



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

A Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela acadêmica Cristina dos Santos Padilha, sob orientação do Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Florianópolis
2011

CRISTINA DOS SANTOS PADILHA

A Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela acadêmica Cristina dos Santos Padilha, sob orientação do Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Florianópolis, SC
2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P123t Padilha, Cristina dos Santos
Terapia Comunitária praticada no SUS [dissertação] :
representação social dos profissionais catarinenses / Cristina
dos Santos Padilha ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira.
- Florianópolis, SC, 2011.
98 p.: il., grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Sistema Único de Saúde (SC). 2. Saúde coletiva. 3.
Terapia comunitária. 4. Psicologia social. 5. Pessoal de
Saúde. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Terapia Comunitária praticada no SUS: representação social dos profissionais catarinenses”

POR
Cristina dos Santos Padilha

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira (Membro Externo)

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (Membro Titular)

Profa. Dra. Fátima Büchele (Suplente)

Aos profissionais de saúde que acreditam no poder transformador de suas práticas.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Walter, por todas as oportunidades e pela atenção dedicada.

À família, fonte de estímulo, apoio e motivação, especialmente a Gabriel e Lorenzo, companheiros infalíveis e Ana Alice, Ruth e Beatriz, amigas viajantes.

À amiga Annie, pelas trocas que fizemos, teóricas e afetivas.

Aos colegas de mestrado, por nos ajudarmos em tantos momentos de dúvidas e inseguranças, especialmente Fer Martinhago, Fer Carvalho e Beatriz.

Ao pólo da ABRATECOM do Rio Grande do Sul, especialmente à Marli, formadora e incentivadora.

À Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, especialmente à Elísia, pelo consentimento e solicitude.

Aos profissionais que tornaram possível este estudo, por sua receptividade e acolhimento.

Ao Rodrigo, secretário da nossa Pós, por tantos esclarecimentos prestativos.

Padilha, Cristina dos Santos. (2011). A Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMO

A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares dá subsídios para implantar a Terapia Comunitária, prática que já acontece há mais de vinte anos em Fortaleza, na Rede de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), visando desenvolver nos profissionais da área da saúde e nas lideranças comunitárias as competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais e promover redes de apoio social, ampliando a resolutividade da Atenção Básica. A abordagem do contexto sócio-cultural e das práticas sociais nos estudos de representações sociais auxilia a entender sua função nos contextos em que estas se perpetuam ou se transformam. O objetivo desse estudo, de natureza exploratória e descritiva, é relacionar as práticas de Terapia Comunitária com a representação social sobre a Terapia Comunitária dos profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina. Participaram 27 profissionais que realizaram a formação em Terapia Comunitária oferecida em 2009 pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde. A coleta de dados utilizou a entrevista individual semi-dirigida, estruturalmente dividida em duas partes. A primeira destinou-se à identificação dos participantes e à exploração da prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde pública catarinense e empregou a Análise de Conteúdo temática categorial. A segunda parte destinou-se a investigar a representação social dos sujeitos acerca de diferentes aspectos da Terapia Comunitária e sua análise foi realizada por meio da classificação hierárquica descendente. Os resultados da Análise de Conteúdo foram agrupados em cinco categorias: Práticas de Terapia Comunitária, Estratégias de Implantação, Dificuldades, Elementos Facilitadores e Benefícios. Os resultados da classificação hierárquica descendente revelam que existe uma representação social dos profissionais sobre o que é ser terapeuta comunitário, entendido como alguém que humaniza as relações interpessoais no setor saúde. É possível concluir, através da relação entre as práticas e a representação social investigadas nesse estudo, que a promoção de redes de apoio social, um dos objetivos da inserção da Terapia Comunitária no SUS, requer do coordenador do grupo a articulação de atividades dentro das comunidades e entre estas e a rede mais ampla, o que possibilita o empoderamento individual e comunitário.

Palavras-chave: Terapia Comunitária; representação social; práticas sociais; profissionais de saúde; Sistema Único de Saúde.

Padilha, Cristina dos Santos. (2011). A Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

ABSTRACT

The approval for the of the national policy on integrative and complementary practices fosters the implementation of the Community Therapy, practice which has been taking place for more than 20 years in Fortaleza, provided by Brazil's publicly-funded health care system (SUS). This initiative aims at developing community leaderships for dealing with the suffering and the psychological demands of the communities involved and build support networks in order to extend the resolvability of Primary Health Care. The approach on socio-cultural context and the social practices in the studies of social representations helps to understand the contexts in which they are perpetuated and transformed. The objective of this study, of exploratory and descriptive nature, is to relate the community therapy practices to the social representation on community therapy regarding the health care professionals employed at SUS, Santa Catarina. Twenty seven (27) participants who received a formal training on Community Therapy in 2009 by the State Secretariat of Santa Catarina, in partnership with Ministry of Health, took part in this investigation. The data collection was based on an individual semi-structured interview divided into two parts. The first part aimed at identifying the participants and explore their view on community therapy in the context of Santa Catarina's public health service by using a category based content analysis. The second part aimed at investigating the social representation of the subjects involved in the different aspects of Community therapy followed by a descending hierarchical classification. The results obtained by the content analysis were grouped into 5 categories: Community Therapy Practices; Implementation Techniques; Difficulties; Elements of facilitation and Benefits. The results obtained in the descending hierarchical classification review that a social representation of the professionals involved is present on what regards to be a community therapist, as someone who humanizes the interpersonal relations in the health care sector. It is possible to conclude that through the relation between the practices and the social representations investigated in this study that to promote networks of social support, one of the objectives in the integration of Community therapy practices at SUS, it is required from the group coordinator articulation within the communities involved and among other communities in order to ensure individual and community empowerment.

Keywords: Community Therapy; Social representation; Social Practices; Health-care Professionals; Brazil's publicly-funded health care system (SUS).

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Regiões de Santa Catarina | 48 |
| Figura 2 | Variáveis clássicas | 49 |
| Figura 3 | Variáveis ocupacionais | 49 |
| Figura 4 | Dendograma do <i>corpus</i> Terapia Comunitária | 60 |
| Figura 5 | Dendograma do <i>corpus</i> Inserção da Terapia Comunitária no SUS | 64 |
| Figura 6 | Dendograma do <i>corpus</i> terapeuta comunitário | 68 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

ESF - Estratégia Saúde da Família

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária

OMS - Organização Mundial da Saúde

MT/MCA - medicina tradicional e complementar/alternativa

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

ACS's - Agentes Comunitários de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

CFESS - Conselho Federal de Assistência Social

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

UCIs - Unidades de Contexto Inicial

UCEs - Unidades de Contexto Elementar

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2. OBJETIVOS..... | 9 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 9 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 9 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 10 |
| 3.1 A Terapia Comunitária e a proposta de Adalberto Barreto..... | 10 |
| 3.1.1 A inserção da Terapia Comunitária no Sistema Único de Saúde..... | 12 |
| 3.1.2 Práticas de Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva..... | 15 |
| 3.2 Conceitos que ampliam a concepção e o campo da saúde..... | 21 |
| 3.2.1 Promoção da saúde..... | 22 |
| 3.2.2 Educação para a saúde..... | 24 |
| 3.2.3 Empoderamento..... | 28 |
| 3.2.4 Transdisciplinaridade e desinstitucionalização..... | 30 |
| 3.2.5 Humanização..... | 31 |
| 3.3 A Psicologia Social e a Teoria das Representações Sociais..... | 33 |
| 3.3.1 Principais abordagens do conceito de representações sociais..... | 35 |
| 3.3.2 Práticas sociais e representações sociais..... | 41 |
| 4. MÉTODO..... | 44 |
| 4.1 Delineamento da pesquisa..... | 44 |
| 4.2 Participantes..... | 44 |
| 4.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados..... | 45 |
| 4.4 Técnicas e instrumentos de tratamento e análise de dados..... | 45 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 47 |
| 5.1 Caracterização dos participantes..... | 47 |
| 5.2 Prática da Terapia Comunitária na Saúde Coletiva..... | 49 |
| 5.2.1 Práticas de Terapia Comunitária..... | 50 |
| 5.2.2 Estratégias de Implantação..... | 51 |
| 5.2.3 Dificuldades..... | 52 |
| 5.2.4 Elementos Facilitadores..... | 54 |
| 5.2.5 Benefícios..... | 54 |
| 5.3 Representação Social da Terapia Comunitária..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 5.3.1 Terapia Comunitária..... | 59 |
| 5.3.2 Inserção da Terapia Comunitária no SUS..... | 63 |
| 5.3.3 Terapeuta Comunitário..... | 67 |
| 5.4 Práticas e Representações Sociais..... | 73 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 76 |
| 6.1 Dificuldades e Limitações do estudo..... | 77 |
| 7. REFERÊNCIAS | 79 |
| 8. ANEXOS..... | 87 |
| 9. APÊNDICES..... | 89 |

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge a partir de uma trajetória de reflexões sobre a saúde mental. A graduação em Psicologia e o mestrado em Saúde Coletiva, atrelados aos encontros do Grupo de Pesquisa em Políticas de Saúde/Saúde Mental (GPPS/UFSC), foram o fomento necessário para cultivar o interesse e o desejo de aprimorar a atenção oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A trajetória acadêmica acarreta, inevitavelmente, a tônica do interesse na saúde mental, esse campo extraordinariamente eclético e multidisciplinar. Inquietações que surgem da consciência do atual processo de transformações dos serviços de saúde, decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica, motivaram especialmente este trabalho. A convicção de que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico podem funcionar respondendo às demandas da população não é utopia, está inspirada nos exemplos de experiências exitosas em que houve um adequado investimento nos serviços do território. Esse incremento passa, necessariamente, pela formação dos profissionais de saúde, já que a transformação da estrutura física dos serviços torna-se superficial sem a adequada transformação de seu corpo técnico.

A Terapia Comunitária, desenvolvida pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e sistematizada desde 1987, é definida como uma metodologia de intervenção em comunidades, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários. Seu objetivo é a promoção da saúde através da construção de vínculos solidários, da valorização das experiências de vida dos participantes, do resgate da identidade, da restauração da auto-estima e da ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (ANDRADE et al., 2009).

A aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 dá subsídios para estender a Terapia Comunitária, prática que já acontece há mais de vinte anos em Fortaleza, a outras regiões do país. Em 2008 é firmado um convênio entre o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para implantar a Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS. O projeto visa desenvolver nos profissionais da área da saúde e nas lideranças comunitárias as competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais e promover redes de apoio social, ampliando a resolutividade da Atenção Básica.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são desejáveis práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe,

dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural. Busca valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação. O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica visa, entre outros objetivos, implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. Além disso, é considerada atribuição de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) a realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006a).

Além de responder às demandas expressas na Política Nacional de Atenção Básica, a Terapia Comunitária responde também aos interesses da Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como uma de suas diretrizes fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil (BRASIL, 2006b).

Na Atenção Básica criam-se grupos específicos de Terapia Comunitária, ou aproveita-se o espaço de grupos já constituídos nas unidades de saúde, como nos casos de grupos com gestantes ou com idosos, para utilizar essa metodologia. A Terapia Comunitária também tem sido utilizada em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo apontada como um instrumento capaz de fomentar a construção da rede e explorar os recursos do território. Dessa forma, esse enfoque no trabalho com grupos capacita os profissionais de saúde para a promoção de um atendimento integral, o que requer lidar também com as demandas de saúde mental.

A Terapia Comunitária inserida no SUS surge como uma promessa de humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários, capaz de fortalecer os vínculos humanos e empoderar as comunidades. O profissional de saúde exercendo a função de terapeuta comunitário tem seu conhecimento técnico relegado a segundo plano, sendo mais valorizado pela capacidade de suscitar a troca de experiências de vida e um clima de acolhimento para o sofrimento cotidiano relatado pelos usuários participantes do grupo. Através dessa postura empática é possível que esteja se consolidando uma nova tecnologia para o acolhimento das demandas de saúde.

Em Santa Catarina, em 2009 foram selecionados profissionais de saúde para a realização de um curso de formação em Terapia Comunitária financiado pelo Ministério da

Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado. A relevância de tal proposta ancora-se na visão de que são necessários *novos* sujeitos com tecnologias apropriadas para encontrar respostas satisfatórias construídas coletivamente. A necessidade de se implantar um modelo de atenção à saúde mental com base comunitária, priorizando-se a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento, coincide com a proposta da Terapia Comunitária de criar redes de apoio solidárias a indivíduos e famílias que vivenciam situação de sofrimento emocional ou psíquico. O presente trabalho resgata essa experiência de capacitação e objetiva relacionar as práticas de Terapia Comunitária com a representação social sobre a Terapia Comunitária dos profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina.

As representações sociais podem ser entendidas como sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações que assenta em valores e em conceitos, um estilo de discurso que lhes é próprio. São “teorias”, “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real (MOSCOVICI, 1978).

O estudo da atividade representativa tem sido apreendido através de diferentes níveis de análise e perspectivas. No caso do estudo das representações sociais, o nível de análise que se salienta é aquele que reenvia o sujeito para as suas pertencas sociais e para as atividades de comunicação, e a representação para a sua funcionalidade e eficácia sociais (VALA, 2006).

A abordagem do contexto sócio-cultural e das práticas sociais nos estudos de representações sociais auxilia a entender a função de determinadas representações sociais em determinados contextos em que tais representações se perpetuam ou se transformam. A partir dessas considerações questiona-se: **Como a Terapia Comunitária está sendo praticada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina e quais as relações engendradas entre esse contexto sócio-cultural específico e as representações sociais desses sujeitos acerca dessa nova ferramenta de trabalho?**

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Relacionar as práticas de Terapia Comunitária com a representação social sobre a Terapia Comunitária dos profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina.

Objetivos Específicos:

- Descrever a prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense;
- Descrever a representação social sobre a Terapia Comunitária dos profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina que realizaram a capacitação em Terapia Comunitária;
- Discutir a relação entre as práticas de Terapia Comunitária e a representação social sobre a Terapia Comunitária dos profissionais de saúde catarinenses que atuam na rede SUS.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A Terapia Comunitária e a proposta de Adalberto Barreto

A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa é sistematizada em 1987 por Adalberto de Paula Barreto, médico e antropólogo. Ao se tornar professor da Faculdade de Medicina do Ceará, Barreto decide levar seus alunos de Psiquiatria que até então atendiam no Hospital Universitário para ver as pessoas em seu próprio contexto, em sua rede relacional, na favela do Pirambu, em Fortaleza, com o objetivo de realizar um trabalho de prevenção e cuidados psicológicos para as pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde. Surgem então várias questões: como sair de um modelo que gera dependência para um modelo que estimule a autonomia? Como romper com a concentração de informação pelo técnico e fazê-la circular, para que todos possam dela se beneficiar? Como resgatar o saber dos antepassados e a competência adquirida com a experiência de vida? E como transformar uma prática especializada e limitada em uma abordagem eficiente para atingir um sistema mais amplo? Nesse contexto é criado o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e a Terapia Comunitária (BARRETO, 2005).

As sessões de Terapia Comunitária que então têm início surgem como um programa de atenção primária em saúde mental que usa a competência das pessoas e promove a construção de redes sociais com base nas tradições e culturas dos próprios pacientes. Nos encontros, os moradores de comunidades marginalizadas contam seus problemas, formando entre eles uma rede de solidariedade e de apoio mútuo. O trabalho desperta a atenção da coordenadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns, quem solicita treinamento dos agentes da Pastoral, o que acaba difundindo essa prática no Brasil (LINS; MARTIN, 2007).

Esse instrumento se propõe a auxiliar a construção de redes solidárias e tem como alicerce cinco eixos teóricos: o *Pensamento Sistêmico*, a *Teoria da Comunicação*, a *Antropologia Cultural*, a *Pedagogia de Paulo Freire* e o conceito de *Resiliência*. Esses diversos enfoques teóricos legitimam algumas premissas e posturas adotadas pelos terapeutas comunitários, tal como o reconhecimento da importância de perceber o sujeito em seu contexto, como parte indissociável de uma rede de relações. As trocas intersubjetivas são mediadas pela linguagem, daí a necessidade de escutar as diversas palavras e significados, determinados em parte pela cultura. A Terapia Comunitária valoriza e resgata os diversos conhecimentos, crenças e manifestações populares e considera-os imprescindíveis para a transformação do indivíduo em sujeito agente de sua própria história. As experiências de vida

e o conhecimento delas advindo devem ser partilhados de forma horizontal e circular. Acredita-se que os indivíduos e grupos sociais dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais (CAMARGO, 2005a).

A Terapia Comunitária pode ser aplicada em qualquer espaço comunitário, a ser definido com a própria comunidade e divulgado previamente. Para exercer o papel de terapeuta comunitário, basta que a pessoa seja comprometida com a comunidade, interaja em igualdade e fale de seus sentimentos, crescendo com o grupo já que todo processo educativo tem mão dupla: ao mesmo tempo em que se ensina se aprende. O terapeuta comunitário não deve assumir o papel de especialistas (psicólogo, psiquiatra), fazendo interpretações ou análises. Seu objetivo é estimular a partilha de experiências, resgatar o saber produzido pela vivência e acolher o sofrimento das pessoas. Para se tornar terapeuta comunitário é necessário fazer um curso de capacitação profissional com 360 horas/aula, divididas em aspectos teóricos, vivências terapêuticas, práticas em Terapia Comunitária e supervisões. Esse curso geralmente é dividido em quatro módulos, sendo que a partir do primeiro módulo o aluno já é incentivado a realizar encontros de Terapia Comunitária. Quem ministra o curso é uma equipe de formadores reconhecidos pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM) (BARRETO, 2005).

Essa metodologia parte de uma situação-problema trazida por uma pessoa ou família em crise. Após a exposição do caso, o terapeuta comunitário pergunta ao grupo - também conhecido como *roda de Terapia Comunitária* - quem já viveu uma experiência similar e o que tem feito para superá-la. Emergem, então, do grupo várias opções a partir das vivências pessoais. A Terapia Comunitária se propõe a ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo. É um momento de transformação, no qual cada um reorganiza seu discurso e ressignifica seu sofrimento, dando origem a uma nova leitura dos elementos que faziam sofrer. A função do terapeuta comunitário é apenas suscitar a capacidade terapêutica do próprio grupo. Por isso, não é permitido fazer julgamentos, discursar ou dar conselhos. Os temas mais frequentes falam sobre conflitos familiares, violência doméstica, problemas relacionados com delinquência juvenil e drogas (URSINO, 2003).

De acordo com Luisi (2006) o terapeuta comunitário tem como propósitos: reforçar vínculos entre as pessoas, mobilizar recursos e competências locais, respeitar as distintas culturas, promover redes de proteção e inclusão e favorecer a conscientização social. Articular

atividades dentro da comunidade e entre esta e a rede mais ampla auxilia não só a divulgação da Terapia Comunitária, mas a resolução de problemas e a realização de encaminhamentos necessários. Para a autora, a criação de uma equipe de trabalho comunitário pode auxiliar nas articulações necessárias, sendo o trabalho orientado para o incremento da autonomia de indivíduos, grupos e redes.

O terapeuta comunitário não tem um saber diferenciado em relação ao grupo comunitário, ele está junto, respeitando as diferentes culturas, modos de ser, pensar e agir e sua posição é de horizontalidade. É função do terapeuta valorizar a diversidade de experiências e suscitar sua partilha de forma horizontal e circular, havendo uma co-responsabilidade do grupo pela busca de soluções e de superações das adversidades (BARRETO, 2005).

A Terapia Comunitária é conduzida por até três pessoas, sendo atribuída a uma delas o papel de terapeuta e à(s) outra(s) o papel de co-terapeuta. A comunidade pode participar a qualquer momento em que uma sessão estiver sendo realizada, não sendo exigida frequência ou assiduidade. Entende-se ser este um espaço fundamentalmente democrático e aberto.

A experiência de mais de vinte anos de condução de Terapia Comunitária confere a Adalberto Barreto uma visão abrangente das necessidades de saúde da população. Na leitura desse médico, as instituições de escuta e de apoio do passado (benzedeiros, padres, pajés) se perderam com o processo de modernização das sociedades. Por isso a Terapia Comunitária pretende resgatar a palavra como remédio, já que através da palavra é amenizado o sofrimento de quem fala e de quem escuta. Nessa troca de palavras as pessoas vão reconhecendo seu potencial de apoio e sentindo-se acolhidas para compartilhar os problemas de sua existência que geram sofrimento (LAVOR, 2008).

3.1.1 A inserção da Terapia Comunitária no Sistema Único de Saúde

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Tais abordagens caracterizam-se, pois, pela visão ampliada do processo saúde doença e pela promoção global do cuidado humano,

especialmente do autocuidado. No final da década de 70 a OMS cria o Programa de Medicina Tradicional, expressando seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos visando que auxiliem a conhecer sua segurança, eficácia e qualidade (Brasil, 2006c).

No documento *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*, a OMS preconiza o uso da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna, assim como o desenvolvimento de políticas nacionais observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso (OMS, 2002).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar experiências pioneiras. Em maio de 2006 é publicada a Portaria GM nº 971 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Tal política atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de municípios e estados, com destaque para a Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e para o Termalismo-Crenoterapia. Essa política recomenda a implantação e a implementação, pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006c).

A aprovação da PNPIC dá subsídios para estender a Terapia Comunitária, prática que já acontece há mais de 20 anos na periferia de Fortaleza, a outras regiões do país. Em 2008 é firmado um convênio¹ entre o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para implantar a Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS. O projeto pretende desenvolver nos profissionais da área da saúde e nas lideranças comunitárias as competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais e promover redes de apoio social, ampliando a resolutividade da Atenção Básica.

A inserção da Terapia Comunitária como prática de saúde no SUS e na Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma política de participação solidária que centra seus objetivos na promoção da saúde e no desenvolvimento

¹ CONVÊNIO 2397/2008 – GPS 2241 – Ministério da Saúde e Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, disponível no site www.abratecom.org.br

comunitário e social da população. Profissionais de várias áreas, líderes e agentes comunitários têm sido capacitados pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM). A Terapia Comunitária vem sendo praticada em diversos contextos e comunidades, especialmente aqueles marginalizados e excluídos. Tem apresentado resultados positivos enquanto instrumento de intervenção social na Atenção Básica de saúde, através do acolhimento, do estímulo à formação de vínculos e da estratégia de empoderamento das pessoas (ANDRADE et al., 2009).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são desejáveis práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural. Busca valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação. O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica visa, entre outros objetivos, implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. Além disso, é considerada atribuição de todos os profissionais da ESF a realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006a).

Além de responder às demandas expressas na Política Nacional de Atenção Básica, a Terapia Comunitária responde também aos interesses da Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como uma de suas diretrizes fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil (BRASIL, 2006b).

A validação da Terapia Comunitária como recurso da Atenção Básica à saúde nas comunidades visa ampliar a atuação de uma política pública consistente para apoiar as atividades associativas, combater o isolamento, promover a reinserção social e estimular a capacidade dos indivíduos de enfrentar os problemas da existência. Na ESF podem ser formados grupos específicos para a Terapia Comunitária, ou esse método pode ser aplicado junto aos grupos temáticos. Qualquer membro da equipe de Saúde da Família pode ser Terapeuta Comunitário, mas é indicado que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) sempre esteja presente na coordenação da roda, já que esse profissional tem como o centro de suas

atividades a visita domiciliar, ocasião em que, percebendo sinais de sofrimento, pode fazer o encaminhamento para esse espaço de promoção da saúde (ANDRADE et al., 2009).

A implantação da Terapia Comunitária no SUS e na ESF visa complementar as práticas de saúde ofertadas por especialistas, mais centradas na patologia. Como diferencial, o foco da Terapia Comunitária é o acolhimento do sofrimento, o incentivo à formação de vínculos e à autonomia do grupo e o resgate da identidade dos indivíduos através da valorização da cultura popular e do saber advindo das experiências de vida.

3.1.2 Práticas de Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha com várias prioridades estabelecidas, uma delas é a saúde mental, onde se espera que os profissionais da equipe prestem cuidados e acompanhem os casos de sofrimento psíquico com a participação da família. Tal demanda evidencia a necessidade de se adotarem instrumentos capazes de acolher as pessoas e que ofereçam certo alívio aos que estão sofrendo. O perfil dos profissionais da ESF é o de envolvimento com o bem-estar das comunidades, com a construção do compromisso, disponibilidade, intimidade e relação de confiança (BRASIL, 2001a).

Ao mesmo tempo em que se propõe a ESF para estruturar a Atenção Básica ocorrem, na saúde mental, importantes transformações conceituais e operacionais que resultam na reorientação do modelo hospitalar com base manicomial, centrado na patologia, para um novo modelo de atenção descentralizada de base comunitária. A incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica contribui para alavancar esse novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001b). A mudança na perspectiva do olhar sobre o “pensar e fazer” saúde em decorrência da implantação do SUS e da Reforma Psiquiátrica coloca questões semelhantes quanto ao modo de conceber a saúde e a doença, ao lugar do usuário na relação com os profissionais, à busca por uma atenção focada na integralidade do sujeito e à importância do serviço estar fortemente inserido na comunidade (MUNARI et al., 2008).

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados em que estão incluídos: Atenção Básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Aliás, existe um

componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão às práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Por isso todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica, através de ações que obedçam ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal articuladas com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Para organizar as ações de saúde mental na Atenção Básica são propostos: apoio matricial da saúde mental e capacitação às equipes de referência, bem como a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (BRASIL, 2003).

No entanto, as equipes matriciais ainda não estão funcionando em boa parte dos municípios que aderiram à ESF. Dessa forma, as equipes de referência ficam desprovidas de conhecimentos que as ajudam a lidar com os usuários de saúde mental. São necessários instrumentos que ajudem os profissionais a se aproximarem da comunidade e a construírem novos conceitos em saúde baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Na Atenção Básica é necessário lidar com situações de crise com segurança e tranquilidade, acionando algo mais que os recursos da medicação/contenção. As tecnologias leves que envolvem qualidades como compreensão, empatia, afetividade, capacidade de formar vínculos, escuta, compromisso com o paciente e respeito precisam permear as relações dos profissionais de saúde com os usuários, sobretudo aqueles que requerem cuidados específicos relacionados à saúde mental. A Terapia Comunitária pode atuar no nível da promoção, prevenção e reabilitação, pois é acolhedora, permite a formação de vínculos, trabalha com a inclusão social e incentiva a autonomia. Esse instrumento de trabalho com grupos confere aos profissionais compreensão e paciência para lidar com as demandas de saúde mental e aos usuários maior vinculação com o serviço (SOARES, 2008).

Souza et al., (2007) realizaram estudo buscando identificar a formação e as ações do enfermeiro em saúde mental. Dentre as ações referidas pelos 134 sujeitos da pesquisa, relativas à realidade da ESF de Teresina/PI, foram citadas: visitas domiciliares (60%), consultas (27,7%), encaminhamentos (21,5%), entrega de medicação (15,4%), atendimento ambulatorial (7,7%), Terapia Comunitária (5,4%), levantamento de casos (0,8%) e a ausência de atividades (14,6%). A ausência de ações de saúde mental é um dado relevante, visto que 97% dos profissionais referiram haver demanda de saúde mental em sua área de cobertura. Para os autores, a saúde mental, se bem conduzida e trabalhada com as equipes de Saúde da

Família, pode contribuir decisivamente para diminuição das internações hospitalares psiquiátricas. Daí a importância de que os profissionais de saúde reflitam sobre o importante papel que podem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do paciente psiquiátrico.

Na leitura de Mota (2007), o processo de desinstitucionalização italiano ocupou-se em tornar o objeto de intervenção mais complexo, pois além de ampliar o olhar para a existência “global” dos sujeitos de um dado território, a finalidade do trabalho em saúde mental passou a ser a responsabilização por suas necessidades também ampliadas:

Na medida em que as respostas vão deixando de ser rápidas e objetivas, voltadas para um problema estabelecido a priori, vai se tornando necessária a participação de novos atores em diferentes locais. Daí decorre a importância do conceito de território, pois, para transformar efetivamente a realidade manicomial, torna-se necessário sair do campo exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade as condições para que os indivíduos possam estabelecer relações de troca. A participação da comunidade passa a ser fundamental para a ação da saúde mental, já que está nela uma infinidade de recursos e de possibilidades para os sujeitos, além de ser nela onde eles se constituem. (p.3-4)

Pesquisando as necessidades de saúde dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itaim Bibi da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Mota (2007) relata que os sujeitos desejam ser *desidentificados* com a doença, necessitam ser escutados, acolhidos e respeitados na sua diferença. A autora conclui que a complexidade das necessidades de saúde dos usuários entrevistados não aparece associada exclusivamente à experiência da doença, está atrelada à dificuldade de uma parcela hegemônica da sociedade em aceitar a diferença e criar respostas concretas para a inclusão dessas pessoas no mundo do trabalho, da cultura, da educação, das relações de troca. A Terapia Comunitária é citada como uma das atividades externas que caracterizam a iniciativa deste serviço de construir a rede e explorar os recursos territoriais.

Já na pesquisa desenvolvida por Machado (2006), a Terapia Comunitária é referida como uma das atividades semanais oferecidas pelo CAPS do Distrito Federal e percebida como uma terapêutica diferenciada. Os encontros têm como objetivo a prevenção, a inserção de usuários e pessoas da comunidade, o fortalecimento de vínculos, o resgate da cidadania, a melhoria da auto-estima e o respeito às diferenças culturais entre os participantes.

O estudo de Filha e Carvalho (2010) objetiva descrever a implantação da Terapia Comunitária em um CAPS de João Pessoa/PB, identificar problemas vivenciados por usuários e familiares e suas estratégias de enfrentamento, além de analisar a contribuição da Terapia Comunitária para inclusão social do usuário. Dentre as dificuldades encontradas para se implantar efetivamente a Terapia Comunitária na instituição estão a ausência de um espaço adequado para acomodar os participantes e a dificuldade de adesão das famílias e usuários. Algumas facilidades também foram evidenciadas, como o apoio da equipe que se mostrava firme no processo de implantação da Terapia Comunitária, a presença dos usuários que já se encontravam no serviço e a cooperação e participação dos usuários nas dinâmicas de acolhimento e na etapa de problematização. Os principais problemas vivenciados pelos sujeitos desse estudo são conflitos familiares, insônia e abandono. Várias estratégias de enfrentamento foram mencionadas: apoio familiar, crença religiosa e ajuda profissional. Comprovou-se que a participação dos usuários tem contribuído para sua inclusão social, a partir do relato de mudanças de comportamento nos relacionamentos interpessoais.

Fukui e Marchetti (2004) fazem uma reflexão do uso do espaço público na Terapia Comunitária, metodologia em que se aborda simultaneamente o indivíduo na sua singularidade e na sua inserção familiar, grupal e social. A capacitação em Terapia Comunitária exige uma reciclagem dos profissionais de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que normalmente atendem em domicílios, são instrumentalizados a trabalhar também com grupos. Os profissionais formados para atender de forma individual e no espaço privado, deparam-se, nesse espaço público, com outras exigências: o Assistente Social aprimora sua escuta, o Sociólogo deve lidar com toda a complexidade do empírico sem teorizar apressadamente, ao Psicólogo não é requerida a interpretação das falas, ele deve confiar na soberania do grupo para acolher e apontar soluções aos problemas individuais e grupais.

Na pesquisa-ação de Guimarães e Valla (2009) acerca da Terapia Comunitária que acontece com ACS's na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, os resultados apontam que essa metodologia tem favorecido a troca de estratégias de enfrentamento dos problemas e fortalecido as redes de apoio familiar e social. As narrativas de histórias de vida permitem que haja um maior reconhecimento das possibilidades e limites de cada um, criando um ambiente satisfatório para compartilhar problemas e soluções. A Terapia Comunitária favorece a construção coletiva de possibilidades de vida e de saúde ao

gerar construção de sentido e de pertencimento. A legitimação do conhecimento produzido a partir das experiências de vida possibilita o empoderamento dos participantes.

Guimarães (2006), utilizando o método da história oral temática, entrevistou usuários de uma unidade de saúde que freqüentavam a Terapia Comunitária na cidade de João Pessoa/PB, objetivando conhecer as repercussões dessa metodologia no cotidiano de seus participantes. Os relatos obtidos revelam que os usuários se percebem mais capazes para compreenderem a si e aos outros e para desencadear mudanças pessoais e sociais através da melhoria de vínculos familiares e comunitários. A Terapia Comunitária é preconizada para a atuação das equipes de Saúde da Família no sentido da prevenção do sofrimento psíquico e da promoção da saúde mental.

Na experiência relatada por Filha et al. (2009), em uma unidade de Saúde da Família de Vila Flor/RN, a prática da Terapia Comunitária está resultando na aprendizagem, por parte dos habitantes do município, de estratégias de promoção de saúde mental e de prevenção de transtornos mentais. Tal prática tem, ainda, facilitado o trabalho dos profissionais da equipe de Saúde da Família no sentido de melhorar seu relacionamento com a comunidade e entender suas necessidades. Os autores realizaram estudo objetivando conhecer as contribuições da Terapia Comunitária no cuidado com mulheres usuárias dos serviços da ESF, onde apontam: resgate do atributo resiliente e conseqüente empoderamento, incremento da autonomia, auto-estima e fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e espirituais.

Holanda (2006) acompanhou as rodas de Terapia Comunitária realizadas com gestantes em uma unidade de Saúde da Família em João Pessoa/PB. Seu estudo objetivou identificar, na fala dos sujeitos, estratégias desenvolvidas para o enfrentamento das inquietações do seu dia-a-dia e revelar as contribuições da Terapia Comunitária no processo da gravidez. No grupo pesquisado, a circulação de informações mobilizou recursos internos para superação das adversidades impostas no dia-a-dia. Os momentos em grupo representaram fontes de saber e troca de experiências riquíssimas que emergiram através do respeito mútuo entre saberes, em uma perspectiva de complementaridade sem rupturas com a tradição e sem se negarem as contribuições da ciência moderna. As inquietações, os medos e as ansiedades passaram a fazer parte *do* grupo, saindo do individual para o coletivo, tecendo as redes de apoio e fomentando a criação de vínculos e solidariedade. Os depoimentos obtidos revelam que a duração da consulta médica é insuficiente para falar tudo aquilo que as gestantes necessitam, e que suas necessidades vão além de exames médicos. É nesse sentido que a Terapia Comunitária pode atuar de forma complementar à ciência moderna. Na visão da pesquisadora:

A ineficácia do modelo fechado da biomedicina em modificar a dinâmica do adoecimento e alívio dos sofrimentos desafia muitos profissionais a experimentarem novas práticas em saúde e implantarem novas tecnologias do cuidar. A experiência da Terapia Comunitária com gestantes foi uma estratégia de enfrentamento dessas problemáticas [...]. (HOLANDA, 2006, p. 114)

Rocha et al. (2009) coletaram dados das fichas de registros das Terapias Comunitárias realizadas no município de João Pessoa/PB objetivando identificar os principais temas apresentados pelos idosos, as estratégias utilizadas para o enfrentamento de suas dificuldades e os depoimentos relacionados à melhoria de sua qualidade de vida. Os autores apontam a Terapia Comunitária como uma nova tecnologia de cuidado que vem contribuindo para a saúde mental do idoso.

O estudo de Victor et al. (2007) aborda a qualidade de vida dos idosos, relatando a experiência de conformação do *Grupo da Feliz Idade* em Fortaleza/CE. As enfermeiras da ESF selecionaram 124 idosos pertencentes ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A esses usuários foram oferecidas atividades de caminhadas, oficinas, passeios e Terapia Comunitária, ou seja, atividades que estimulavam a promoção da saúde física e da socialização. As atividades em grupo são especialmente importantes quando se considera o risco para a solidão nessa faixa etária, onde a maioria dos indivíduos já perdeu seu núcleo social de trabalho, perdeu seus entes queridos e vivenciou a saída dos filhos de casa. Através das atividades em grupo os idosos conseguem reencontrar diferentes modos de viver e resgatar valores cuja falta já não era sequer percebida por eles.

Andrade et al. (2010) realizaram um estudo exploratório com o objetivo de conhecer as contribuições da Terapia Comunitária na vida de 19 idosos assistidos em uma unidade de Saúde da Família em Vila Flor/RN. Emergiram as categorias temáticas: sentimento de empoderamento, partilha de experiências, contribuições da Terapia Comunitária e mudança de comportamentos revelando que esta última representa uma estratégia de enfrentamento aos desafios vivenciados no cotidiano dos idosos que frequentam os encontros, possibilitando uma significativa melhoria da auto-estima e construção da teia de solidariedade na comunidade.

O estudo de Silva (2010) investiga a aplicação da Terapia Comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão a partir da percepção de 20 usuários atendidos em uma unidade de Saúde da Família de Petrópolis/RJ. Os resultados evidenciaram

que a Terapia Comunitária foi percebida pelo grupo como uma experiência positiva, uma contribuição à saúde emocional e à promoção de bem-estar, de socialização; um local de diálogo, onde pessoas estão dispostas a escutar; momento de confraternização; lugar de alívio do sofrimento psíquico e de ressignificação das necessidades dos usuários assistidos. Com relação à técnica da Terapia Comunitária, esta se mostrou facilitadora do diálogo e da partilha, possibilitando a expansão para além das rodas, alcançando as relações familiares e sociais. Aplicada na Atenção Básica, mostrou contribuir para um atendimento humanizado, ajudando na formação de redes solidárias e estabelecendo vínculos. Concluiu-se que a Terapia Comunitária pode ser utilizada pelas equipes de Saúde da Família como uma tecnologia eficiente no tratamento da depressão, e em outros grupos específicos, uma vez que é de baixo custo e de longo alcance e que fortalece a integralidade do cuidado preconizada pelo SUS, além de ser uma tecnologia de mobilização social.

A partir dessa revisão de literatura, é possível verificar que as pesquisas sobre a Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva têm se voltado mais para as repercussões desse instrumento na vida do usuário. Alguns estudos abordam a realidade da Atenção Básica, quer nos grupos específicos de Terapia Comunitária, quer nos grupos temáticos que já ocorrem nas unidades de saúde, como nos casos de grupos com gestantes ou com idosos, e que incorporam essa metodologia. Outros estudos se voltam para o contexto dos CAPS, problematizando a Terapia Comunitária como um instrumento capaz de fomentar a construção da rede e explorar os recursos do território. Alguns autores discorrem ainda sobre a necessidade de capacitação dos profissionais da ESF para a promoção de um atendimento integral, o que requer lidar também com as demandas de saúde mental, apontando a Terapia Comunitária como um instrumento que pode responder parcialmente a essa demanda profissional.

A capacitação de profissionais da saúde coletiva em Terapia Comunitária já é uma realidade no Brasil. A Terapia Comunitária praticada no âmbito do SUS traz inovações às práticas grupais: importa mais a experiência de vida das pessoas do que o saber técnico, todos são detentores de conhecimento, sem hierarquizações das relações interpessoais, sendo desejável que as pessoas compartilhem sentimentos. Nesse espaço a identidade do terapeuta comunitário prevalece sobre a identidade do profissional de saúde: essa é a essência da proposta que pretende fortalecer vínculos e humanizar as relações entre a comunidade e os profissionais de saúde.

3.2 Conceitos que ampliam a concepção e o campo da saúde

3.2.1 Promoção da saúde

O Movimento de Promoção à Saúde no Canadá (1974-1986) desenvolve-se a partir da divulgação do Relatório Lalonde, segundo o qual as ações de saúde devem objetivar garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos. Conceito importante que se faz presente é o de *campo de saúde*, que subsidia a proposta de modelo explicativo em saúde realçando o papel de quatro grupos na determinação do processo saúde-doença: biologia humana (genética e função humana), organização dos serviços de saúde; ambiente (natural e social) e estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde). As críticas a esse modelo apontam para a ênfase em intervenções behavioristas, responsabilizando os indivíduos por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade. Buscando superar os limites teóricos e práticas do projeto behaviorista, em meados da década de 1980 é formulada a vertente socioambiental também denominada Nova Promoção à Saúde. Sintetizada na Carta de Ottawa, essa abordagem passa a definir promoção à saúde como o processo de capacitação de indivíduos e coletivos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde objetivando uma melhor qualidade de vida. Destacam-se, dentre as estratégias de promoção à saúde, a “criação de ambientes saudáveis”, o “desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais” e o “fortalecimento de ações comunitárias”. Esse ideário foi divulgado nas cinco Conferências Internacionais de Promoção à Saúde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) patrocinou no período de 1986 a 2000 (CARVALHO, 2004b). Subsidiando estas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, na participação social e em alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A revalorização da promoção resgata, com um novo discurso, o pensamento médico social do século XIX, expresso na obra de autores como Virchow, Villermée e Chadwick, afirmando a relação entre saúde e condições de vida. Uma das motivações centrais dessa retomada é o controle de custos crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos. No Canadá, EUA e países da Europa a proposta governamental busca ampliar o enfrentamento dos problemas de saúde coletiva, sobretudo as doenças crônicas em populações que tendem a se tornar cada vez mais idosas, para além de uma abordagem exclusivamente médica. Esse novo discurso se dá, portanto, num contexto neoliberal, tendo como um de seus eixos básicos a idéia de autonomia do sujeito e dos grupos sociais. A perspectiva conservadora de promoção reforça a diminuição das responsabilidades

do Estado, delegando progressivamente aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos. Perspectivas progressistas ressaltam a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida, englobando, além de elementos da saúde, os elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003).

Segundo Carvalho (2004b), as premissas e estratégias da Nova Promoção à Saúde são ambíguas, sendo freqüentemente descritas como um “movimento” para a mudança e pautadas pela linguagem dos novos movimentos sociais e servindo, ao mesmo tempo, para mascarar mudanças de relação de poder que envolvam a redefinição dos direitos de cidadania. Dentre as miríades de opiniões que o autor encontra a respeito da promoção à saúde, destaca dois posicionamentos centrais. O primeiro, compartilhado por Buss, tende a afirmar o caráter progressista da Nova Promoção à Saúde, considerando que esse projeto representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da Saúde Pública. O segundo posicionamento é compartilhado por Castiel, que sem deixar de reconhecer contribuições desse projeto, considera que tal discurso implicitamente reflete a ótica das formações neoliberais, individualistas, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais. A síntese que Carvalho opera entre os vários posicionamentos acerca da Nova Promoção à Saúde conclui que para a realidade brasileira a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter como parâmetro a necessidade de superação das raízes estruturais da iniquidade na saúde, o que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade, de produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e de contribuir para a democratização do poder político.

Para Buss (2003) inicialmente a promoção caracteriza um nível de atenção da medicina preventiva, evoluindo para um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. Tal enfoque está associado a valores como vida, saúde, solidariedade, equidade (distribuição de renda e acesso a bens e serviços), democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, sendo complementar ao enfoque da prevenção. A promoção da saúde identifica e enfrenta os macro determinantes do processo de saúde-doença e busca transformá-los na direção da saúde, tendo como objetivo contínuo um nível ótimo de saúde. Para tanto, faz-se necessário o protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimentos sociais, ações combinadas de políticas públicas, modificações de estilos de vida e intervenção ambiental. A

saúde é sinônimo de bem-estar, de qualidade de vida, é um estado dinâmico socialmente produzido.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000, p.174).

Para Castiel (2004) a promoção de saúde adota uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais ou libertárias. Sob a ótica mais conservadora, a promoção de saúde seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência de saúde. Noutra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial ou, ainda, pode constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas (como são as propostas de educação popular).

3.2.2 Educação para a saúde

Até pouco tempo a promoção de saúde estava associada primordialmente à adoção de comportamentos saudáveis, fundamentando-se na premissa de que boa parte dos problemas de saúde está relacionada com estilos de vida, o que significava centrar a atenção nos indivíduos utilizando-se como estratégia a “educação para saúde” (TRAVERSO, 2007).

A promoção da saúde e a educação para a saúde são culturalmente construídas. Suas práticas, justificativas e lógicas são sujeitas a mudanças baseadas em imperativos políticos, econômicos e sociais. Tal como no conhecimento biomédico, os discursos e práticas da educação para a saúde criam os seus próprios objetos e campos de interesse e regulamentam fenômenos como a normalidade, o risco e a saúde, onde os julgamentos morais são centrais. Impõe-se a necessidade de uma concepção global que respeite não apenas o indivíduo, mas também as múltiplas racionalidades organizadoras de si próprio e do mundo (MENDES, 2009).

Tura (2009), discorrendo sobre os paradigmas da promoção e da prevenção em saúde, afirma que não basta formular uma política e mobilizar recursos para sua implementação. A política vem se fazendo em diferentes contextos, em diferentes espaços sócio-culturais e terá que dialogar com uma rede de significados socialmente construídos, com a história e as experiências de um grupo, com as possibilidades de construir acordos/diálogos/re-significações. Ela se dirige a seres que possuem suas culturas, seus modos de pensar o mundo e a vida, que buscam sentidos para agir; sentidos esses que estão baseados em suas experiências pessoais e representações sociais em relação à saúde e suas formas de se proteger, prevenir, usufruir a vida etc. A população é também produtora de saber e de sentido e deve ser reconhecida como parceira.

Oliveira (2005) sintetiza a educação para a saúde em duas principais abordagens – o modelo “preventivo” e o modelo “radical”. O modelo preventivo de educação em saúde é baseado nos princípios da ‘velha’ saúde pública e definido pelos paradigmas do behaviorismo e do individualismo. Nessa abordagem os modos de vida dos indivíduos são as principais causas da falta de saúde, conseqüência de decisões individuais equivocadas. Tendo como objetivo a prevenção de doenças, o modelo preventivo de educação em saúde utiliza a persuasão de indivíduos para que adotem modos de vida saudáveis ou comportamentos compatíveis com a saúde, ditados por profissionais do campo da biomedicina detentores do saber. Já o modelo radical, no qual a saúde deixa de ser sinônimo de ausência de doenças, propõe-se a trabalhar numa perspectiva mais moderna de educação, centrada em um incremento da consciência crítica das pessoas. Seu principal objetivo é promover a saúde em seu sentido mais positivo, como recurso para uma vida vivida com qualidade, buscando trabalhar com grupos em vez de trabalhar com indivíduos como alvos isolados. Essa abordagem tem a intenção de promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Mas tal nível de participação requer uma relação igualitária entre educando e educador, requer o empoderamento de indivíduos e comunidades, o que significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde. No entanto, as críticas têm tornado visíveis as contradições da promoção da saúde, evidenciando a ênfase nas intervenções comportamentais em detrimento das intervenções estruturais (OLIVEIRA, 2005).

A educação para a saúde tem enfrentado grandes desafios criados pelas suas próprias e contraditórias proposições em que assumem lugar de destaque a promoção da livre escolha e

simultaneamente o ditar de escolhas saudáveis; a necessidade de compatibilizar a livre escolha com as opções ditadas pela medicina; a promoção da autonomia e o advogar de determinadas racionalidades, reprimindo outras e a aceitação de escolhas individuais, mesmo se não forem compatíveis com uma vida saudável. A maioria das ações de educação para a saúde continua centrada na prevenção de doenças e na responsabilização individual, não considerando as causas sociais da falta de saúde com a ênfase desejada. As práticas de educação para a saúde têm privilegiado a informação, assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens e através de múltiplas estratégias de argumentação onde se acentuam os efeitos nocivos sobre a saúde, se contrapõem estilos de vida mais saudáveis, se apela à responsabilidade social do portador de determinado risco (MENDES, 2009).

Carvalho e Gastaldo (2008) fazem explanações a respeito da abordagem socioambiental, caracterizada por preconizar a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupos humanos. Tal abordagem aponta como pré-requisitos essenciais para a saúde: justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários apropriados. É reconhecida a importância da assistência à saúde na determinação do processo saúde-doença, sugerindo-se a reorientação dos serviços e sistemas de saúde visando à implementação de práticas integrais e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde. Para alcançar esses objetivos, por sua vez, faz-se necessário uma mudança de atitude dos profissionais de saúde, através de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais. Os serviços devem ser orientados para a necessidade dos sujeitos como um todo, organizando-se de acordo com as singularidades culturais e através do compartilhamento de responsabilidades e do estabelecimento de parcerias entre usuários, profissionais, instituições e comunidades. As ações de saúde devem fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos e incentivar o suporte social aos coletivos comunitários, os processos de auto-ajuda e a implementação de novas práticas de educação em saúde.

De acordo com Vasconcelos (2004), a Educação Popular se estrutura como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo que florescia na Europa no pós-guerra se voltaram para as questões populares. Paulo Freire foi pioneiro no trabalho de sua sistematização teórica, e seu livro *Pedagogia do oprimido* (1966) ainda repercute em todo o mundo. A Educação Popular tem significado, para muitos serviços de saúde, um instrumento fundamental na construção histórica de uma medicina integral, na medida em que se dedica à

ampliação da inter-relação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas. A redefinição da prática médica se dá não a partir de uma nova tecnologia ou de um novo sistema de conhecimento, como as chamadas medicinas alternativas pretendem ser, mas pela articulação de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde, em um processo que valoriza principalmente os saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido a sua origem popular. A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ação social. É também o jeito brasileiro de fazer promoção da saúde, daí a importância de que deixe de ser uma prática social que acontece de forma pontual no SUS, por meio da luta heróica de alguns profissionais e de movimentos sociais, para ser generalizada amplamente nos diversos serviços de saúde. Uma das estratégias para isto é apoiar iniciativas de formação profissional que busquem reorientar as atitudes dos trabalhadores de saúde na relação com a população, de forma a problematizar vivências, compartilhar iniciativas de enfrentamento e de soluções e valorizar a curiosidade na busca de entendimento das raízes das questões sociais mais importantes.

Na visão de Albuquerque e Stotz (2004), apesar de a educação popular se destacar dentre as formas alternativas de educação em saúde, podendo constituir-se em um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde, no dia-a-dia pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupos são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infra-estrutura necessária é escassa e de difícil acesso. São grandes as dificuldades das equipes de saúde para efetivar uma prática cotidiana de promoção através de ações educativas. Quando isso acontece dá-se, muitas vezes, de acordo com o interesse individual dos profissionais, dificilmente estimulando a autonomia e a conscientização das comunidades. Os relatos de experiências de educação popular em saúde nos serviços freqüentemente referem-se à “falta de apoio” das coordenações ou das secretarias municipais e estaduais, refletindo o sentimento dos profissionais de estarem solitários no desenvolvimento deste trabalho.

Gomes e Merhy (2011), através de revisão de artigos sobre Educação Popular em Saúde e discorrendo sobre as redes de apoio social no território, afirmam que a Terapia Comunitária poderia integrar ações de prevenção e promoção à saúde que tomam como foco o sujeito e não as doenças. No entanto, os autores defendem que as práticas de Terapia Comunitária não podem ser desenvolvidas de forma desarticulada de outros modos de luta social, para evitar que seu resultado seja mera resignação ou culpabilização dos sujeitos.

3.2.3 Empoderamento

Na origem do conceito e de estratégia de empoderamento encontram-se a psicologia comunitária, os movimentos de auto-ajuda e, em especial, as práticas sociais surgidas a partir das reivindicações e lutas dos novos movimentos sociais ocorridas nas décadas de 1960 a 1980 em diversos países. O significado do termo vem assumindo, na prática, diferentes conotações conforme os interesses em disputa e os saberes que o fundamentam, podendo ser destacados dois significados: o psicológico e o social/comunitário. No primeiro, tomando como referência Riger, o empoderamento é um processo que tem por objetivo possibilitar que os indivíduos tenham “um sentimento de maior controle sobre a própria vida”. Dele derivam estratégias de promoção que buscam fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e que procuram desenvolver mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Carvalho (2004a) define “*empowerment*” psicológico como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Influenciando esta formulação encontramos uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que se encontram inseridos.

Tomando como referência a produção de autores como Julian Rappaport, importante teórico do movimento da psicologia comunitária, Paulo Freire, educador brasileiro, e Saul Alinsky, ativista social norte-americano, estudiosos anglo-saxônicos vêm propondo a noção alternativa de *empowerment* comunitário como um elemento-chave de politização das estratégias de promoção à saúde. Para esses teóricos a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de *empowerment* impliquem a redistribuição de poder e

a resistência daqueles que o perdem (CARVALHO, 2004a). A noção de empoderamento comunitário reconhece a importância do empoderamento psicológico mas destaca o enfrentamento das causas da iniquidade social. As macroestruturas condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos e estes, através de suas ações, influenciam e significam o plano macrossocial em um movimento circular e interdependente. O empoderamento comunitário é um processo que legitima grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Profissionais de saúde têm sempre a possibilidade de exercer o *poder sobre* os outros, mas também *com* os outros. O que se necessita é de uma atitude que redefina a clínica e que atualize as práticas sanitárias (CARVALHO; GASTALDO, 2008). O empowerment comunitário demanda novos modos de fazer saúde nos quais os usuários sejam percebidos na sua singularidade de sujeitos portadores de direito (CARVALHO, 2004a).

A clínica realizada na rede de atenção primária requer intervenções complexas, já que é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica dos riscos ou doenças mas também reconhecer os riscos subjetivos e sociais. Estas dimensões estão presentes em todo trabalho em saúde, embora apresentem maior expressão na atenção primária, sendo necessário considerar esses aspectos não somente no momento do diagnóstico. A proximidade com redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções sem eliminar sua complexidade. Outra estratégia importante é criar possibilidades para construir vínculos duradouros com os usuários, sendo estes dispositivos uma condição para o incremento da eficácia das intervenções clínicas. Quando existe uma relação estável no tempo entre a equipe de saúde e o usuário é possível construir uma clínica ampliada, partindo de seu núcleo biomédico e alcançando aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito e respeitando a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2005).

Para Campos e Amaral (2007) além de buscar a produção de saúde, a clínica ampliada pode contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, que se traduz em maior capacidade de compreensão e de atuação sobre si mesmo e sobre o mundo, em maior capacidade de auto-cuidado, de utilizar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com os outros. Estes resultados somente são alcançados caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. Esse

complexo movimento de ampliação e de reformulação da clínica depende também de uma reforma cultural e da criação de um ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando.

3.2.4 Transdisciplinaridade e desinstitucionalização

Lopes (2009), discorrendo sobre o enfoque transdisciplinar na área da saúde, afirma que o entendimento para os complexos problemas de saúde é buscado no espaço entre as disciplinas, onde existem os diversos ambientes em que ocorrem as interações humanas. A partir da investigação de diversas disciplinas é possível desenhar novas estruturas conceituais que permitam uma compreensão mais ampla da complexidade dos fenômenos, o que requer colocar em diálogo as diversas formas de saber e os vários níveis da realidade. Esse enfoque traz importantes contribuições para a prática clínica já que, filosoficamente, todo membro da equipe é considerado um parceiro de igual para igual e suas habilidades profissionais, qualidades pessoais únicas, valores, tradições culturais, emoções, conhecimento, treino especial e experiências de vida são considerados atributos valiosos para o funcionamento do grupo, incluindo o doente. Nas palavras do autor:

O modelo transdisciplinar desafia a tradição do poder instituído, chamando para uma nova forma de pensar sobre quem pode ser membro da equipe e quem pode ser o melhor líder em dado contexto ou num estágio específico da prestação do serviço. Esse modelo também desafia todas as áreas a expandirem o seu pensar sobre os doentes como um todo, vivendo em múltiplas comunidades. A tomada de decisão é o aspecto culminante de uma orientação transdisciplinar para o trabalho em equipe. Não se trata do que cada área acredita ser adequado para o caso, mas sim daquilo que o próprio caso irá demonstrar como urgente e necessário para cada área de conhecimento envolvida (LOPES, 2009, p. 65).

A partir do paradigma da desinstitucionalização, o campo da saúde mental pode ser entendido como um campo transdisciplinar e transparadigmático, capaz de confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre elas, tendendo a criar, inclusive, novos tipos de trabalhadores, com uma profissionalidade mais ampla. A saúde mental é atravessada por várias disciplinas e campos de saber: filosofia e epistemologia, psiquiatria, psicologia, psicanálise e psicologia analítica, sociologia, antropologia, saúde pública, ciências políticas e institucionais e Direito. Além disso, a saúde mental tem forte tradição de trabalho conjunto com o campo da arte e com o

campo do senso comum, da cultura popular e das tradições espirituais. Muitas práticas em serviços brasileiros de saúde mental que se inspiram na proposta da desinstitucionalização formulada pela Psiquiatria Democrática italiana implicam um sério questionamento e re colocação em novas bases dos princípios e da formação convencional aprendidos pelos profissionais nos cursos universitários tradicionais. Exigem uma cultura institucional nova nos serviços, capaz de oferecer um clima favorável para este processo de reelaboração de suas identidades profissionais originais, bem como uma democratização efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos em contrário (VASCONCELOS, 2007).

Supõe-se que submetendo o conceito de doença a um processo de desconstrução, transformam-se as relações entre as pessoas envolvidas, os serviços, os dispositivos, os espaços. A reconstrução do conceito e da prática clínica é um objetivo fundamental da Reforma Psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento e de responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético. Uma clínica que não seja uma estratégia de normatização e disciplinamento (AMARANTE, 2003 p.50-61).

Para Lancetti (2008), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em seu sentido original, surgiram para atender de portas abertas aquilo que o hospital psiquiátrico atendia de portas fechadas. No entanto, um dos grandes obstáculos enfrentados por este serviço é a centralização em si mesma e sua pouca abertura para o território. Daí a importância de considerar todas as ações de produção de saúde mental à luz do relacionamento com a Estratégia Saúde da Família (ESF), já que as equipes de saúde desenvolvem uma relação continuada de cuidado com a população. As equipes da ESF realizam atividades grupais e acolhimento, isto é, uma escuta do sofrimento das pessoas de sua área de atuação, práxis que articula inevitavelmente saúde e saúde mental.

3.2.5 Humanização

A cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) não deixa de observar as profundas desigualdades socioeconômicas que caracterizam o Brasil e que resultam em desafios ao setor saúde: ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e ampliação do processo de co-reponsabilização entre trabalhadores, gestores e

usuários nos processos de gerir e de cuidar. Persistem problemas como a precarização das relações de trabalho e a desvalorização dos trabalhadores de saúde atrelados ao baixo investimento num processo de educação permanente, à restrita participação na gestão dos serviços e ao frágil vínculo com os usuários. Muitos profissionais não estão preparados para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. A PNH da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe, então, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Pautada por valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Tal política se operacionaliza com: o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; a construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos; a construção e a troca de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; o mapeamento, a análise e o atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde assim como entre gestores, trabalhadores e usuários; e finalmente a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. Dentre as diretrizes da PNH encontram-se: clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos Direitos dos Usuários, fomento das grupidades, dos coletivos e das redes e construção da memória do SUS que dá certo.

Na proposta da clínica ampliada a terapêutica não se restringe somente a fármacos e à cirurgia, há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007). Ampliar a clínica implica: tomar a saúde como objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade do sujeito em seu contexto; ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; considerar, além do saber clínico e epidemiológico, os saberes veiculados pelos sujeitos para a construção do diagnóstico; definir a intervenção terapêutica considerando a realidade biopsicossocial das demandas de saúde (BRASIL, 2008).

O acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as

peessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal (o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população); reorganizar o processo de trabalho, afim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010) o acolhimento é uma proposta para a melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários que se concretiza no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com profissionais de saúde e se caracteriza pela escuta, processamento da demanda e busca de resolução. Essas formas de atenção à demanda espontânea propõem-se a servir de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado. A idéia é retirar do médico o papel de protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações além das biomédicas para os adoecimentos e demandas. Daí a necessidade de ampliar a oferta de serviços e de cuidados, sendo desejável a oferta e a invenção de rituais de encontro, espaços terapêuticos individuais e coletivos, o que por sua vez requer estímulo institucional e um processo de educação permanente e capacitação clínica para os profissionais. O acolhimento pode chegar a auxiliar a desmedicalização quando além da habilidade clínica houver trabalho conjunto em equipe, construção de projetos terapêuticos e avaliações de riscos/vulnerabilidades individuais e coletivas, além da consideração de elementos da vida familiar e social para uma abordagem ampliada dos problemas.

3.3 A Psicologia Social e a Teoria das Representações Sociais

A psicologia social e a psicologia geral concentram-se no indivíduo, no entanto a primeira tem um caráter social e a segunda uma abordagem individual. A psicologia geral concede atenção particular ao funcionamento interno privado do ser humano, liberto de todas as influências do ambiente social. A psicologia social interessa-se pela maneira como as pessoas se conhecem, ou se influenciam umas às outras, ou ainda à forma como o ambiente social ou determinadas situações sociais influenciam o funcionamento individual (CERCLÉ; SOMAT, 2001).

O termo *Representações Sociais* faz referência a um conjunto de fenômenos que ocorrem naturalmente entre os grupos e também à teoria construída para explicá-los, e sua

proposição desencadeia um processo de renovação temática, teórica e metodológica da psicologia social. A atribuição desse termo e a inauguração do campo devem-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici, que faz um primeiro delineamento formal a partir do trabalho *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961. Nessa obra é investigado o fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense e do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais (SÁ, 1993).

Moscovici escolhe Durkheim como ancestral para a sua teoria das representações sociais, contribuindo para assegurar que essa tradição francesa de pesquisa em psicologia social, iniciada no começo da era moderna, fosse classificada como uma forma sociológica de psicologia social. Ela se constitui numa importante crítica sobre a natureza individual da tradição psicológica dominante na psicologia social nos Estados Unidos, desafiando a hegemonia da psicologia social americana dentro da Europa (FARR, 1998).

A vertente psicossociológica renovadora da psicologia social, de origem européia, critica a tradição norte-americana dominante por sua incapacidade de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana em um nível propriamente social ou coletivo. Para a psicologia social mais socialmente orientada, é importante considerar os comportamentos individuais, os fatos sociais (instituições e práticas, por exemplo) em sua concretude e singularidade histórica e os conteúdos dos fenômenos psicossociais. Os contextos sociais influenciam comportamentos, estados e processos individuais, mas estes também participam na construção das próprias realidades sociais (SÁ, 1993).

Em 1898 Durkheim publica um artigo sobre as representações coletivas e individuais, retomando e sistematizando idéias formuladas no *Suicídio* e nas *Regras do Método Sociológico*. Nesses textos, uma das preocupações centrais do autor consiste em justificar a especificidade e a autonomia dos fenômenos sociológicos. Para Durkheim a vida social é essencialmente formada de representações coletivas que, apesar de comparáveis às individuais, são radicalmente distintas e exteriores a elas. As representações coletivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem à coesão social e constituem fenômenos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum (VALA, 2006).

Moscovici parte do conceito de representação coletiva proposto por Durkheim, entendendo que tal conceito precisa ser circunscrito com maior rigor. Encarada de modo passivo, a representação é apreendida a título de reflexo, na consciência individual ou coletiva, de um objeto, de um feixe de idéias que lhe são exteriores. Nesse sentido a

representação é comparada a uma imagem. Mas deve-se pensá-la de um modo ativo, pois seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam com objetos, atos e situações constituídos por miríades de interações sociais. Ela reproduz, é certo, mas essa reprodução implica um remanejamento das estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras de que ele se torna doravante solidário. Aliás, o dado externo jamais é algo acabado e unívoco; ele deixa muita liberdade de jogo à atividade mental que se empenha em apreendê-lo. À concepção estática das representações coletivas de Durkheim Moscovici propõe a de representações sociais, concebendo-as como conjuntos dinâmicos, produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente (MOSCOVICI, 1978).

Além disso, não é possível articular uma tão vasta classe de conhecimento e crenças (ciência, religião, mitos, categoria de tempo e espaço, etc.), como propõe Durkheim, devido à heterogeneidade e à impossibilidade de definir tais formas através de poucas características. Moscovici propõe então o conceito de representação social, entendendo que o estudo desse fenômeno é essencial para que se compreenda a cognição social, pois diz respeito a uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento, uma forma que cria realidades e senso comum. Indivíduos e grupos não são receptores passivos, eles pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações, conformando uma “sociedade pensante” (MOSCOVICI, 1981).

A *sociedade pensante* de Moscovici difere tanto de uma concepção estritamente sociológica – na qual os indivíduos e grupos apenas refletem uma ideologia dominante produzida e imposta pelas instituições - quanto de uma concepção marcadamente psicológica – onde a mente humana processa informações e idéias recebidas de fora e transforma-as em julgamentos e opiniões. Como se vê, Moscovici busca na sociologia de Durkheim as bases conceituais para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana, mas isso não é suficiente para seus propósitos de renovação da psicologia social, o que requer situá-la em um território limítrofe entre a psicologia e as ciências sociais, onde se desenvolvem fenômenos cuja dupla natureza – psicológica e social – tem sido reiteradamente admitida (SÁ, 1993).

3.3.1 Principais abordagens do conceito de representação social

O estudo da atividade representativa tem sido apreendido através de diferentes níveis de análise e perspectivas. No caso do estudo das representações sociais, o nível de análise que se

salienta é aquele que reenvia o sujeito para as suas pertencas sociais e para as atividades de comunicação, e a representação para a sua funcionalidade e eficácia sociais (VALA, 2006).

Na obra que inaugura esse campo, *A Representação Social da Psicanálise*, a representação social é definida como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 25-26). O autor descreve ainda:

Uma representação social é uma ‘preparação para a ação’ porque guia o comportamento e porque remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento teve lugar. Ela consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes (MOSCOVICI, 1978, p. 49).

As representações sociais podem ser entendidas como sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações que assenta em valores e em conceitos, um estilo de discurso que lhes é próprio. São “teorias”, “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real (MOSCOVICI, 1978).

As Representações Sociais referem um fenômeno comum a todas as sociedades - a produção de sentido. Elas são um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981).

Vala (2006), referenciando *La psychanalyse, son image et son public* (1961), esclarece que as representações podem ser qualificadas de sociais quando seguem três critérios: critério quantitativo - são partilhadas por um conjunto de indivíduos -, critério genético - são resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social -, e critério da funcionalidade - contribuem para os processos de formação e de orientação das comunicações e dos comportamentos.

A partir do estudo da representação social da psicanálise, Moscovici formula a hipótese de que nos diversos universos de opiniões, nas diversas classes, culturas ou grupos, as representações sociais apresentam três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A atitude é a mais freqüente dessas três dimensões, já que uma pessoa representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição, e em função

da posição tomada (MOSCOVICI, 1978). Essa abordagem clássica das representações sociais proposta por Moscovici é conhecida como *Dimensional*.

Na leitura de Sá (1993), os grupos ou segmentos socioculturais podem variar bastante quanto ao grau e consistência da *informação* que tenham sobre um dado assunto, quanto à estruturação visualizável, unidade e hierarquização desse conhecimento em um *campo de representação*, quanto à *atitude* ou orientação global - favorável/desfavorável, por exemplo - em relação ao objeto da representação. Por isso Moscovici considera que coexistem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados. Nesses últimos, bastante circunscritos, são produzidas e circulam as ciências e o pensamento erudito, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Já nos universos consensuais são produzidas as atividades intelectuais da interação social cotidiana que resultam nas representações sociais, as “teorias” do senso comum. Os universos reificado e consensual atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade, mas o pensamento social não goza de estabilidade:

Uma realidade social, como a entende a teoria das Representações Sociais, é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. Aí operam os processos pelos quais ele passa a ser familiar, perde a novidade, torna-se socialmente conhecido e real. O fato de que isso ocorra sob o peso da tradição, da memória, do passado, não significa que não se esteja criando e acrescentando novos elementos à realidade consensual, que não se esteja produzindo mudanças nos sistema de pensamento social, que não se esteja dando prosseguimento á construção do mundo de idéias e imagens em que vivemos (SÁ, 1993, p.37).

A proposta de representação social de Moscovici enfatiza a visão de sujeito ativo e criativo na sociedade, em contraposição à passividade a que foi reduzido o homem na teoria cognitivista, apontando a função simbólica e de poder de construção do real do aparelho cognitivo (SAWAIA, 1993).

Faz-se necessário resgatar a obra inicial de Moscovici (1978) e o que o autor caracteriza como representação *social*. Nesse sentido, é possível definir os contornos de um grupo em função da visão que ele tem de determinado objeto, já que sua representação traduz a relação com tal objeto, diferencia um grupo do outro, quer pela orientação, pela presença ou pela ausência de tal representação. Por causa dessa reciprocidade entre uma coletividade e sua

teoria, “a teoria é um de seus atributos fundamentais” (p. 75). Assim se concretiza um dos modos que conferem às representações seu caráter coletivo. Elas são produzidas coletivamente, mas para qualificá-las de social não basta definir o agente que a produz. É preferível enfatizar sua *função*, já que contribui para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, engendra a interação. Pode-se dizer que, de algum modo, “a comunicação modela a própria estrutura das representações” (p. 78). Através da conversação, cada um sensibiliza-se para o que lhe é estranho e apropria-se dos elementos que lhe convêm. Assim as combinações intelectuais são naturalmente selecionadas, antes de se cristalizarem em símbolos ou em ferramentas sociais.

Segundo a abordagem *Dimensional*, uma representação social é elaborada de acordo com dois processos fundamentais: a ancoragem e a objetivação. Ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado. Objetivar é transformar noções, idéias e imagens, ou seja, abstrações, em coisas concretas e materiais que constituem a realidade (LEME, 1993).

A ancoragem refere-se a processos através dos quais o não-familiar se torna familiar e a processos através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais. Numa analogia cronológica, a ancoragem precede a objetivação e se situa na seqüência da objetivação. Enquanto processo que precede a objetivação, a ancoragem refere-se ao fato de que qualquer construção ou tratamento da informação exigem pontos de referência: quando um sujeito pensa em um objeto seu universo mental tem como referência experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos. Numa segunda acepção, e enquanto processo que segue a objetivação, o conceito de ancoragem se refere à função social das representações, à sua eficácia social. As representações sociais oferecem uma rede de significados que permitem a ancoragem da ação e a atribuição de sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos, fatos sociais. Uma representação social é um código de interpretação no qual ancora o não familiar, o desconhecido, o imprevisto. Nesta segunda modalidade, a ancoragem leva à produção de transformações nas representações já constituídas. As representações sociais são, assim, o quadro no interior do qual adquirem sentido os sistemas de categorização (VALA, 2006).

Assim como no processo de ancoragem torna-se inevitável *classificar* e *denominar*, só assim as coisas deixam de ser estranhas ou ameaçadoras, no processo de objetivação as duas operações essenciais requerem *naturalizar* e *classificar*, como descreve Moscovici:

A maioria dos estímulos que provocam nossa resposta é resultado de um duplo esforço de nossa parte. O primeiro é um salto imaginário que transporta os elementos objetivos para o meio cognitivo e prepara para eles uma mudança fundamental de *status* e função. *Naturalizados*, os conceitos reproduzem a fisionomia de uma realidade quase física. O mesmo ocorre com o aspecto social de sua extensão. O segundo esforço é o de *classificação*, que coloca e organiza as partes do meio ambiente e, mediante seus cortes, introduz uma ordem que se adapta à ordem preexistente, atenuando assim o choque de toda e qualquer nova concepção. Quer seja adaptada aos seres, aos gestos ou aos fenômenos, a classificação responde a uma necessidade fisiológica. Trata-se de cortar o fluxo incessante de estimulações para se conseguir chegar a uma orientação e uma decisão sobre quais os elementos que nos são sensorial ou intelectualmente acessíveis. É imposta uma grade que permite denominar os diferentes aspectos do real e, por seu intermédio, defini-lo. Se aparece uma grade diferente, suas novas denominações são associadas às entidades existentes, que elas ajudam a redefinir (MOSCOVICI, 1978, p. 113).

Os processos de ancoragem e objetivação servem para familiarizar as pessoas com o desconhecido; o primeiro o transfere para esquemas de referência, onde é possível compará-lo e interpretá-lo; o último o reproduz entre o que as pessoas pensam que seja visível e tangível, assim trazendo-o sob o controle (MOSCOVICI, 1981).

Para finalizar os principais tópicos da abordagem Dimensional, é necessário discorrer ainda sobre o que Moscovici considera a respeito da função das representações sociais. Pois bem, para ele cada representação tende a tornar uma coisa desconhecida, ou não familiar, em algo familiar. A confiança no familiar como o ponto de referência preferido é um fenômeno universal, serve como um padrão de comparação para tudo o que ocorre e é observado, permite ter um critério para julgar o desconhecido, anormal, etc. Nessa dinâmica da familiarização, objetos, indivíduos e eventos são reconhecidos e compreendidos com base em encontros anteriores ou modelos. Como resultado, a memória tende a predominar sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e a imagem sobre a “realidade” (MOSCOVICI, 1981).

Para Jodelet, principal colaboradora do trabalho de Moscovici, as representações sociais alimentam-se das teorias científicas, dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas. A autora apresenta uma definição sintética de representação social, sobre a qual parece existir um amplo acordo dentro da comunidade de seus estudiosos: “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um

objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Além da abordagem Dimensional, desdobramentos dos estudos de Moscovici resultam no desenvolvimento da abordagem *Dinâmica* e da abordagem *Estrutural*. O objetivo desse tópico não é detalhar essas outras abordagens, apenas situá-las nesse campo teórico já que seus enfoques são muitas vezes atrelados ao da abordagem Dimensional e permitem melhor delimitar o fenômeno da representação social.

A abordagem Dinâmica é desenvolvida por Doise e propõe que se estudem as lógicas individuais, sociológicas e psicossociológicas que regulam o processo de ancoragem, bem como os efeitos dos contextos de comunicação sobre os significados nucleares atribuídos a esse objeto. Estudar as representações a partir da sua ancoragem em sistemas de comunicação poderá ajudar a identificar seu caráter hegemônico, consensual ou polêmico e permitirá associar a construção das representações a processos de comunicação diferenciados, a diferentes sistemas de regulação social e a diferentes tipos de relações intra e intergrupais (VALA, 2006).

A abordagem Estrutural é desenvolvida por Flament e Abric, quem sistematizam a Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais. Nesse enfoque, as representações sociais incluem dois sistemas de significados, o sistema central – que define a homogeneidade do grupo e está ligado à sua história coletiva - e o sistema periférico – cuja função é a adaptação contextual da representação e a proteção do núcleo central. As práticas sociais são geralmente coerentes com as representações sociais. Quando se registra uma contradição entre a representação e as práticas, estas dão origem a novos elementos periféricos, continuando protegido o núcleo central da representação. Mas quando práticas contraditórias ocorrem em situações irreversíveis, pode verificar-se uma transformação do núcleo central da representação (VALA, 2006).

De acordo com Nascimento-Schulze e Camargo (2000), duas orientações se destacam para caracterizar os estudos em representações sociais: uma voltada para as questões culturais e históricas, que busca compreender os processos que geram e mantêm as representações vivas nas interações entre os indivíduos e grupos sociais, e outra mais voltada para questões estruturais das representações sociais, compartilhadas em nível cognitivo e lingüístico. A primeira recorre a metodologias que permitam uma descrição de como tais processos se iniciam e operam num contexto específico, a segunda se utiliza frequentemente do método experimental. Deve-se, ainda, considerar o nível de complexidade dos fenômenos a serem

investigados, dar atenção ao contexto do estudo e à diversidade de olhares e vozes que caracterizam os grupos sociais relevantes para o estudo de determinadas representações.

É no marco da abordagem Dimensional que se situa esse estudo. Ao voltar o olhar para as teorias do senso comum, essa pesquisa pretende identificar diferentes visões e interpretações dos profissionais de saúde sobre a Terapia Comunitária. Busca-se entender o papel dessas representações na instituição de uma realidade consensual e sua função sócio-cognitiva de integração dessa novidade e de orientação das comunicações e das condutas desses profissionais.

3.3.2 Práticas sociais e representações sociais

O domínio das práticas sociais é pouco privilegiado em psicologia social. No campo das representações sociais o tratamento mais sistemático da questão é proporcionado pela abordagem do núcleo central (SÁ, 1996).

Abric (1994) propõe discutir as relações entre práticas e representações sociais nos seguintes termos: “São as práticas sociais que determinam as representações ou o inverso? Ou as duas são indissociavelmente ligadas e interdependentes? (p. 217) Entretanto, o autor acaba privilegiando em sua análise a determinação das práticas pelas representações sociais, provavelmente porque as demonstrações empíricas disponíveis no campo das representações sociais se encaminham predominantemente nesta direção. Mas Abric reconhece que não é possível excluir pura e simplesmente o papel das práticas nas representações, já que as condições de produção das representações são provavelmente grandemente tributárias das práticas sociais que o grupo desenvolveu ou às quais foi confrontado. Por isso a maioria dos pesquisadores está de acordo com que as representações e as práticas se engendram mutuamente.

O estudo da relação entre as práticas desenvolvidas por determinado grupo social e seus pensamentos coletivos constitui ainda um grande desafio, envolvendo dados de natureza cognitiva e dados de natureza comportamental. A noção de prática tem como referência básica a ação, o agir dos grupos, e a ação comporta dois componentes: o vivido e o cognitivo, daí ser possível estudar a ação também por meio de instrumentos de natureza cognitiva (CAMPOS, 2003).

A noção de representação social implica sua relação com processos de dinâmica social e psíquica e com a elaboração de um sistema teórico também complexo em que por um lado deve-se considerar o funcionamento do aparelho cognitivo e do aparelho psíquico e, por

outro, o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, na medida em que afetam a gênese, a estrutura e a evolução das representações que são afetadas por sua intervenção. Por isso as representações sociais devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir. As representações sociais são qualificadas como um saber prático porque remetem à experiência a partir da qual esse saber é produzido, aos contextos e condições em que é produzido, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que desemboca em sua função e eficácia sociais (JODELET, 2001).

O significado de determinado objeto para um indivíduo ou grupo possui uma estrutura complexa, multifacetada, repleta de sentidos interligados com todo o contexto de vida dos sujeitos em questão. O que identifica uma representação não é apenas o fato de o grupo se posicionar quanto a algum objeto. As representações são construídas a partir das articulações e combinações de diferentes questões, objetos e idéias que são formuladas segundo uma lógica própria, dentro de uma estrutura globalizante de implicações, para a qual são fundamentais informações e julgamentos do grupo, seu modelo de comportamento e as experiências pessoais e grupais (GOMES; OLIVEIRA; MARQUES, 2004).

De acordo com Sá (1998), a construção do objeto de pesquisa em representações sociais implica na decisão do quanto o “contexto sócio-cultural” e de que natureza – práticas específicas, redes de interação, instituições implicadas, comunicação de massa acessível, etc. – será considerado para esclarecer a formação e a manutenção da representação. Daí a importância de relacionar o conteúdo cognitivo de uma representação às condições sócio-culturais que favorecem sua emergência, já que a representação social tem como suporte o discurso ou o comportamento dos sujeitos, documentos, práticas, etc. Para a definição do par sujeito-objeto de uma pesquisa, é preciso ter em mente que a representação que os liga é um saber efetivamente praticado, que não deve ser apenas suposto, mas detectado em comportamentos e comunicações que de fato ocorram sistematicamente. A representação deve emergir da prática do grupo pesquisado. Embora não configure domínio substantivo de pesquisa, as práticas sócio-culturais mantêm relações significativas com o estudo das representações sociais. De fato, todas as correntes no campo das representações afirmam a importância de se levar em conta as práticas de uma dada população ou conjunto social quando da pesquisa de suas representações.

Oliveira (2004) estuda as representações sociais de profissionais de saúde sobre o

desenvolvimento infantil e busca aproximar tais representações às práticas desenvolvidas pelos depoentes. A autora afirma que nas relações existentes entre as práticas profissionais e as representações participam pelo menos três elementos: o ponto de vista do profissional sobre o objeto de sua prática (suas representações), o contexto institucional onde essa prática se desenvolve e as demandas trazidas pela população atendida, constituídas a partir de suas representações sobre a saúde a doença.

Rouquette (1998) afirma que tanto as práticas exercem influência sobre as representações como as representações exercem influência sobre as práticas, já que o que pensamos depende daquilo que fazemos e aquilo que fazemos em um dado momento depende daquilo que pensamos então, ou daquilo que pensamos anteriormente. Para o autor práticas e representações sociais estão em correlação e não em dependência causal, uma em relação à outra, restando determinar seus fatores comuns. Mudanças das práticas ou representações se referem à história, o que requer uma colocação dos fenômenos em perspectiva. A influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição (uma vez que se trata das representações no desenvolvimento da conduta) quanto como determinação (uma vez que se trata da ação das práticas sobre as modalidades de conhecimento). Decompondo a noção de prática, é proposto um esquema de quatro aspectos a serem colocados à prova ao modo de variáveis independentes contextualizadas passíveis de serem integrados por um modelo psicossocial: a passagem ao ato, a frequência, o *modus operandi* (forma específica de fazer) e o cálculo (avaliação das conseqüências da ação com a justificação da mesma).

As representações são construídas socialmente através de discursos públicos nos grupos. Em segundo sentido, entretanto, esse conhecimento é criado pelo grupo. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes; a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Por isso a representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo. É ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado, assim como uma teoria sobre a construção do mundo (WAGNER, 1998).

Esse breve resgate teórico aponta a importância da abordagem do contexto sócio-cultural e das práticas sociais nos estudos de representações sociais, o que auxilia a entender a função das representações em determinados contextos em que se perpetuam ou se transformam. É visando tal entendimento que o presente trabalho descreve a prática da

Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense, buscando subsídios para entender as relações engendradas entre esse contexto sócio-cultural específico e as representações sociais sobre a Terapia Comunitária.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento da pesquisa

A metodologia deste estudo assumiu uma perspectiva intermediária entre a abordagem quantitativa e a abordagem qualitativa, caracterizando-se como *quanti-quali*.

O estudo caracterizou-se como exploratório e descritivo, pois descreveu a prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense e o fenômeno da representação social da Terapia Comunitária, analisando aproximações e distanciamentos entre essa realidade e esse fenômeno.

4.2 Participantes

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (2006c) preconiza que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios implantem e implementem ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. Através do convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para implantar a Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS, a partir de 2008 são capacitados profissionais de vários estados brasileiros.

Em 2009 a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina propôs um projeto intitulado *Ação Educativa: curso de formação em Terapia Comunitária*.² Aprovado pelo Ministério da Saúde, o curso de 360h/a foi coordenado pelo Movimento Integrado de Saúde do Rio Grande do Sul e certificado pela Universidade Federal do Ceará. Foram disponibilizadas 35 vagas para todos os municípios parceiros e os encontros aconteceram em Balneário Camboriú, de julho de 2009 a janeiro de 2010, em sete módulos mensais.

A clientela alvo desse curso foram os trabalhadores da área de saúde, vinculados às Secretarias de Saúde, no âmbito dos serviços e da gestão, bem como outros trabalhadores que estivessem realizando ou desejassem realizar um trabalho de saúde comunitária junto a ESF. A região do Vale do Itajaí foi priorizada devido aos desastres ambientais ocasionados por chuvas e enchentes no final do ano de 2008. O Ministério da Saúde responsabilizou-se pela seleção dos profissionais.

² Projeto disponibilizado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Participaram desse estudo vinte e sete profissionais de saúde que haviam realizado essa capacitação e que atuavam em serviços vinculados às Secretarias de Saúde dos municípios parceiros.

4.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (processo 1002 FR: 369589), respeitando os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes entrevistados tiveram à sua disposição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), informando os objetivos do estudo e o compromisso da pesquisadora em preservar sigilo sobre os sujeitos participantes do estudo.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais semi-dirigidas com os profissionais de saúde selecionados para este estudo. A pesquisadora se deslocou até o local de trabalho dos profissionais com horário pré-agendado para realizar as entrevistas, que foram registradas em um gravador digital e transcritas.

Segundo Gaskel (2008), o emprego da entrevista qualitativa para mapear e compreender o mundo vivencial dos respondentes dá subsídio para que o pesquisador introduza esquemas interpretativos sobre as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos. Esse instrumento fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, permite uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações das pessoas em contextos específicos.

Além de ser indicado para compreender o mundo vivencial dos entrevistados e de grupos específicos, esse instrumento gera material textual suficiente para análise no programa ALCESTE³ (CAMARGO, 2005b).

Estruturalmente a entrevista foi dividida em duas partes (Anexo A). A parte 01 destinou-se à identificação dos participantes (variáveis clássicas e ocupacionais) e à exploração da prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense (questões 1 a 4). A parte 02 destinou-se a investigar a representação social dos sujeitos acerca de diferentes aspectos da Terapia Comunitária: como os sujeitos a conceituam, como entendem sua inserção no SUS e o que é ser terapeuta comunitário (questões 1 a 3).

4.4 Técnicas e instrumentos de tratamento e análise de dados

³ Para a utilização do programa ALCESTE, buscou-se apoio do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (Laccos) do Departamento de Psicologia da UFSC.

Justifica-se a utilização das variáveis clássicas a partir do entendimento de que não sendo estas construídas em função de uma teoria, podem funcionar como indicadores de situações sociais diversas. As relações surgidas a partir dessas variáveis permitem a elaboração de interpretações e o levantamento de hipóteses sobre aspectos pertinentes do objeto de estudo (GHIGLIONE; MATALON, 1997). As variáveis ocupacionais, por sua vez, permitem caracterizar a prática profissional dos sujeitos e dão subsídios para discutir a relação entre práticas e representações sociais, uma vez que a prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva está inevitavelmente atrelada à prática dos profissionais de saúde nos diferentes serviços onde atuam. A variável ocupacional “categoria profissional” não foi utilizada a fim de respeitar o compromisso da pesquisadora em preservar sigilo sobre os sujeitos participantes do estudo.

As questões 1 a 4 da parte 01 do roteiro, pelo fato de suscitarem um discurso direto (significações manifestas) e simples, permitiram uma análise por categorias, desmembrando o texto em unidades temáticas. Tomando como referência o trabalho de Bardin (1977), a análise de conteúdo temática categorial seguiu três etapas: Pré-análise (leitura flutuante, constituição do *corpus*, classificação de temas, categorização e codificação); Exploração do material textual; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A sistematização dos resultados decorrentes da análise de conteúdo (Apêndice A) foi pautada por procedimentos propostos por Oliveira (2008).

As questões presentes na parte 02 do roteiro constituíram três *corpora* analisados pelo *software* ALCESTE: sobre a Terapia Comunitária, sobre a inserção da Terapia Comunitária no SUS e sobre o terapeuta comunitário.

O ALCESTE é um método para exploração e descrição de questões abertas. Seu pressuposto é que pontos diferentes de referência produzem diferentes maneiras de falar; o uso de um vocabulário específico é visto como uma fonte para detectar maneiras de pensar sobre um objeto. O objetivo de uma análise com ALCESTE é, então, distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito do tópico de interesse (KRONBERGER; WAGNER, 2008).

O programa ALCESTE emprega uma análise de classificação hierárquica descendente, permitindo uma análise lexicográfica do texto e oferecendo contextos (classes) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos compartilhados. O programa se baseia em um único arquivo, que deve ser preparado segundo certas regras e onde devem ser indicadas as unidades de contextos iniciais (UCIs). Quando a análise diz respeito às

respostas de “n” participantes a uma questão aberta, como na parte 02 do roteiro de entrevista desse estudo, cada resposta será uma UCI. O conjunto de UCIs de cada questão constitui um *corpus* de análise, que é um conjunto textual monotemático. Depois da definição das UCIs feita pelo pesquisador, o programa divide e dimensiona o *corpus* em segmentos de texto, em função do seu tamanho e respeitando a pontuação, que são as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) (CAMARGO, 2005b).

Para análise do *corpus* o Programa ALCESTE utiliza as seguintes etapas:

Etapa A – Leitura do texto e cálculo dos dicionários (preparação do *corpus*, reconhecimento das UCIs, segmentação do texto, agrupamento das palavras de acordo com suas raízes e cálculo de frequência);

Etapa B – Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs (etapa de cálculo através do teste *qui-quadrado* das UCEs com vocabulários semelhantes e diferentes entre as classes, de acordo com a classificação hierárquica descendente - CHD);

Etapa C – Descrição das classes de UCEs (apresentação do dendograma da CHD que ilustra relações entre as classes e análise fatorial de correspondência a partir da CHD);

Etapa D – Cálculos complementares (cálculo e fornecimento das UCEs mais características de cada classe, fornecimento das Classificações Hierárquicas Ascendentes-CHAs permitindo o estudo das relações intraclasses).

As classes de palavras e UCEs geradas pelo ALCESTE podem indicar representações sociais ou campos de imagem sobre um dado objeto, ou somente aspectos de uma mesma representação social. O que vai defini-las é seu conteúdo e sua relação com fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa (CAMARGO, 2005b).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 27 profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina que realizaram a formação em Terapia Comunitária oferecida em 2009 pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em parceria com o Ministério da Saúde.

Dezessete (62,97%) profissionais são da região do Vale do Itajaí, das cidades de Apiúna, Blumenau, Gaspar, Indaial, Itajaí, Rodeio e Timbó. Dez (37,03%) profissionais são da região do Litoral, das cidades de Florianópolis e Palhoça.



Figura 1: Regiões de Santa Catarina.

Dentre os participantes, 20 (74,07%) são do sexo feminino e 7 (25,93%) do sexo masculino, encontrando-se a maioria na faixa etária entre 30 e 39 anos (12 - 44,44%), seguidos por participantes com faixa etária entre 20 e 29 anos (7 - 25,93%), entre 40 e 49 anos (5 - 18,52%), sendo somente 3 (11,11%) participantes pertencentes à faixa etária compreendida entre 50 e 59 anos.

Em relação à renda familiar, 15 (55,56%) profissionais enquadram-se na categoria que compreende entre 5 e 10 salários mínimos, 6 (22,22%) têm renda familiar até 5 salários mínimos e os 6 (22,22%) restantes têm renda familiar superior a 10 salários mínimos.

No que tange à escolaridade, a maioria dos sujeitos tem especialização *latu sensu* (17 - 62,96%), seguidos por profissionais com curso superior completo (9 - 33,33%) e por 1 (3,71%) profissional com curso técnico.

Em relação aos cargos ocupados, a maioria atua em equipes técnicas (21 - 77,78%) e o restante na gestão (4 - 14, 81%) e em coordenações de serviços (2 - 7,41%). A maioria dos profissionais tem experiência no cargo entre 1 e 5 anos (15 - 55,56%), seguidos por profissionais com experiência entre 6 e 10 anos (6 - 22,22%), com experiência menor que 1 ano (4 - 14,81%) e superior a 10 anos (2 - 7,41%).

Dentre os serviços a que esses profissionais estão vinculados, encontram-se serviços da Atenção Primária, onde atuam 10 (37,04%) sujeitos, serviços da Atenção Secundária, basicamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde atuam 13 (48,15%) entrevistados, e instituições de gestão dos serviços de saúde, onde atuam 4 (14,81%) profissionais.

As figuras a seguir permitem visualizar a caracterização dos sujeitos deste estudo:

| Sexo | Faixa Etária | Escolaridade | Renda Familiar |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Feminino 20 (74,07%) Masculino 7 (25,93%) | <ul style="list-style-type: none"> 20-29 anos 7 (25,93%) 30-39 anos 12 (44,44%) 40-49 anos 5 (18,52%) 50-59 anos 3 (11,11%) | <ul style="list-style-type: none"> Curso Técnico 1 (3,71%) Curso Superior 9 (33,33%) Especialização 17 (62,96%) | <ul style="list-style-type: none"> Menos de 5 salários 6 (22,22%) Entre 5 e 10 salários 15 (55,56%) Mais de 10 salários 6 (22,22%) |

Figura 2: Variáveis

| Nível de Complexidade do Serviço | Cargo | Tempo de experiência no cargo |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Atenção Primária 10 (37,04%) Atenção Secundária 13 (48,15%) Gestão 4 (14,81%) | <ul style="list-style-type: none"> Integrante de equipe técnica 21 (77,78%) Coordenador de serviço 2 (7,41%) Gestor 4 (14,81%) | <ul style="list-style-type: none"> Menos de 1 ano 4 (14,81%) Entre 1 e 5 anos 15 (55,56%) Entre 6 e 10 anos 6 (22,22%) Mais de 10 anos 2 (7,41%) |

Figura 3: Variáveis ocupacionais.

5.2 Prática da Terapia Comunitária na Saúde Coletiva

A seguir são descritas as categorias obtidas a partir da Análise de Conteúdo temática categorial (BARDIN, 1977) das respostas às questões da parte 01 do roteiro, referente à prática da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense. Foram obtidos 29 temas (ou unidades de significação), compostos de 310 unidades de registro que se agruparam em cinco categorias: Práticas de Terapia Comunitária, Estratégias de Implantação, Dificuldades, Elementos Facilitadores e Benefícios. O processo de construção das categorias está esquematizado no Apêndice A e é inspirado na operacionalização proposta por OLIVEIRA (2008).

A categoria *Práticas de Terapia Comunitária* é composta por 48 unidades de registro e expressa as diversas formas como os profissionais utilizam a Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva.

A categoria *Estratégias de Implantação* é composta por 16 unidades de registro e apresenta os recursos utilizados pelos profissionais de saúde para inserir a Terapia Comunitária em seu cotidiano de trabalho.

Na categoria *Dificuldades*, com 80 unidades de registro, constam diversos fatores que dificultaram a inserção da Terapia Comunitária na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

A categoria *Elementos Facilitadores* é composta por apenas 11 unidades de registro, expressando os fatores que facilitam a inserção da Terapia Comunitária na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

Finalmente a categoria *Benefícios*, com 155 unidades de registro, apresenta os benefícios proporcionados pela Terapia Comunitária na visão dos profissionais capacitados.

A seguir serão detalhados os conteúdos de cada categoria, bem como alguns aspectos relevantes emergentes no processo de categorização do conteúdo relacionado às questões da parte 01 do roteiro de entrevista.

5.2.1 Práticas de Terapia Comunitária

Essa categoria contém 48 (15,48%) unidades de registro agrupadas em 5 temas que expressam os diferentes usos que os profissionais deram e dão à Terapia Comunitária a partir de sua realidade concreta de trabalho, englobando, portanto, práticas decorridas (27 grupos) e práticas perpetuadas até o momento da coleta de dados (20 grupos).

A Terapia Comunitária é predominantemente aplicada no contexto da Atenção Básica, sendo também utilizada nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), quer em grupos específicos de Terapia Comunitária quer aplicando seu formato metodológico a outros grupos temáticos oferecidos nos serviços.

Outro uso que os profissionais relatam fazer dessa metodologia é aplicar algum de seus preceitos a outras práticas por eles desenvolvidas. Nesse caso a Terapia Comunitária não é realizada tal como proposto pela formação, com todas as suas etapas e regras, mas alguns aprendizados que os profissionais consideram relevantes passam a ser norteadores de outras práticas por eles desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva, como o preceito da horizontalidade referido na passagem a seguir:

Na verdade, a seqüência eu não utilizo, mas tiro bastante coisas da Terapia Comunitária para passar para eles (usuários). Tudo o que eu aprendi no grupo, da simplicidade, de tu estar junto com eles, de tu não achar que tu é profissional e que tu está acima, então eu procuro sempre olhar por esse lado. Eu já vinha tentando fazer isso, mas a Terapia Comunitária me ensinou a como mostrar para eles esse lado, que para mim é muito importante, mais importante do que qualquer outra teoria (Sujeito 01).

Os profissionais de saúde utilizam a Terapia Comunitária também nas comunidades, desvinculando esses grupos da estrutura física dos serviços de saúde. Esse uso está mais atrelado à proposta de Adalberto Barreto, de valorização do contexto comunitário, embora exija outro nível de articulação com o território e, tal como relatado pelos profissionais, demanda mais tempo uma vez que envolve o deslocamento dos serviços onde atuam. Dessa forma, embora considerado desejável pelos profissionais, na prática a Terapia Comunitária dificilmente pode ser desenvolvida fora das dependências dos serviços de saúde.

Tal resultado evidencia que os profissionais de saúde encontram obstáculos para fazer articulações com as comunidades e para que a Terapia Comunitária possa integrar aquilo que Gomes e Merhy (2011) consideram como ações de prevenção e promoção à saúde articuladas com outros modos de luta social.

Foi também relatada a realização de grupos de Terapia Comunitária com profissionais de saúde, como um espaço destinado ao cuidado dos cuidadores. O cuidado do cuidador é um dos módulos da capacitação em Terapia Comunitária, bastante valorizado pelos profissionais entrevistados, quem se sentiram, de certa forma, objeto de cuidado. É possível que a partir daí tenham se sensibilizado para a necessidade de cuidar dos demais profissionais da rede, promovendo uma valorização profissional.

5.2.2 Estratégias de Implantação

Essa categoria contém 16 (5,16%) unidades de registro agrupadas em 5 temas relativos aos procedimentos adotados pelos sujeitos com a finalidade de efetivar a prática da Terapia Comunitária em seu cotidiano de trabalho.

Dentre as estratégias utilizadas foram relatadas: *realização de grupos com profissionais dos serviços* -para que conhecessem a proposta e pudessem divulgar para os usuários ou até mesmo para que pudessem fazer encaminhamentos-, *auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde* (ACS's) -para divulgarem a Terapia Comunitária nas áreas de abrangência das

unidades de saúde-, *elaboração de um projeto para a gestão local* -para formalizar a nova proposta e obter autorização para aplicá-la-, *capacitação de ACS's para atuarem como co-terapeutas e divulgação através de panfletos e cartazes*.

As estratégias de implantação da Terapia Comunitária nos serviços do SUS restringiram-se ao setor saúde, pois como já relatado os sujeitos encontram dificuldades para fazer articulações com instituições comunitárias e movimentos sociais. Os profissionais que têm mais condições para realizar essa articulação, devido às práticas diárias de visitas domiciliares, são os ACS's, daí a importância de capacitar essa categoria para a condução de trabalhos grupais.

5.2.3 Dificuldades

Essa categoria contém 80 (25,81%) unidades de registro agrupadas em 7 temas que classificam as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde para inserir a Terapia Comunitária na rede SUS de Santa Catarina.

Um dos temas presentes nessa categoria é a *resistência dos usuários a trabalhos grupais*. Os profissionais reconhecem que há dificuldade para realizar qualquer trabalho grupal, característica atribuída à predominância de um modelo biomédico que se reflete na expectativa por atendimento individual. E num grupo que se propõe a acolher sofrimentos e dificuldades a expectativa por atendimento individual faz-se ainda mais notável já que os usuários têm receio de expor suas fragilidades e vulnerabilidades no contexto coletivo, diante de pessoas conhecidas. Além disso, a proposta da Terapia Comunitária é nova, ainda pouco difundida, e esse desconhecimento a nível social traz prejuízos para a adesão dos usuários.

A dificuldade de adesão de usuários e familiares aos encontros de Terapia Comunitária é também apontada por Filha e Carvalho (2010). Parece ainda não haver uma *cultura de grupo* entre os usuários, o que pode ser resultado da preponderância de modelos de educação em saúde caracterizados por relações grupais hierarquizadas e centrados na prevenção de doenças e na responsabilização individual, não considerando as causas sociais de saúde com a ênfase desejada (MENDES, 2009).

A *sobrecarga de trabalho* é outro fator apontado como dificuldade pelos profissionais. Em seu cotidiano existem outras demandas de trabalho significativas e a Terapia Comunitária precisa ser agregada a essas demandas, o que nem sempre é possível. Como existem poucos terapeutas comunitários capacitados, muitas vezes os sujeitos não conseguem auxílio para

planejar e executar as dinâmicas dos grupos, sobretudo quando são grupos desvinculados dos serviços de saúde, que ocorrem em instituições da comunidade.

Foram relatadas dificuldades *decorrentes do formato metodológico* da Terapia Comunitária, pois algumas padronizações em relação à sua condução não responderam às demandas de contextos grupais específicos. Em determinados contextos os usuários não conseguem seguir as regras do grupo, têm dificuldades com sua proposta mais lúdica ou têm dificuldades para entender o papel do profissional de saúde quando ocupa o lugar de terapeuta comunitário, conforme evidencia a seguinte passagem:

Por mais que o terapeuta e o co-terapeuta ficassem mais livres, como mediadores mesmo, que é o que a proposta traz, algumas pessoas colocaram que queriam ir para lá para ouvir mais, queriam saber mais da gente já que estavam acompanhadas de duas profissionais. Aquilo ficou tão marcado, porque a gente discutia tanto essa questão de sair do lugar, e a gente tentou tanto sair desse lugar para depois ouvir do usuário “eu estou aqui com duas profissionais e vocês não trazem nada a mais do que eu já sei? Eu não quero ouvir os meus vizinhos, eu queria saber mais sobre a depressão, sobre os transtornos de ansiedade”. Eles queriam o saber técnico e não o saber popular, por mais que a gente explicasse a proposta (Sujeito 10).

Os profissionais revelam sentimentos de frustração decorrentes da falta de co-responsabilização dos usuários pelos processos de saúde-doença, o que caracteriza uma postura de pouco envolvimento na busca de resoluções dos problemas. Nesse emaranhando de expectativas, os profissionais parecem acreditar que a co-responsabilização dos usuários é o elemento que irá efetivar os objetivos das práticas de saúde e, por outro lado, os usuários esperam dos profissionais soluções quase mágicas para seus problemas, estando o setor saúde praticamente desarticulado das demais esferas e instituições sociais. Aqui vale resgatar as premissas da promoção da saúde propostas por Buss (2003), cujo objetivo seria o enfrentamento dos macro determinantes do processo saúde-doença e a busca contínua de um nível ótimo de saúde, entendida como um estado dinâmico e socialmente produzido. Para tanto se faz necessário a intersetorialidade, o protagonismo de indivíduos não-técnicos e de movimentos sociais, ações combinadas de políticas públicas, modificações de estilos de vida e intervenção ambiental.

Também geraram dificuldades fatores classificados como *decorrentes da estrutura e do processo de trabalho* dos profissionais. A falta de espaços apropriados para trabalhos grupais nos serviços, contraditoriamente às demandas da saúde coletiva, constitui um fator que

dificulta e em alguns casos inviabiliza a realização da Terapia Comunitária. Outras situações decorrentes do processo de trabalho, tais como férias e mudança de serviço dos terapeutas comunitários interrompem provisória ou definitivamente os grupos, prejudicando a vinculação entre os usuários e destes com os profissionais que são referência naquele contexto grupal. Esse tema inclui ainda a resolução do Conselho Federal de Assistência Social (CFESS 569 de 25 de março de 2010) que dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

A *falta de apoio da gestão local* também dificulta a prática da Terapia Comunitária pelos profissionais de saúde. A difusão dessa prática alternativa de cuidado requer investimentos em novas capacitações e incentivos para que os profissionais capacitados possam fazer um trabalho que não se limite aos serviços onde atuam, envolvendo e integrando as comunidades de forma mais ampla. Finalmente, a *falta de apoio dos demais profissionais do serviço*, atribuída ao desconhecimento dessa tecnologia de cuidado e *problemas pessoais* são também apontados como obstáculos para a efetivação dessa nova proposta.

As dificuldades relatadas pelos sujeitos desse estudo corroboram a desvalorização das ações educativas no cotidiano dos serviços mencionada por Albuquerque e Stotz (2004). Tal desqualificação se manifesta através da marginalização do trabalho grupal, da falta de estímulo aos profissionais envolvidos, da ausência de infra-estrutura adequada, da falta de apoio das secretarias municipais e estaduais. As práticas de promoção através de ações educativas são, assim, delegadas ao interesse individual daqueles que persistem nessas práticas e que sozinhos dificilmente conseguem estimular a autonomia e a conscientização das comunidades.

5.2.4 Elementos Facilitadores

Essa categoria contém 11 (3,55%) unidades de registro agrupadas em 4 temas que expressam os fatores que auxiliaram a inserção da Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva.

Dentre os temas apresentados encontram-se: receptividade dos usuários e demais profissionais do serviço, vinculação prévia dos usuários ao serviço, presença de um profissional que auxilie a condução do grupo e apoio da gestão local.

5.2.5 Benefícios

Essa categoria contém 155 (50,00%) unidades de registro agrupadas em 10 temas relativos aos benefícios proporcionados pela Terapia Comunitária na percepção dos profissionais de saúde.

O benefício mais freqüente na análise das entrevistas é o *efeito terapêutico* dos grupos, proporcionado pela configuração de um espaço para a expressão da fala e dos sentimentos e para a troca de experiências com ênfase nas estratégias de enfrentamento relatadas. Os profissionais percebem que esse espaço coletivo proporciona qualidade de vida para seus integrantes.

De acordo com Guimarães e Valla (2009) essa metodologia favorece a troca de estratégias de enfrentamento dos problemas e fortalece as redes de apoio familiar e social. Além disso, a legitimação do conhecimento produzido a partir das experiências de vida possibilita o empoderamento de seus participantes.

A Terapia Comunitária também contribui para o *fomento das práticas grupais*, otimizando vínculos interpessoais entre os usuários e desses com os terapeutas comunitários, o que reflete positivamente nas dinâmicas e reforça a importância do trabalho com grupos para os demais profissionais dos serviços. Os profissionais capacitados a consideram uma metodologia de fácil aplicação, uma ferramenta de trabalho a mais que proporciona segurança para a condução de grupos e que pode ser ajustada de acordo com a experiência de quem está conduzindo e de acordo com as peculiaridades dos diversos grupos. As inovações que fazem parte desse novo formato grupal, com destaque para o apelo ao lúdico, são também percebidas como um incentivo à participação dos usuários, essencialmente porque a Terapia Comunitária é um grupo inclusivo que não restringe a participação de ninguém, como expressa um dos entrevistados: *“ah, não é só para gestante, não é só para hipertenso, [...] e sim ter essa riqueza de possibilidade foi muito legal.”* (Sujeito 04)

Tendo como um de seus eixos teóricos o pensamento de Paulo Freire e pautada pelo preceito de horizontalidade das relações grupais, a Terapia Comunitária pode contribuir para aquilo que Vasconcelos (2004) considera a redefinição da prática médica, através da valorização dos saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido à sua origem popular. Essa metodologia de trabalho com grupos possibilita aos profissionais problematizar vivências, compartilhar iniciativas de enfrentamento e buscar entendimento das raízes das questões sociais. A atuação diferenciada dos profissionais nos grupos de Terapia Comunitária se aproxima do enfoque transdisciplinar elucidado por Lopes (2009), em que além das habilidades profissionais são desejáveis qualidades pessoais, valores, tradições

culturais, emoções, conhecimentos, treino e experiência de vida como atributos valiosos para o funcionamento do grupo.

Outro benefício da Terapia Comunitária é a *atenção às demandas de saúde mental*, contemplando demandas psíquicas sem que lhes seja imposto um viés medicalizante. Esse espaço de escuta e de ajuda mútua é por si só resolutivo para algumas demandas, prevenindo que se cronifiquem, além de facilitar o encaminhamento dos casos que necessitam atenção especializada. Os profissionais relatam sentir mais segurança para abordar questões relativas à saúde mental e passam a conhecer melhor e a valorizar o contexto de vida dos usuários.

O estudo de Filha et al. (2009) aponta a aprendizagem de estratégias de promoção de saúde mental e de prevenção de transtornos como decorrente da participação em grupos de Terapia Comunitária. Para os autores tal prática tem facilitado o trabalho dos profissionais da equipe de Saúde da Família no sentido de melhorar seu relacionamento com a comunidade e entender suas necessidades. Também Soares (2008) afirma que a Terapia Comunitária confere aos profissionais compreensão e paciência para lidar com as demandas de saúde mental.

Consideravelmente freqüente é também o *fomento às redes sociais* que a Terapia Comunitária promove. A leitura que os profissionais fazem da realidade em que estão inseridos é que as pessoas estão muito solitárias, sem vínculos comunitários e muitas vezes sem vínculos familiares. O grupo de Terapia Comunitária é uma oportunidade para resgatar vínculos interpessoais e para se sentir mais integrado à comunidade, conforme aponta um dos sujeitos desse estudo:

[...] a globalização desmancha isso, o comunitário. Ela desmancha a convivência das pessoas e tudo. Até que Florianópolis é uma cidade pequena, mas se você for a Salvador, Fortaleza, São Paulo, aquilo que existiu durante muito tempo, que é o apoio mútuo, de um bairro, de uma comunidade, atualmente com a aceleração enorme vivida nos últimos 30, 40 anos, esses vínculos comunitários se explodem. Então a necessidade de alguma coisa que possa trazer novamente. E isso é bastante congruente com a Reforma, não? Porque se você tira lá do hospital você vai mandar para onde? Para a família, só? Porque às vezes a família é uma pessoa só, é uma mãe com 5 filhos. Quer dizer, todo o tema da territorialização, novamente, não? Porque a tendência atual, do capitalismo mais corporativista é desterritorializar total. A pessoa mora lá, trabalha não sei onde, mora num prédio e não conhece o vizinho. Isso foi muito bom para as pessoas nos grupos. Elas gostavam do grupo, bastante até (Sujeito 05).

O fortalecimento das redes de apoio familiar e social, a melhoria dos vínculos familiares e comunitários e das redes de apoio e solidariedade são resultados comuns a outros estudos já realizados sobre a Terapia Comunitária (GUIMARÃES; VALLA, 2009; GUIMARÃES, 2006; FILHA et al., 2009; HOLANDA, 2006; ANDRADE et al., 2010, SILVA, 2010). A proximidade com redes familiares e sociais dos pacientes e a construção de vínculos duradouros com os usuários contribuem para a eficácia das intervenções clínicas, possibilitando a construção de uma clínica ampliada que alcança aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito e respeita a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2005). Além disso, o conceito de território é central para transformar efetivamente a realidade manicomial, visando construir na sociedade as condições para que os indivíduos possam estabelecer relações de troca. A partir do paradigma da desinstitucionalização a participação da comunidade passa a ser fundamental para a ação de saúde mental, oferecendo uma infinidade de recursos e de possibilidades para os sujeitos (MOTA, 2007).

O *empoderamento* dos integrantes da Terapia Comunitária parece estar relacionado com a horizontalidade das relações, configurando um grupo que se constrói, se gerencia, se co-responsabiliza pelas mudanças que precisam ser operadas e que valoriza as contribuições de cada pessoa. Os integrantes são valorizados por sua experiência de vida, o que faz com que a identidade predominante no grupo não seja a de doente, como manifesta um dos profissionais entrevistados:

Então as pessoas já não vêm por conta disso, às vezes mesmo tendo a acessibilidade não acessa o serviço porque não se reconhece como doente. Para tu vir para o posto de saúde primeiro tem que se reconhecer como doente para depois buscar assistência. E na Terapia Comunitária, mesmo acontecendo no posto mas eles vinham lá para conversar com os amigos, conversar sobre algum outro tema, de um outro sofrimento. Esse ponto foi muito interessante. Então é mais ou menos isso que eu atribuo, um outro tipo de laço distinto do que um conteúdo programático educacional da unidade de saúde (Sujeito 20).

A partir da breve revisão do conceito de empoderamento apresentada anteriormente, é possível situar o empoderamento referido pelos profissionais participantes desse estudo como um empoderamento psicológico tal como definido por Carvalho (2004a), um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que participem de ações políticas coletivas. Derivam do empoderamento psicológico (CARVALHO; GASTALDO 2008) estratégias de

promoção que buscam fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e que procuram desenvolver mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade. Essas estratégias de promoção se assemelham aos benefícios advindos dos encontros de Terapia Comunitária, cuja proposta parte do entendimento de que indivíduos e grupos sociais dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais (CAMARGO, 2005a).

O princípio da horizontalidade também promove *acolhimento*, pois todos podem ajudar, todos podem ensinar, todos aprendem, gerando um sentimento de igualdade que estimula a participação das pessoas. Ao reconhecerem-se entre iguais as pessoas sentem-se acolhidas e à vontade para se expor. Como o terapeuta comunitário não tem a função de transmitir conhecimento, ele se coloca numa relação de igualdade com os demais integrantes do grupo, preocupando-se apenas em conduzir algumas etapas metodológicas para que o grupo aconteça dentro de um formato. Esse lugar ocupado pelos profissionais de saúde promove uma *atenção humanizada*, que se contrapõe a um olhar técnico.

De acordo com Tesser, Poli Neto e Campos (2010), ao retirar do médico o papel de protagonista do cuidado, o acolhimento busca ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações além das biomédicas para os adoecimentos e demandas. Os autores entendem que o acolhimento pode chegar a auxiliar a desmedicalização quando além da habilidade clínica houver trabalho conjunto em equipe, construção de projetos terapêuticos e avaliações de riscos/vulnerabilidades individuais e coletivas e consideração de elementos da vida familiar e social para uma abordagem ampliada dos problemas. Essa visão do acolhimento sugere a necessidade de outros dispositivos multidisciplinares e intersetoriais para a efetiva ampliação da clínica e resolução dos problemas.

Para finalizar, outro benefício da Terapia Comunitária é a *congruência com a realidade do SUS*, por ser uma ferramenta passível de ser aplicada em diversos contextos, com um objetivo focado e brevemente atingido e requerendo poucos recursos para a sua implantação. Além disso, permite trabalhar algumas demandas sem que tenham que ser encaminhadas para profissionais especializados.

5.3 Representação Social da Terapia Comunitária

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) realizada pelo *software* ALCESTE forneceu os contextos textuais que foram caracterizados pelo seu vocabulário, e também segmentos de texto que compartilhavam esse vocabulário (Camargo, 2005b). O *corpus* de

análise foi formado por Unidades de Contexto Inicial (UCIs) – que correspondem às respostas dos participantes. Após o reconhecimento das UCIs, na análise *standart* o programa secciona as UCIs em Unidades de Contexto Elementar (UCEs), que constituem o ambiente de enunciação da palavra, dando origem à unidade sobre a qual são feitos os cálculos estatísticos. As linhas de comando, que precederam e codificaram cada UCI, foram compostas pelas seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, cargo ocupado, experiência no cargo, nível de complexidade do serviço onde atua.

Os critérios para análise do vocabulário de cada classe foram: (a) palavras com frequência igual ou superior à frequência média do *corpus* (critério lexicográfico adotado); (b) qui-quadrado de associação da palavra à classe estatisticamente significativa ($\chi^2 \geq 3,84$, $gl = 1$). Seguindo esses critérios, as palavras destacadas nos contextos foram analisadas e comparadas com a intenção de definir o conteúdo apresentado pelos participantes em relação aos três aspectos sobre a Terapia Comunitária investigados nesse estudo: definição, inserção no SUS e terapeuta comunitário. Alguns trechos das entrevistas são apresentados no corpo do texto para ilustrar as classes. Os resultados são expostos a seguir.

5.3.1 Terapia Comunitária

O *corpus* foi dividido em 154 UCEs, das quais 35% foram consideradas na CHD; 5.902 palavras foram analisadas e tiveram, em média, cinco ocorrências. Das palavras encontradas 1.248 são de formas distintas.

De acordo com Kronberger e Wagner (2008), para garantir resultados estáveis o *software* ALCESTE computa duas classificações, empregando diferentes extensões de unidades de texto. Uma solução aceitável classifica ao menos 70% das unidades de texto. A porcentagem de retenção das UCEs no *corpus* sobre a Terapia Comunitária evidencia que ainda não há um compartilhamento significativo de idéias entre os sujeitos do estudo, ou seja, os resultados descritos a seguir não podem ser compreendidos como representação social porque ainda não existe um consenso entre os profissionais de saúde sobre o que é a Terapia Comunitária. Ainda assim, e considerando a abordagem metodológica quanti-quali desse estudo exploratório e descritivo, optou-se pela apresentação dos resultados gerados através da análise ALCESTE, buscando valorizar os aspectos qualitativos dos resultados, cujas hipóteses explicativas são formuladas no item que relaciona prática e representações sociais.

Conforme o dendograma apresentado pela figura 4, a classificação hierárquica descendente primeiramente dividiu o *corpus* original em dois *sub-corpora* (1ª partição); de

um lado temos a classe 2 em oposição às classes 1, 3 e 4. Uma 2ª partição, sobre o primeiro *sub-corpora* separou a classe 4 das classes 1 e 3; e uma 3ª partição separou estas duas últimas classes. O resultado foi a obtenção de 4 classes.

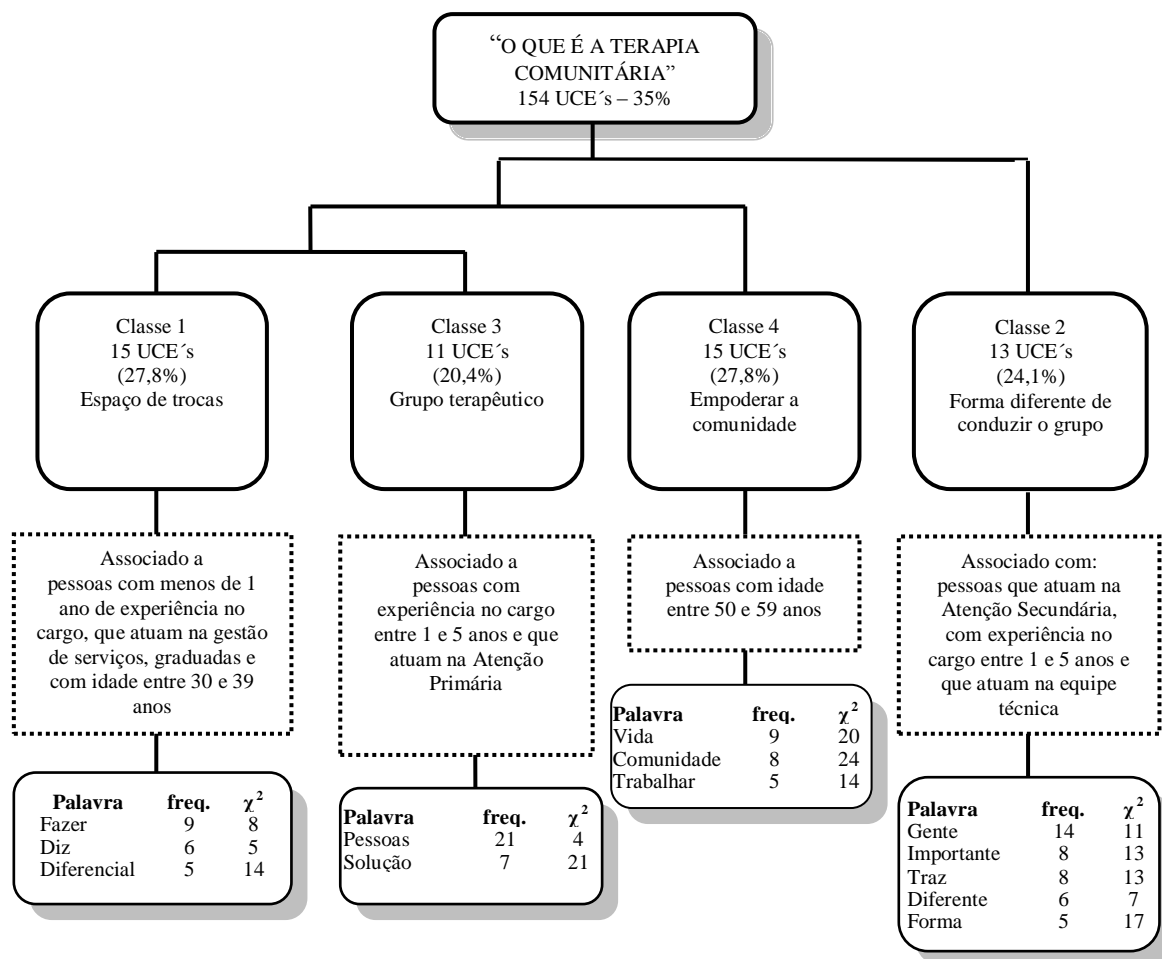


Figura 4: Dendrograma do *corpus* Terapia Comunitária.

De acordo com as classes ilustradas no dendrograma, a Terapia Comunitária é caracterizada como espaço de trocas (Classe 1) e como grupo terapêutico (Classe 3), que se complementam com a definição de empoderar a comunidade (Classe 4). Essas três concepções se contrapõem àquela que caracteriza a Terapia Comunitária como uma forma diferente de conduzir o grupo (Classe 2).

Classe 2: Forma diferente de conduzir o grupo

Nessa classe, com 24,1% das UCEs, contribuíram significativamente as pessoas que atuam na Atenção Secundária, com experiência no cargo entre 1 e 5 anos e que atuam na

equipe técnica. As palavras características foram “*gente, importante, traz, diferente, forma.*” A Terapia Comunitária é considerada uma ferramenta de trabalho a mais pelos profissionais, já que através de suas regras facilita o processo de condução de grupos:

A roda é muito boa, ela se encaixa em qualquer situação, porque é uma maneira diferente de conduzir uma atividade. O que eu percebo da Terapia Comunitária é que ela é uma metodologia de atuação do profissional muito importante, tanto que no Sistema Único de Saúde hoje já se traz essa questão (Sujeito 11).

[...] ela está alinhada com os conceitos básicos do Sistema Único de Saúde de integralidade, de universalidade, de equidade, de inserção social, de resgate da cidadania, de educação no sentido mais pedagógico mesmo [...] (Sujeito 23).

Os profissionais enfatizam que a Terapia Comunitária proporciona-lhes inovações para a condução de grupos: o papel de mediador do terapeuta comunitário, a possibilidade que esse mediador tem de compartilhar e aprender através do preceito da horizontalidade, a liberdade e flexibilidade metodológica que permitem ajustar a condução do grupo à experiência de quem está conduzindo, a simplicidade da técnica e ao mesmo tempo seu alinhamento com o processo de construção do SUS.

Classe 4: Empoderar a comunidade

Essa classe foi característica de pessoas com idade entre 50 e 59 anos, responsável por 27,8% das UCEs. As palavras que mais se destacaram foram: “*vida, comunidade, trabalhar.*” Nesta classe a terapia comunitária é definida como empoderar a comunidade através da valorização de suas experiências de vida, conforme ilustram os trechos a seguir:

É um modelo bastante simples onde se dá a voz aos usuários. Mais do que resolver problemas é como levantar temas, e ver como é que as pessoas da comunidade podem lidar com aquelas situações de vida [...] (Sujeito 05).

A Terapia Comunitária é um lugar, um momento da comunidade se conhecer, interagir e falar dos seus problemas, mas também de encontrar a solução naquela própria comunidade, porque não somos nós profissionais que vamos resolver o problema deles [...] (Sujeito 02).

[...] que é muito interessante na medida em que a própria comunidade se apropria do espaço para poder estar promovendo laços entre si. Então eu definiria hoje a Terapia Comunitária assim: uma tecnologia de cuidado e de acolhimento que tem sua funcionalidade, que o grande

viés legal dela é que ela é bem comunitária, da própria população mesmo, com um viés mais promovedor do laço social (Sujeito 20).

Essas passagens evidenciam a valorização das experiências comunitárias, de suas culturas, de seus atributos resilientes que lhe conferem a capacidade de enfrentar e resolver problemas, desenvolver sua autonomia e seu empoderamento e promover laços sociais.

Classe 3: Grupo terapêutico

Na classe 3, com 20,4% das UCEs, a Terapia Comunitária é concebida como um espaço terapêutico. Estiveram mais significativamente associados a esta classe pessoas com experiência no cargo entre 1 e 5 anos e que atuam na Atenção Primária. As palavras representativas foram: “*pessoas, solução.*” Seguem algumas passagens ilustrativas:

[...] eu acho que um dos grandes pontos de elo é de a gente realmente estar falando, estar expondo, estar buscando soluções. Acho que a gente vive num mundo rodeado de pessoas, então eu posso ser ajudado na busca de soluções do meu problema junto às pessoas que vivem ao meu redor (Sujeito 05).

[...] mas para aquela pessoa aquilo foi uma solução porque ela ficou aliviada. não só para uma pessoa, mas para várias pessoas que às vezes têm problemas semelhantes e que se sentiram contempladas (Sujeito 25).

A classe 3 se caracteriza, dessa forma, por enfatizar o poder terapêutico do grupo, sua capacidade de aliviar o sofrimento das pessoas e fortalecê-las na busca de soluções, seu poder de suscitar ajudas, momentos de reflexão e de ressignificação das experiências vividas.

Classe 1: Espaço de trocas

A classe 1 representa 27,8 % das UCEs do texto do *corpus* analisado. Nesse contexto a Terapia Comunitária é caracterizada como um espaço para compartilhar vivências e estratégias de enfrentamento aos problemas do cotidiano com os demais integrantes do grupo, a partir das diferentes experiências de vida. As palavras que mais representam essa classe são: “*fazer, diz, diferencial.*” Contribuíram significativamente para esta classe pessoas com menos de um ano de experiência no cargo, que atuam na gestão, com graduação e com idade entre 30 e 39 anos. Seguem trechos ilustrativos da classe:

[...] quem vai te dar as sugestões de sobreviver com o seu problema é o seu vizinho, é o seu amigo, é o seu parceiro, ou é uma pessoa que você nunca viu, que tem um problema parecido com o seu, que soube sair daquele dilema (Sujeito 03).

[...] o conhecimento que as pessoas têm do seu próprio viver e conviver com o sofrimento, com as dificuldades. uma das coisas que o Adalberto Barreto trouxe, que eu acho que nisso tem um grande mérito dele, foi que ele atuou dentro de uma favela que dizem que era uma das mais violentas de Fortaleza (Sujeito 05).

O diferencial da Terapia Comunitária seria esse momento de encontro e, ao mesmo tempo, de não direcionamento, já que a partir das estratégias de enfrentamento relatadas no grupo é que cada um julga o que lhe é pertinente e apreende aquilo que pode lhe servir de ajuda. A Terapia Comunitária é considerada uma prática diferenciada, que aponta mais para os aspectos positivos, que possibilita momentos de descontração, de trocas horizontalizadas onde não cabe ao profissional apontar para as pessoas o que elas têm que fazer.

Buscando relacionar as quatro classes anteriormente descritas, é possível afirmar que a Terapia Comunitária como espaço de troca (Classe 1) se complementa com a noção de grupo terapêutico (Classe 3), apontando mais para os benefícios dessa metodologia no âmbito individual. Tais noções se opõem à de empoderar a comunidade (Classe 4), onde aparece a visão do coletivo, do empoderamento individual e comunitário. Por sua vez, essas três classes se opõem àquela que considera a Terapia Comunitária uma forma diferente de conduzir o grupo (Classe 2), já que nessa última o foco são as inovações que essa técnica proporciona aos profissionais de saúde.

É particularmente interessante observar a percepção dos profissionais de saúde acerca das inovações trazidas pela Terapia Comunitária para a condução de grupos. Ao perceberem essa metodologia como uma forma diferente de conduzir o grupo e, ao mesmo tempo, ao atribuírem ao terapeuta comunitário um papel de mediador que, através do preceito da horizontalidade, compartilha e aprende, é possível deduzir que nos demais grupos essa abertura profissional não é muito frequente.

É possível que a Terapia Comunitária esteja contribuindo para a construção de práticas grupais menos hierarquizadas, onde o saber dos usuários é considerado e o conhecimento é construído coletivamente.

5.3.2 Inserção da Terapia Comunitária no SUS

O *corpus* foi dividido em 168 UCEs, das quais 52% foram consideradas na CHD; 6.618 palavras foram analisadas e tiveram, em média, cinco ocorrências. Das palavras encontradas 1.429 são de formas distintas. Da mesma forma que o *corpus* anterior, considerando como critério de resultados estáveis no ALCESTE o valor de 70% de retenção das UCEs de um *corpus* (KRONBERGER; WAGNER, 2008), é possível depreender que os profissionais de saúde ainda não formaram um consenso acerca da função da Terapia Comunitária no SUS, não havendo ainda um compartilhamento significativo de idéias a respeito de tal aspecto dessa metodologia. De acordo com abordagem metodológica quanti-quali desse estudo exploratório e descritivo, optou-se por manter a apresentação dos resultados da análise ALCESTE, enfatizando seus aspectos qualitativos. As hipóteses sobre esses resultados serão apresentadas no item que relaciona práticas e representações sociais.

Conforme o dendograma apresentado pela figura 5, a classificação hierárquica descendente primeiramente dividiu o *corpus* original em dois *sub-corpora* (1ª partição); de um lado temos a classe 3 em oposição às classes 1 e 2. Uma 2ª partição, sobre o primeiro *sub-corpora* separou a classe 1 da classe 2. O resultado foi a obtenção de 3 classes.

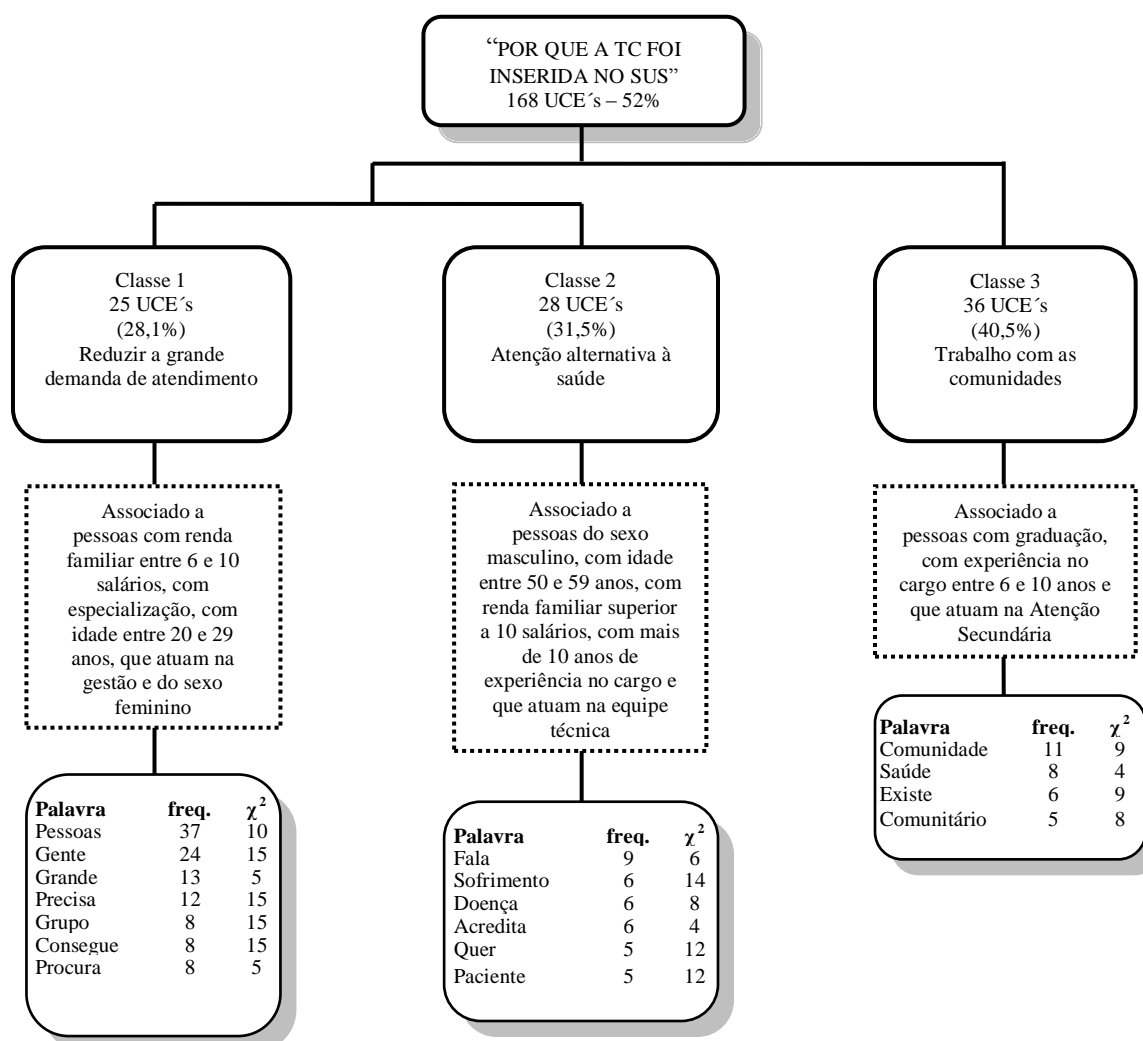


Figura 5: Dendograma do *corpus* Inserção da Terapia Comunitária no SUS.

De acordo com as classes ilustradas no dendograma, a Terapia Comunitária foi inserida no SUS para reduzir a grande demanda de atendimento (Classe 1), que se complementa com a noção de oferecer uma atenção alternativa à saúde (Classe 2) e que se contrapõem à vinculação de trabalho com as comunidades (Classe 3).

Classe 3: Trabalho com as comunidades

Essa classe foi característica de pessoas com graduação, com experiência no cargo ente 6 e 10 anos e que atuam na Atenção Secundária, sendo responsável por 40,5% das UCEs, a maior dentre as demais. As palavras que mais se destacaram foram: “*comunidade, saúde, existe, comunitário.*” Nesta classe a inserção da Terapia Comunitária no SUS está relacionada com a promoção do empoderamento das comunidades, através da valorização e do resgate da cultura popular, conforme ilustram os trechos a seguir:

[...] eu acho que pelo longo alcance que ela pode ter, pela possibilidade realmente de abrir e empoderar a comunidade. Existem muitas queixas da comunidade, e cada comunidade tem queixas e situações específicas para serem resolvidas (Sujeito 12).

E o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência são os únicos em termos de política pública que eu acho que cutucam para as questões sociais, para as questões sobre os modos de vida, para a organização e mobilização comunitária, [...] (Sujeito 20).

[...] eu acho que é fantástica, é uma coisa que já existe uma evidência, é uma coisa que foi escrita, que tem uma resposta muito boa com comunidades, principalmente comunidades mais pobres [...] (Sujeito 26).

A Terapia Comunitária é considerada especialmente efetiva em comunidades carentes, permitindo apontar a determinação social da saúde, articular a comunidade e reduzir as diferenças sociais, possibilitando ao profissional sentir-se mais próximo dos usuários.

Classe 2: Atenção alternativa à saúde

Na classe 2, com 31,5% das UCEs, a inserção da Terapia Comunitária no SUS é concebida pela oportunidade de oferecer uma atenção alternativa à saúde, que vai além do modelo biomédico já que reconhece a interdependência entre fatores físicos, psicológicos e sociais na determinação do processo saúde-doença, que oportuniza a verbalização e a

expressão do afeto afim de evitar o adoecimento do corpo. Estiveram mais significativamente associados a esta classe pessoas do sexo masculino, com idade entre 50 e 59 anos, com renda familiar superior a 10 salários, com mais de 10 anos de experiência no cargo e que atuam na equipe técnica. As palavras representativas foram: *“fala, sofrimento, doença, acredita, quer, paciente.”* Seguem algumas passagens ilustrativas:

[...] quer dizer, a Terapia Comunitária, de certa forma, ela tem o viés de desmedicalizar o sofrimento que tem muito a ver com o social. O Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, a Reforma Psiquiátrica, de certa forma, com os Centros de Atenção Psicossocial e tudo, integram essa concepção da saúde e da doença não mais só em termos biomédicos (Sujeito 05).

[...] e às vezes as pessoas se identificam tanto indo para as unidades de saúde com pressão alta, com dor disso, com dor daquilo e muitas vezes pode ser emocional (Sujeito 18).

[...] não adianta eu analisar ele apenas fisicamente. A dor dele às vezes não é só uma dor física, e isso infelizmente a faculdade não nos ensina, as universidades de modo geral meio que te obrigam a ser cético (Sujeito 24).

Os profissionais percebem que a Terapia Comunitária tem potencial para promover laços sociais, construir redes de apoio, empoderar as comunidades e, dessa forma, ampliar a atenção à saúde.

Classe 1: Reduzir a grande demanda de atendimento

A classe 1 representa 28,1 % das UCEs do *corpus* analisado. Nessa classe, a inserção da Terapia Comunitária no SUS está relacionada à possibilidade de reduzir a grande demanda por atendimento, especialmente o atendimento psicológico individual. O modelo tradicional de atendimento psicológico individual é percebido como insuficiente devido à inadequação do número de especialistas para a real demanda dos serviços, além da necessidade de um modelo que valorize o contexto e a cultura das pessoas de baixa renda. As palavras que mais representam essa classe são: *“pessoas, gente, grande, precisa, grupo, consegue, procura.”* Contribuíram significativamente para esta classe pessoas com renda familiar entre 6 e 10 salários mínimos, com especialização, com idade entre 20 e 29 anos, que atuam na gestão de serviços e do sexo feminino. Seguem alguns trechos ilustrativos:

[...] uma demanda muito grande, de procura por atendimento psicológico, a gente sabe porque tem fila de espera em todos os

lugares, a gente aqui mal dá conta. E aquele modelo tradicional não dava mais conta, não estava causando impacto nenhum na sociedade. E essa é uma tentativa de integrar o maior número possível de pessoas (Sujeito 09).

[...] você consegue capacitar um agente comunitário de saúde, um líder da comunidade, para estar trabalhando essas questões e estar percebendo que determinada pessoa de repente precisa de um encaminhamento mesmo, ou não, está bem [...] (Sujeito 27).

Como a realidade do SUS não permite que todos aqueles que precisam de atendimento sejam contemplados, o terapeuta comunitário, que não necessariamente é um especialista, pode fazer uma espécie de “triagem” e encaminhar para os especialistas somente os casos de maior necessidade.

5.3.3 Terapeuta Comunitário

O *corpus* foi dividido em 140 UCEs, das quais 71% foram consideradas na CHD; 5.483 palavras foram analisadas e tiveram, em média, cinco ocorrências, sendo que as palavras com frequência inferior a cinco foram excluídas da apresentação dos dados. Das palavras encontradas 1.117 são de formas distintas.

Conforme o dendograma apresentado pela figura 6, a classificação hierárquica descendente primeiramente dividiu o *corpus* original em dois *sub-corpora* (1ª partição); de um lado temos a classe 3 se contrapondo às classes 1 e 2. Uma 2ª partição, sobre o primeiro *sub-corpora* separou a classe 1 da classe 2. O resultado foi a obtenção de 3 classes.

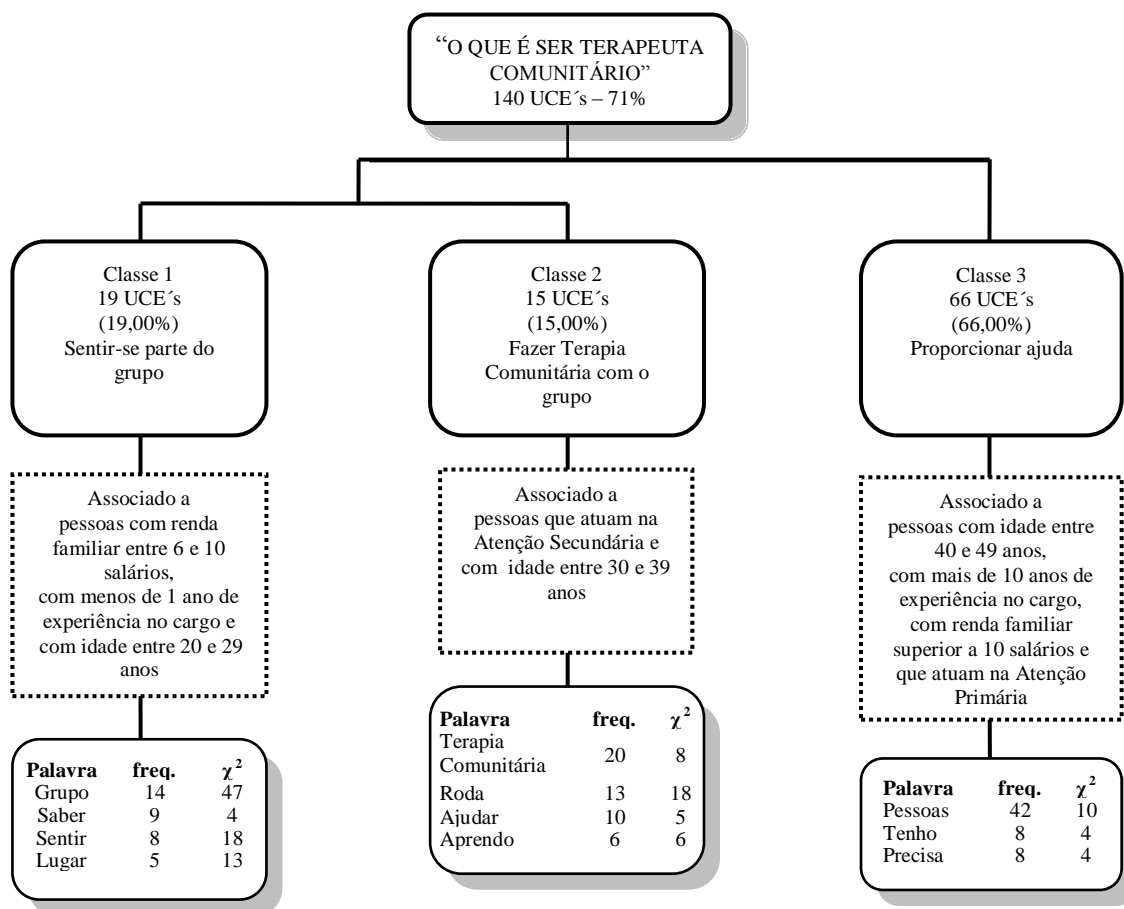


Figura 6: Dendograma do *corpus* Terapeuta Comunitário.

A partir dos conteúdos das classes verifica-se que ser terapeuta comunitário está relacionado com um sentimento de fazer parte do grupo (Classe 1) que se complementa com a noção de fazer Terapia Comunitária junto com o grupo (Classe 2), e que se opõem à noção de proporcionar ajuda (Classe 3).

Classe 3. Proporcionar ajuda (66 UCE's)

Na classe 3, com 66% das UCEs, o terapeuta comunitário é concebido como alguém que proporciona ajuda, com funções que lhe são específicas: coordenar, conduzir, acolher e mediar o grupo. Estiveram mais significativamente associados a esta classe pessoas com idade entre 40 e 49 anos, com mais de 10 anos de experiência no cargo, com renda familiar superior a 10 salários e que atuam na Atenção Primária. As palavras representativas foram: “*pessoas, tenho, precisa.*” Seguem algumas passagens ilustrativas:

[...] às vezes uma animação, alguma coisa para tentar passar, porque eu, no fundo eu sinto que eu estou coordenando, eu não posso deixar a peteca cair tanto assim, quer dizer, passar para as pessoas que elas têm condições sim, por pior que esteja a situação [...] (Sujeito 09).

[...] eu tenho que ser só um condutor, um facilitador, um guia da solução. Eu teria dificuldade para definir, é mais uma coisa que eu sinto. Por exemplo, eu me realizo quando eu consigo ajudar (Sujeito 13).

[...] muitas vezes o paciente que lhe procura, ele às vezes quer lhe ouvir, quer ter um acolhimento. E isso a terapia comunitária traz, lhe ensina a acolher. Não só de um profissional, mas às vezes de um monte de pessoas em uma roda. É tudo o que a pessoa quer: ouvir uma coisa no momento certo, no local certo, a palavra certa (Sujeito 24).

Os trechos exibidos expressam a preocupação dos profissionais por ajudar, por executar determinadas ações para garantir o efeito terapêutico do grupo, baseado naquilo que eles apreendem sobre as necessidades dos usuários. O terapeuta comunitário é o profissional que media o grupo, e melhor poderá fazê-lo quanto maior for seu conhecimento e sua experiência.

A capacidade de ajuda, no entanto, não é atribuída exclusivamente ao profissional que conduz o grupo, que é apenas um facilitador, devendo ele suscitar o acolhimento nos demais integrantes do grupo, afinal são as trocas grupais que proporcionam a melhoria dos vínculos interpessoais e que conferem à Terapia Comunitária seu caráter preventivo.

Classe 2. Fazer Terapia Comunitária com o grupo (15 UCE's)

Essa classe foi característica de pessoas que atuam na Atenção Secundária (CAPS) e com idade entre 30 e 39 anos, responsável 15% das UCEs. As palavras que mais se destacaram foram: “*Terapia Comunitária, roda, ajudar, aprendo.*” Nesta classe ser terapeuta comunitário é coordenar a roda, fazer com que o grupo se desenvolva dentro das regras mas sem realizar nenhum tipo de intervenção técnica. Ao mesmo tempo em que tem a função de coordenar o grupo o terapeuta comunitário faz terapia junto com o grupo, ajuda e é ajudado, todos são responsáveis por encontrar respostas, todos contribuem, conforme ilustram os trechos a seguir:

[...] para mim eu acho que na verdade a gente está fazendo uma terapia comunitária também. A gente organiza, ministra, mas nós também estamos junto participando (Sujeito 02).

[...] então essa exigência profissional que a gente tem, a terapia comunitária acaba sendo muito prazerosa também nesse sentido, porque todos participam, todos contribuem e todos têm essa habilidade de ajudar o outro e de contribuir (Sujeito 11).

[...] você é uma pessoa como qualquer outra que está ali, a diferença é que o terapeuta comunitário coordena os trabalhos da roda, mas não vai direcionar nada, não vai induzir nada, não vai interpretar nada, não vai fazer nenhum tipo de intervenção (Sujeito 12).

É recorrente, nas passagens que ilustram essa classe, a idéia de que apesar de estar coordenando o grupo o terapeuta comunitário não ocupa um lugar central, ele se sente em igualdade de conhecimento com as demais pessoas, permitindo-se não ter respostas para tudo, confiando no grupo para dar encaminhamento às questões ali surgidas. Os profissionais se sentem aliviados de uma cobrança por resolutividade, já que naquele espaço o grupo é soberano e muitas vezes é o próprio grupo que transmite ensinamentos. O terapeuta comunitário é alguém que pode incorporar à sua prática a própria subjetividade, suas experiências, sua formação, sua cultura e, através das trocas com o grupo ampliar outros conhecimentos.

Classe 1. Sentir-se parte do grupo (19 UCE's)

A classe 1 representa 19 % das UCEs do *corpus* analisado. Nessa classe, ser terapeuta comunitário tem relação com o sentimento de fazer parte do grupo, sendo a figura do terapeuta diluída nesse coletivo de pessoas, o que possibilita sentir-se mais próximo do usuário, reconhecer o saber do outro e se despir do saber técnico, dar voz. As palavras que mais representam essa classe são: “*grupo, saber, sentir, lugar.*” Contribuíram significativamente para esta classe pessoas com renda familiar entre 6 e 10 salários mínimos, com menos de 1 ano de experiência no cargo e com idade entre 20 e 29 anos.

[...] mas é isso, ser terapeuta comunitário é se sentir mais próximo a comunidade, pertencente realmente a comunidade e ao grupo (Sujeito 10).

[...] eu no lugar de terapeuta comunitário, eu acho um lugar legal. Eu acho um exercício de se despir do sujeito do suposto saber. Se sustentar esse lugar não tem terapia comunitária, não tem circularidade de informação, não tem (Sujeito 20).

É um fazer parte. Porque geralmente nas outras atividades de grupo você acaba coordenando. Claro que tem uma coordenação, tem umas regras, alguns passos para seguir, mas a gente se sente muito mais parte daquilo ali (Sujeito 22).

Conforme os trechos apresentados, quando coordenam os grupos de Terapia Comunitária os profissionais sentem que estão ocupando um lugar que lhes proporciona estar

integrados ao grupo, fazendo parte do grupo. Esse lugar ocupado pelo profissional de saúde requer delegar ao próprio grupo a efetividade terapêutica dessa prática, evocando da comunidade o conhecimento advindo de suas experiências de vida, oportunizando trocas e acolhendo.

As três classes de palavras do *corpus* referente ao conhecimento construído pelos profissionais de saúde a respeito do que é ser terapeuta comunitário são aqui interpretadas como diferentes aspectos de uma representação social. O pensamento coletivo dos profissionais da rede SUS de Santa Catarina revela ser o terapeuta comunitário alguém que promove a humanização das relações interpessoais no setor saúde, não se limitando sua função ao grupo de Terapia Comunitária uma vez que os aprendizados advindos dessa prática são aplicados de forma mais abrangente no cotidiano de trabalho.

Embora nas 3 classes o terapeuta comunitário seja concebido em sua função de coordenação do grupo, a classe 1, *Sentir-se parte do grupo* parece se aproximar da classe 2, *Fazer Terapia Comunitária com o grupo* no que concerne a um contexto grupal de relações mais horizontalizadas, que se diferenciam da classe 3, *Proporcionar ajuda*, onde o terapeuta comunitário se diferencia do restante do grupo na medida em que é a ele atribuída, embora não de forma exclusiva, a capacidade de ajudar, através das intervenções e mediações que realiza no grupo.

Resgatando os aportes teóricos de Moscovici (1978), a representação social é similar a uma imagem que deve ser pensada de um modo ativo, já que seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam com os objetos, atos e situações constituídos por miríades de interações sociais. Ela reproduz mas essa reprodução implica um remanejamento das estruturas, uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do dado no contexto dos valores, das noções e das regras de que ele se torna doravante solidário. Moscovici concebe as representações sociais como conjuntos dinâmicos que têm como função contribuir para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, engendrando interações entre as pessoas. Em outro texto Moscovici (1981) discorre sobre a importância desse fenômeno para o entendimento da cognição social, já que a representação social é uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento, uma forma que cria realidades e senso comum.

Na concepção de Jodelet (2001) a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Transpondo tais contribuições para o contexto desse estudo, é possível afirmar que os profissionais entrevistados partilham um conhecimento sobre o que é ser terapeuta comunitário que funciona como um guia para suas práticas de Terapia Comunitária e para outras práticas no âmbito da saúde coletiva, que através da valorização do contexto grupal e comunitário, de uma postura de acolher e compartilhar vivências e de proporcionar ajuda contribui para a humanização das relações interpessoais.

De acordo com a abordagem Dimensional da Teoria das Representações Sociais, as representações sociais apresentam três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação social ou imagem. A atitude é a mais freqüente dessas três dimensões, já que uma pessoa representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada (Moscovici, 1978).

Embora não seja objetivo específico desse trabalho, é possível apontar elementos atitudinais e imagéticos presentes na representação social dos profissionais de saúde sobre o terapeuta comunitário. Por exemplo, quando se referem a ser terapeuta comunitário como ocupar um “lugar legal” ou um “lugar especial”, “fazer bem e sair bem do grupo”, “ser transformado como profissional”, dimensões estas que acompanham a dimensão da informação, mais apreensível nas classes de palavras apresentadas anteriormente, conformando esse saber coletivo que contribui para a humanização na saúde.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008), é preciso valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Tal política é pautada por valores como a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Dentre as diretrizes da PNH encontram-se: clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos Direitos dos Usuários, fomento das grupalidades, dos coletivos e das redes e a construção da memória do SUS que dá certo.

É possível, pois, afirmar que a iniciativa de capacitação dos profissionais de saúde em Terapia Comunitária é uma forma de valorização profissional, contribuindo para o aperfeiçoamento desses sujeitos e proporcionando-lhes uma nova forma de acolhimento. A prática da Terapia Comunitária, por sua vez, além de fomentar as grupalidades contribui para a valorização dos sujeitos que conformam o grupo, uma vez que todos têm potenciais e são estimulados a ajudar, fomentando, portanto, a co-participação e a construção de redes solidárias. Finalmente, a horizontalidade das relações entre o profissional que conduz o grupo

e os demais participantes e o resgate da subjetividade e das experiências de vida auxiliam para a vinculação e para a construção da clínica ampliada.

5.4 Práticas e Representações Sociais

Os resultados descritos a partir da análise gerada pelo programa ALCESTE levam à conclusão de que ainda não há entre os profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina um consenso sobre o que é a Terapia Comunitária nem sobre por que essa metodologia foi inserida no SUS, apesar de já haver uma representação social, entre esses sujeitos, sobre o que é ser terapeuta comunitário. Por quê?

Não se pode deixar de pensar, primeiramente, que a Terapia Comunitária é uma prática relativamente recente na região sul do Brasil, da mesma forma que sua inserção no SUS, oficialmente a partir da Portaria GM nº 97 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006 (BRASIL, 2006c). A capacitação em Terapia Comunitária realizada pelos profissionais de saúde e o início da aplicação dessa metodologia no cotidiano dos serviços da rede SUS em Santa Catarina dá-se em 2009, sendo os dados deste estudo coletados já em 2010. Talvez a continuidade e a expansão dessa prática e seus ajustes às distintas realidades sejam acompanhados pela elaboração e disseminação de um conhecimento engendrado de acordo com as particularidades do contexto SUS, um conhecimento coletivo tal como a representação social, sobre os aspectos da Terapia Comunitária que nessa investigação ainda não são consensuais.

Por outro lado, a presença de uma representação social dos profissionais de saúde sobre o terapeuta comunitário parece confirmar o que a teoria postula sobre a função desse fenômeno, qual seja, a de contribuir para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, produzindo interações (MOSCOVICI, 1978), afinal os sujeitos investigados tiveram a necessidade de definir como proceder na condução desse trabalho grupal, ou seja, como ser terapeuta comunitário. É possível que a necessidade de definir a ação de condução dos grupos de Terapia Comunitária tenha sido especialmente motivadora de comunicações, interações e formação de condutas entre os sujeitos desse estudo, função à qual responde a representação social. Os demais aspectos da Terapia Comunitária investigados nesse estudo não têm uma relação tão direta com a prática, o que pode explicar a ausência de um senso comum a seu respeito.

De acordo com Campos (2003), o estudo da relação entre as práticas desenvolvidas por determinado grupo social e seus pensamentos coletivos constitui ainda um grande desafio, envolvendo dados de natureza cognitiva e dados de natureza comportamental.

Para Jodelet (2001), a noção de representação social implica sua relação com processos de dinâmica social e psíquica e com a elaboração de um sistema teórico também complexo em que por um lado deve-se considerar o funcionamento do aparelho cognitivo e de aparelho psíquico e por outro o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, na medida em que afetam a gênese, a estrutura e a evolução das representações que são afetadas por sua intervenção.

Buscando fazer articulações entre a prática da Terapia Comunitária e a representação social dos profissionais de saúde sobre o terapeuta comunitário, resgatam-se nesse momento as três classes de palavras obtidas a partir da análise do *corpus* sobre o terapeuta comunitário: *Sentir-se parte do grupo* (Classe 1), *Fazer Terapia Comunitária com o grupo* (Classe 2) e *Proporcionar ajuda* (Classe 3). É interessante observar que a respeito das variáveis associadas às Classes 1 e 2, que evidenciam maior horizontalidade nas relações intergrupais, contribuíram significativamente para essas classes pessoas mais jovens, com pouca experiência no cargo ocupado, com menor renda e que atuam na Atenção Secundária. Por sua vez, as variáveis associadas à Classe 3, em que o terapeuta comunitário parece ocupar um lugar diferenciado e mais centralizado em relação aos demais integrantes do grupo, dizem respeito a pessoas de uma faixa etária maior, com mais experiência no cargo ocupado, com maior renda e que atuam na Atenção Primária.

Embora as três Classes de palavras evidenciem aspectos de uma mesma representação, a promoção da humanização, tais aspectos podem influir e sofrer influência dos diferentes contextos em que as práticas de Terapia Comunitária acontecem. Dessa forma, os profissionais da Atenção Primária são legatários de um modelo de prática grupal menos horizontalizado que os profissionais da Atenção Secundária, nesse trabalho representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram serviços que surgiram para promover a Reforma Psiquiátrica, visando transformar tanto um modelo de atenção à saúde mental centrado no manicômio em um modelo com foco no território como a relação social com a loucura. Talvez a singularidade da tarefa de promover saúde mental característica da proposta desses serviços e a necessidade de um enfoque transdisciplinar que responda à complexidade de tal demanda configurem posturas profissionais diferenciadas, que podem ter relação com relações intergrupais mais

horizontalizadas, como aquelas que ocorrem nos grupos de Terapia Comunitária. Como postula Vasconcelos (2007), muitas práticas em serviços brasileiros de saúde mental que se inspiram na proposta da desinstitucionalização formulada pela Psiquiatria Democrática italiana implicam um sério questionamento e re colocação em novas bases dos princípios e da formação convencional aprendidos pelos profissionais nos cursos universitários tradicionais. Exigem uma cultura institucional nova nos serviços, capaz de oferecer um clima favorável para este processo de reelaboração de suas identidades profissionais originais, bem como uma democratização efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos em contrário.

Rouquette (1998) afirma que tanto as práticas exercem influência sobre as representações como as representações exercem influência sobre as práticas, já que o que pensamos depende daquilo que fazemos e aquilo que fazemos em dado momento depende daquilo que pensamos então, ou daquilo que pensamos anteriormente. Para o autor práticas e representações sociais estão em correlação, e não em dependência causal, restando determinar seus fatores comuns.

A análise das práticas de Terapia Comunitária no contexto da saúde coletiva catarinense revela, entre os benefícios atribuídos pelos profissionais a essa tecnologia de cuidado, seu efeito terapêutico, o fomento das práticas grupais, a atenção às demandas de saúde mental, o fomento das redes sociais, o empoderamento de seus integrantes, o acolhimento e a atenção humanizada, além de ser considerada uma proposta em sintonia com os princípios do SUS. Tais benefícios são compatíveis com a representação do terapeuta comunitário como alguém que promove a humanização das relações interpessoais no setor saúde. No entanto, essa representação social também precisa ser articulada com as dificuldades relatadas pelos profissionais para inserir essa nova ferramenta em seu cotidiano de trabalho: a resistência dos usuários a trabalhos grupais, a sobrecarga de trabalho, dificuldades decorrentes do formato metodológico da Terapia Comunitária, dificuldades decorrentes do processo de trabalho nos serviços de saúde e falta de apoio da gestão. Tais desafios apontam a pouca articulação dessa prática de saúde com outros setores da sociedade e a ausência de ações combinadas de políticas públicas. Daí depreende-se que a humanização promovida pelo terapeuta comunitário decorre mais de um perfil dos trabalhadores identificados com os princípios do SUS do que propriamente de um trabalho em equipe, com respaldo das gestões e articulações políticas.

O convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para implantar a Terapia Comunitária na Rede de Assistência à Saúde do SUS visa desenvolver nos profissionais da área da saúde e nas lideranças comunitárias as competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais e promover redes de apoio social, ampliando a resolutividade da Atenção Básica. É possível concluir, através desse estudo, que a promoção de redes de apoio social requer do terapeuta comunitário a articulação de atividades no território e entre este e a rede mais ampla, o que possibilita o empoderamento individual e comunitário.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde da rede SUS de Santa Catarina capacitados para atuarem como terapeutas comunitários vêm realizando grupos de Terapia Comunitária predominantemente no contexto da Atenção Básica e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Alguns aprendizados decorrentes dessa capacitação e considerados relevantes pelos sujeitos desse estudo passam a ser norteadores de outras práticas no âmbito da saúde coletiva, a exemplo do preceito da horizontalidade. Embora considerada desejável, a realização de grupos em instituições comunitárias, desvinculando-os dos serviços de saúde, na prática é pouco efetivada. Também existem relatos de grupos de Terapia Comunitária destinados aos profissionais de saúde, motivados pela necessidade de oferecer cuidado aos cuidadores.

Tendo como um de seus eixos teóricos o pensamento de Paulo Freire e pautada pelo preceito de horizontalidade das relações grupais, a Terapia Comunitária pode contribuir para a redefinição da prática médica, através da valorização dos saberes e práticas dos sujeitos usualmente desconsiderados devido à sua origem popular. Essa metodologia de trabalho com grupos possibilita aos profissionais problematizar vivências, compartilhar iniciativas de enfrentamento e buscar entendimento das raízes das questões sociais, aproximando-se essa atuação diferenciada do enfoque transdisciplinar, caracterizado pela valorização das qualidades pessoais, valores, tradições culturais, emoções, conhecimentos, treino e experiência de vida como atributos para o funcionamento do grupo.

O fortalecimento das redes de apoio familiar e social e a melhoria dos vínculos familiares e comunitários são benefícios decorrentes dos encontros de Terapia Comunitária relatados pelos sujeitos desse estudo e que podem contribuir para a construção de uma clínica ampliada e para a valorização dos recursos do território. Além disso, o princípio da horizontalidade promove acolhimento, atenção humanizada e empoderamento dos integrantes

da Terapia Comunitária, configurando um grupo que se constrói, se gerencia, se co-responsabiliza pelas mudanças que precisam ser operadas.

No entanto, as dificuldades enfrentadas para inserir essa tecnologia de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde evidenciam a desvalorização das ações educativas, ficando essas práticas de promoção de saúde muitas vezes delegadas ao interesse individual daqueles que persistem com esses grupos, e que sozinhos dificilmente conseguem estimular a autonomia e a conscientização das comunidades. Daí a necessidade de que essa atuação transdisciplinar seja estendida a uma equipe multidisciplinar, receba o apoio das gestões dos serviços e se alie a outras políticas públicas, ampliando seu campo de ação da saúde para outros setores.

O pensamento coletivo dos profissionais da rede SUS de Santa Catarina revela ser o terapeuta comunitário alguém que promove a humanização das relações interpessoais no setor saúde, não se limitando sua função ao grupo de Terapia Comunitária uma vez que os aprendizados advindos dessa prática são aplicados de forma mais abrangente no cotidiano de trabalho. No entanto, os profissionais da Atenção Primária são legatários de um modelo de prática grupal menos horizontalizado que os profissionais da Atenção Secundária, nesse trabalho representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram serviços que surgiram para promover a Reforma Psiquiátrica, visando transformar tanto um modelo de atenção à saúde mental centrado no manicômio em um modelo com foco no território como a relação social com a loucura. Talvez a singularidade da tarefa de promover saúde mental característica da proposta desses serviços e a necessidade de um enfoque transdisciplinar que responda à complexidade de tal demanda configurem posturas profissionais diferenciadas, que podem ter relação com relações intergrupais mais horizontalizadas, como aquelas que ocorrem nos grupos de Terapia Comunitária.

Através da relação entre a prática da Terapia Comunitária e a representação social dos profissionais de saúde sobre o terapeuta comunitário é possível concluir que a humanização promovida pelo terapeuta comunitário decorre mais de um perfil dos trabalhadores identificados com os princípios do SUS do que propriamente de um trabalho em equipe, com respaldo das gestões e articulações políticas.

6.1 Dificuldades e Limitações do estudo

A existência de pouco material bibliográfico e poucas pesquisas publicadas sobre a Terapia Comunitária colocam-se como fragilidades neste estudo. Para amenizar tal dificuldade foi realizada uma revisão minuciosa em bases de dados da área da saúde.

Outra limitação é que esta investigação considerou somente o material lingüístico como indicador de representação social, enfatizando aspectos informacionais e cognitivos das teorias do senso comum ((NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2000). Tal limitação deveu-se à impossibilidade de despender mais tempo para a coleta de dados, uma vez que a maioria dos sujeitos residia no interior do estado, implicando necessariamente em viagens para a pesquisadora.

Por fim, é preciso acrescentar que o entendimento das representações sociais como conhecimentos partilhados situa o número reduzido de participantes dessa investigação como um fator limitante para o estudo desse fenômeno. No entanto, até o momento da coleta de dados, havia apenas uma turma de 35 profissionais capacitados para atuar como terapeutas comunitários na rede SUS de Santa Catarina, fato que impossibilitou ampliar o número de participantes.

7. REFERÊNCIAS

ABRIC, J.-C. Pratiques sociales, représentations sociales. In: J.-C. ABRIC (Ed.). **Pratiques sociales et representations**. Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p. 59-82.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.) **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003, p. 45-65.

ANDRADE, L. O. M. et al. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: UFC, 2009.

ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n.1, p.129-136, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71413596015>> Acesso em: 14 maio 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, A. de P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf> Acesso em: 23 abril 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final de Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 23p. mar. 2001b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf> Acesso em: 12 abril 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários**. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 16 abril 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.11-32.

CAMARGO, A. C. **Tempo de Falar e Tempo de Escutar**: a Produção de Sentido em um Grupo Terapêutico. São Paulo, 2005a. 159 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Marcos. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/academicos/pdf/Dissertacao_Amilton.pdf> Acesso em: 13 maio 2009.

CAMARGO, B. V. Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005b, p.511-540.

CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 477-483, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/16.pdf> Acesso em: 14 maio 2011.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

CAMPOS, P. H. F. O estudo das relações entre práticas sociais e representações. **Estudos Goiânia**, v.30, n.1, p. 51-59, 2003.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>> Acesso em 14 maio 2011.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós estruturalista. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suplemento 2, p. 2019-2040, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21747.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

CERCLÉ, A.; SOMAT, A. **Manual de Psicologia Social**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.39-53.

FARR, R. **As raízes da Psicologia Social Moderna**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FILHA, M. O. F.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n.2, p. 232-239, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11739/10230>> Acesso em: 14 maio 2011.

FILHA, M. de O. F. et al. A Terapia Comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964-970, 2009. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a22.pdf>> Acesso em: 12 abril 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

FUKUI, L.; MARCHETTI, L. B. Terapia Comunitária. Uma forma de atuação no espaço público. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**, 2004, Brasília, DF. Disponível em<http://www.usp.br/nemge/textos_tecendo_estudando/terapiacomun_espacopublico_fukui.pdf> Acesso em: 01 maio 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7.ed. RJ: Vozes, 2008. p. 64-89.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: Teoria e prática**. 3. ed. Oeiras: Celta Editora, 1997.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C., MARQUES, S. C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 3, p. 79-90, 2004. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1176/875>> Acesso em: 10 maio 2010.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

GUIMARAES, F. J. **Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes**. João Pessoa, 2006. 132 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <<http://abratecom.org.br/publicacoes/academicos/pdf/DISSERTACAOFINAL.pdf>> Acesso em: 01 maio 2009.

GUIMARÃES, M. B. L. ; VALLA, V. V. Terapia Comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde. In: **32ª. Reunião Anual da ANPED**, 2009, Caxambú, MG. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Res.pdf>> Acesso em: 01 maio 2010.

HOLANDA, V. R. de. **A Contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes**. João Pessoa, 2006. 140 f. Dissertação (Mestrado). Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br/publicacoes/academicos/pdf/Viviane_Rolim_de_Holanda_-_Dissertacao.pdf> Acesso em: 10 abril 2009.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). **As representações sociais**. RJ: EdUERJ, 2001, p.17-44.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. RJ: Vozes, 2008, p. 416-441.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAVOR, A. de. Entrevista Adalberto Barreto “Aqui o remédio é a palavra”. **Radis Comunicação em Saúde**, n. 67, p. 14-15, 2008. Disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/67/pdf/radis_67.pdf> Acesso em: 06 abril 2009.

LEME, M. A. V. da S. O impacto da teoria das Representações Sociais. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano** – As representações sociais na perspectiva da psicologia social. SP: editora brasiliense, 1993, p. 46-57.

LINS, L.; MARTIN, I. Terapia Comunitária contra as dores da migração. **O Globo**, Rio de Janeiro, p. 4, 22 abr. 2007.

LOPES, M. J. A transdisciplinaridade em saúde. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. (Orgs.). **Exercícios de diálogo e convergência**. Coimbra: Formasau, 2009, p. 55-67.

LUISI, L. V. V. **Terapia Comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação**. São Paulo, 2006. 231 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3161> Acesso em: 14 março 2010.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social**. Brasília, 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2006-11-22T131240Z-457/Publico/Dissert_final.pdf> Acesso em: 14 março 2010.

MENDES, F. As vulnerabilidades da Educação para a Saúde. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. (Orgs.). **Exercícios de diálogo e convergência**. Coimbra: Formasau, 2009, p. 55-67.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. RJ: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: Forgas, J. P. (Org.). **Social Cognition**. London: European Association of Experimental Social Psychology/ Academic Press, 1981, p. 181-209.

MOTA, T. D. **As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental**. São Paulo, 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-20042007-101132/>> Acesso em: 13 maio 2009.

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n. 3, p.784-795, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>> Acesso em: 17 maio 2010.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas de Psicologia da SBP**, v. 8, n. 3, p. 287-299, 2000.

OLIVEIRA, D. C. de. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, v.16, n.4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, D. C. de. O desenvolvimento infantil nas representações dos profissionais de saúde: um estudo apoiado em análise Alceste. In: TURA, L. F. R. e MOREIRA, A. S. P. (Orgs.). **Saúde e Representação Social**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004, p. 223-252.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 423-431, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS, 2002.

ROCHA, I. A. et al. A Terapia Comunitária como um novo instrumento de cuidado para a saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, v. 62, n. 5, p.687-694, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06.pdf>> Acesso em: 22 março 2010.

ROUQUETTE, M.-L. Representações e práticas sociais. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia: AB, 1998, p. 39-46.

SÁ, C. P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano** – As representações sociais na perspectiva da psicologia social. SP: editora brasiliense, 1993, p. 19-45.

SÁ, C. P. de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. RJ: EdUERJ, 1998.

SAWAIA, B. B. Representação e ideologia – o encontro desfeticizador. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano** – As representações sociais na perspectiva da psicologia social. SP: editora brasiliense, 1993, p. 73-84.

SILVA, A. L. C. **Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão**: Uma Estratégia de Saúde Mental no PSF de Petrópolis/RJ. Rio de Janeiro, 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/1958495/ana%20lucia%20dissertação.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

SOARES, C. S. D. A. **Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família**: implicações no modo de andar a vida dos usuários. Ribeirão Preto, 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12012009-160828/>> Acesso em: 06 maio 2009.

SOUZA, A. de J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a06.pdf>> Acesso em: 16 outubro 2009.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15,

suppl. 3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2011.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

TURA, L. F. R. Paradigmas da promoção e prevenção em saúde. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. (Orgs.). **Exercícios de diálogo e convergência**. Coimbra: Formasau, 2009, p. 151-161.

URSINO, L. de S. Avaliação do impacto da Terapia Comunitária na construção de vínculos solidários. In: **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**, 2003, Morro Branco, CE. Disponível em <<http://www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/052s.pdf>> Acesso em: 15 fevereiro 2010.

VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006, p. 353-384.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. RJ: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>> Acesso em: 14 maio 2011.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>> Acesso em: 11 julho 2009.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. Goiânia: AB, 1998, p. 03-22.

8. ANEXOS

Anexo A

Roteiro de entrevista (parte 01 e 02)

PARTE 01

Nº:

Idade:

Sexo:

Renda Familiar (em salários mínimos):

Cargo ocupado:

Tempo no cargo ocupado:mesesanos

Formação Profissional:

auxiliar técnico graduação especialização mestrado/doutorado

Local de trabalho (cidade):

- 1) Após a capacitação realizada, como você vem inserindo Terapia Comunitária (TC) em seu cotidiano de trabalho?
- 2) Houve dificuldades para inserir a TC no seu cotidiano de trabalho? Descreva os possíveis ajustes feitos a essa metodologia para sanar tais dificuldades.
- 3) A TC propiciou alguma mudança no seu cotidiano/rotina de trabalho?
- 4) A que atribui a demanda dos usuários pela TC?

PARTE 02

- 1- Como você percebe a TC? O que é a TC para você?
- 2- Por que a TC está inserida no SUS e no setor saúde?
- 3- O que é ser terapeuta comunitário?

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Informações sobre a pesquisa:

Sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Mestrado em Saúde Pública - da Universidade Federal de Santa Catarina e, a fim de conhecer como a Terapia Comunitária vem sendo praticada pelos profissionais de saúde, estou desenvolvendo um estudo cujo título é “*Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses*”.

Para tal, será realizada uma entrevista semi-estruturada e peço-lhe permissão para gravá-la e transcrevê-la. Sua participação não trará riscos ou desconfortos e será mantida em sigilo. Em hipótese nenhuma sua identidade será revelada. Os registros ficarão sob posse da pesquisadora e de seu orientador, somente. Os resultados serão publicados na forma de Dissertação de Mestrado, artigos científicos em revistas especializadas e resumos em eventos científicos.

Ressalto que sua participação não é obrigatória e que, a qualquer momento, você pode desistir de participar deste estudo e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores.

Caso haja dúvidas a respeito da pesquisa, a pesquisadora estará à disposição para esclarecê-las, basta entrar em contato.

Contato: Cristina dos Santos Padilha - padilha.psico@gmail.com - (48) 32094780 ou 99694688

Assinatura pesquisadora principal

.....

Cristina dos Santos Padilha

Consentimento pós-informação

Eu,, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “*Terapia Comunitária praticada no Sistema Único de Saúde: representação social dos profissionais catarinenses*” – realizada pela mestrandia Cristina dos Santos Padilha, sob orientação do professor Walter Ferreira de Oliveira – e concordo em participar da realização deste estudo.

....., de de 2010.

.....

Assinatura

9. APÊNDICES

Apêndice A
Quadro demonstrativo do processo de construção das categorias temáticas –
operacionalização proposta por Oliveira (2008)

| Cód. | TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO | Total UR | Total ENTREV. | CATEGORIA | Total UR | % |
|------|--|----------|---------------|----------------------------|----------|-------|
| 01 | GRUPOS NA ATENÇÃO BÁSICA | 17 | 13 | PRÁTICAS DE TC | 48 | 15,48 |
| 02 | GRUPOS NO CAPS | 14 | 13 | | | |
| 03 | APLICAÇÃO DE PRECEITOS DA TC A OUTRAS PRÁTICAS | 07 | 07 | | | |
| 04 | GRUPOS NA COMUNIDADE | 05 | 05 | | | |
| 05 | GRUPOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE | 05 | 05 | | | |
| 06 | REALIZAÇÃO DE GRUPOS COM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO | 05 | 05 | ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO | 16 | 5,16 |
| 07 | AUXÍLIO DOS ACS'S PARA DIVULGAÇÃO | 05 | 05 | | | |
| 08 | ELABORAÇÃO DE PROJETO PARA A GESTÃO LOCAL | 03 | 03 | | | |
| 09 | CAPACITAÇÃO DE ACS PARA ATUAREM COMO CO-TERAPEUTAS | 02 | 02 | | | |
| 10 | DIVULGAÇÃO ATRAVÉS DE CARTAZES | 01 | 01 | | | |
| 11 | RESISTÊNCIA DOS USUÁRIOS A TRABALHOS GRUPAIS | 22 | 10 | DIFICULDADES | 80 | 25,81 |
| 12 | SOBRECARGA DE TRABALHO | 18 | 11 | | | |
| 13 | DECORRENTES DO FORMATO METODOLÓGICO | 17 | 12 | | | |
| 14 | DECORRENTES DA ESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO | 09 | 09 | | | |
| 15 | FALTA DE APOIO DA GESTÃO LOCAL | 08 | 04 | | | |
| 16 | FALTA DE APOIO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO | 03 | 03 | | | |
| 17 | PROBLEMAS PESSOAIS | 03 | 03 | | | |
| 18 | RECEPTIVIDADE DOS USUÁRIOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO | 05 | 05 | ELEMENTOS FACILITADORES | 11 | 3,55 |
| 19 | VINCULAÇÃO PRÉVIA DOS USUÁRIOS AO SERVIÇO | 04 | 04 | | | |
| 20 | PRESENÇA DE PROFISSIONAL QUE AUXILIE A CONDUÇÃO DO GRUPO | 01 | 01 | | | |
| 21 | APOIO DA GESTÃO LOCAL | 01 | 01 | | | |
| 22 | EFEITO TERAPÊUTICO | 38 | 22 | BENEFÍCIOS | 155 | 50,00 |
| 23 | FOMENTO DAS PRÁTICAS GRUPAIS | 28 | 18 | | | |
| 24 | ATENÇÃO ÀS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL | 25 | 18 | | | |
| 25 | FOMENTO ÀS REDES SOCIAIS | 21 | 17 | | | |
| 26 | ACOLHIMENTO | 12 | 11 | | | |
| 27 | AUTONOMIA | 09 | 07 | | | |
| 28 | ATENÇÃO HUMANIZADA | 09 | 08 | | | |
| 29 | CONGRUÊNCIA COM A REALIDADE DO SUS | 07 | 07 | | | |
| 30 | EMPODERAMENTO | 06 | 05 | | | |

