, indique a primeira e a última página do capítulo, separadas por um hífen.

As unidades de medida devem corresponder ao Sistema Internacional de Unidades. 3

As tabelas ou figuras devem ser incluídas em um arquivo separado (um para tabelas e outro para figuras), devidamente numerado (o primeiro com algarismos romanos e o segundo com algarismos arábicos) e na seqüência correta, com título conciso e autoexplicativo. Esses arquivos podem ser do tipo Word ou Excel. No caso de figuras que requerem tratamento como imagem (por exemplo, fotografias e ilustrações), elas devem ter uma resolução de 600 pontos por polegada e ser entregues no formato .tif ou .jpg. Os que consistem em gráficos gerados a partir de dados devem ser acompanhados por esses dados em um formato editável do Excel.

Todos os manuscritos passam por uma revisão preliminar, na qual é determinado se eles aderem à linha editorial e aos padrões de saúde pública do México; Nesse caso, uma segunda avaliação é confiada a dois especialistas. Para garantir a confidencialidade, os trabalhos são enviados anonimamente e os autores não conhecem a identidade dos revisores.

APRESENTAÇÃO DE ITENS

Os manuscritos devem ser enviados usando o sistema de envio on-line disponível em saludpublica.mx. Todo trabalho submetido será acompanhado por uma carta assinada por todos os autores, cujo conteúdo inclui o seguinte: a) a aprovação do conteúdo do trabalho (incluindo tabelas e figuras) e a ordem de aparecimento dos autores (que serão considerados finais sem exceção); b) a transferência de direitos autorais para a Saúde Pública do México, caso o trabalho seja aceito; c) descrição da participação específica dos autores assinados individualmente; d) declaração de conflito de interesses; e, e) mencionar que é um trabalho original que não foi publicado, total ou parcialmente, ou submetido à publicação, por si ou por outros autores, em outra revista nacional ou estrangeira. A Saúde Pública do México se reserva o direito de aceitar ou rejeitar, de acordo com as recomendações do Comitê Editorial, cada um dos trabalhos recebidos, bem como de fazer as correções editoriais que julgar necessárias. Os originais não serão devolvidos em nenhuma circunstância.

REFERÊNCIAS

1. Oropeza C, Fuentes M, Reveles F. Normas para a publicação de manuscritos em Saúde Pública do México. *Salud Publica Mex* 2012; 54 (1): 68-77.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos: Redação e edição para publicação biomédica. [Acessado em 10 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>.
3. Llópiz-Avilés M, Gómez-Dantés O. O Sistema Internacional de Unidades. *Public Health Mex* 1988; 30: 905-908.

Lista de verificação para preparação da remessa

Como parte do processo de envio, os autores devem verificar se o envio está em conformidade com todos os elementos mostrados abaixo. Os envios que não estiverem em conformidade com essas diretrizes serão devolvidos aos autores.

1. O artigo submetido é original e não foi publicado total ou parcialmente; nem foi submetido para publicação por nenhum dos co-autores ou outros autores simultaneamente em qualquer outra revista.
2. O artigo não contém material que possa violar os direitos autorais de terceiros. Se houver material publicado anteriormente (por exemplo, figuras, tabelas), o crédito correspondente será concedido ao autor e à fonte originais e a permissão para reproduzi-lo será anexada.

3. O conteúdo do artigo (incluindo tabelas e figuras) foi totalmente aprovado por todos os autores.
4. A ordem de aparência dos autores é aprovada por todos os autores.
5. Os autores expressam sua adesão aos termos e condições estipulados na seção "Aviso de direitos autorais" desta mesma página.
6. O preenchimento dos metadados está completo, incluindo os dados de todos os autores e a declaração de conflito de interesses de cada autor.
7. Os dados do autor da correspondência incluem endereço, número de telefone e endereço eletrônico.
8. Resumo estruturado e abstrato (objetivo, material e métodos, resultados e conclusões) são incluídos com um comprimento máximo de 150 palavras (em artigos curtos, não deve exceder 100 palavras).
9. A extensão é ajustada para o máximo de 4000 palavras (1200 no caso de artigos curtos).
10. O manuscrito possui pelo menos três palavras-chave em espanhol e inglês que correspondem aos descritores em ciências da saúde (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).
11. As referências bibliográficas são citadas no manuscrito, em seus dados completos e no sistema de Vancouver. Os documentos não publicados ou em processo ficam fora da sequência como uma nota de rodapé.
12. O artigo não excede cinco tabelas e figuras (no total, duas no caso de artigos curtos).
13. As tabelas e figuras são incluídas em arquivos separados do texto principal (um para tabelas e outro para figuras), devidamente numerados e em seqüência correta, com título conciso e auto-explicativo. Eles estão no formato editável (Excel para figuras ou Word ou Excel para tabelas) ou são enviados como arquivos de imagem independentes em boa resolução.

Nota de direitos autorais

Ao propor um trabalho para publicação, os autores aceitam as condições contidas neste regulamento e atribuem à Saúde Pública do México os direitos econômicos sobre o artigo em questão, para que possa ser editado, publicado, reproduzido, disseminado, comercializado, traduzido ou autorize sua tradução para qualquer idioma.

Os direitos transferidos incluem a publicação do artigo por qualquer meio, seja ele impresso, magnético ou eletrônico, ou por qualquer outro meio ou difusão que exista ou possa ser criado no futuro, bem como a realização de publicações concedendo licenças totais ou parcial a terceiros.

Os artigos aceitos serão publicados na Public Health of Mexico sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International .

Os trabalhos propostos devem ser originais e inéditos e não podem ser submetidos a nenhuma outra revista enquanto forem submetidos à consideração da Saúde Pública do México. Também trabalhos completos publicados anteriormente em forma de resumo ou trabalhos não publicados apresentados em congressos ou seminários

Todos os trabalhos serão publicados com pleno conhecimento dos autores.

Os artigos assinados são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a opinião da revista, do Instituto Nacional de Saúde Pública ou da instituição à qual os autores estão afiliados.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail inseridos neste periódico serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos no mesmo e não serão fornecidos a terceiros ou para outros fins.

ANEXO 3: INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA LATINO-AMERICANO DE ENFERMAGEM

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (rolling pass). Números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (peer review) preservado o anonimato dos autores e revisores. A revista Adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>).

A RLAE segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>). Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada. Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente para a RLAE. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela revista para detecção de plágio.

2. Instruções Gerais

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados, podendo, nesse caso, figurar na seção.

Agradecimentos.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração (download), assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>) na Declaração e no sistema ScholarOne (solicite aos demais autores que incluam o registro ORCID no cadastro de usuário do ScholarOne). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial. Dados de identificação do autor responsável (cadastro) Nome e sobrenome. O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro no ORCID.

Correspondência.

Deve constar o nome e endereço completo do autor responsável para troca de correspondência. Instituição. Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo a Revista Latino-Americana de Enfermagem por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por todos os autores (download). Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença Creative Commons – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à RLAE. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Categorias de artigos aceitos para publicação**Artigos originais.**

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral. Artigos de revisão. Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, metassíntese, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor.

Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação são enviados à pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação ou recusa do artigo caso ele não contemple o escopo do periódico, seja novo, verdadeiro e contribua para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise o manuscrito é enviado ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe o qual com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Custos de publicação

O custo de publicação para o autor é composto pelo pagamento das traduções e revisão gramatical do artigo para a publicação em três idiomas.

Taxa de processamento

A partir do dia 01 de Janeiro de 2019 o processo de submissão de artigos pelo autor para a fase de pré-análise da RLAE não terá nenhum custo e que os autores que tiverem os seus artigos aprovados para prosseguir no processo de avaliação por pares deverão pagar a taxa de Processamento no valor de R\$ 300,00. Quando da aprovação do artigo os autores deverão se responsabilizar pelas traduções dos mesmos.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 028-0 Conta Corrente: 130.151-9

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 - checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde

(<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-researchreports/authors-ofresearch-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

Preparo do artigo

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

Quantidade de palavras

- . Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.
- . Cartas ao Editor: 500 palavras (na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências)

Formatação

Arquivo no formato Word, papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”). Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”). Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx, ou .rtf. Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples. Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word

Título- Conciso e informativo com até 15 palavras. Utilizar negrito. Somente no idioma em que o artigo dor submetido. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo- O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em parágrafo único, em até 200 palavras.

Objetivo- deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O Método deve conter o tipo de estudo, amostra, variável(is), instrumento(s) e o tipo de análise. Os **Resultados-** devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. As **Conclusões-** devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico. Os Ensaaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores- Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devem ser incluídos 6 descritores separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Negrito. Caixa alta somente na primeira letra. Itens não permitidos: subseções

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção.

Método

Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos.

Resultados- Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

Discussão- Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico.

Conclusão- Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências.

Tabelas- Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela. Conter: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.

Formatação- Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word. Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela. Menção no texto. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1. Cabeçalho. Negrito. Sem células vazias Inserção no texto. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados Fonte da tabela. Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários. Notas de rodapé da tabela. Restritas ao mínimo necessário

Citações no texto

Formatação- Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12). Ordenadas consecutivamente, sem pular referência. Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: literatura(12-15)

Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex.: Literatura (3,6,16,21)

Local de inserção- quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma. Citações “ipsis literes”. Entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto. Itens não permitidos espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. Ex: Cândida albicans (3-6,16,21). Indicação da página consultada. Nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico

Falas de participantes

Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na sequência do texto. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico. Notas de Rodapé no artigo. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas a um máximo de cinco.

Referências- Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al. Citar a versão do documento em inglês. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências. Referências cinzentas não são aceitas por dificultar o acesso da comunidade científica internacional. É considerada literatura cinzenta os livros, teses, dissertações, manuais, normas, legislação, etc. Exemplo de como citar consultar site da RLAE (<http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citarartigos-publicados-na-rlae>).