



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

**SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE:
A Terapia Comunitária como Dispositivo de Cuidado**

**FORTALEZA – CEARÁ
2010**

AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE:
A Terapia Comunitária como Dispositivo de Cuidado

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ
2010

A779s Arruda, Amália Gonçalves
Saúde mental na comunidade: a terapia
comunitária como dispositivo de cuidado / Amália
Gonçalves Arruda. — Fortaleza, 2011.
130 p. ; il.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.
Dissertação (Programa de Mestrado Acadêmico em
Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará,
Centro de Ciências da Saúde.
1. Terapia comunitária. 2. Rede básica. 3. Saúde
mental. 4. Medicalização. I. Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Ciências da Saúde.
CDD: 615.85

AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE:
A Terapia Comunitária como Dispositivo de Cuidado

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Às minhas filhas, Lia e Lorena, por serem minha fonte
inesgotável de força e alegria.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por serem os alicerces da minha vida.

A Prof^a. Maria Salete Bessa Jorge, pela orientação e pelo incentivo imprescindíveis para a conclusão deste mestrado.

A meus pais, principalmente minha mãe, pelo carinho e pelas orações constantes.

As minhas amigas, Cris, Marlêda, Branca, Melca, Eli, Nubiane, Fernanda, Preta, e mais recentemente Natacha, por acreditarem em mim e me ajudarem em muitos momentos.

A Dani, por aceitar me ajudar em tempo recorde na revisão ortográfica deste trabalho.

Aos profissionais e aos usuários do Projeto Quatro Varas e do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, pela acolhida, pela riqueza de informações ofertadas, pela ajuda interior, ocasionada pelos momentos de vivências e terapias.

A Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe, principalmente Dr. Áttila Queiroz, atual Secretário de Saúde, pelo apoio e pela compreensão no desenvolvimento deste trabalho.

A todos que me incentivaram e estiveram comigo, muito obrigada!

RESUMO

O estudo trata sobre a Terapia Comunitária (TC), como dispositivo de cuidado na rede básica, tem como objetivos: analisar o projeto terapêutico comunitário no contexto da equipe de Terapia Comunitária (TC); descrever a medicalização/medicalização como estratégia de cuidado na saúde comunitária; discutir o fluxo de atenção na TC e a articulação com as intervenções substitutivas; identificar saberes e práticas para a promoção do cuidado na TC. A trajetória metodológica fundamentou-se na abordagem qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica. Utilizaram-se, como técnicas de coletas de dados, a entrevista semiestruturada, o grupo focal e a observação sistemática de seis terapias. Constituíram os sujeitos do estudo vinte e seis pessoas, distribuídas em três grupos de representação: terapeutas comunitários – 05; usuários entrevistados – 04; usuários dos grupos focais – 17. Os resultados revelam a Terapia Comunitária como uma metodologia de grupo que trata e acolhe o sofrimento em circunstâncias que envolvem violência, luto, depressão, insônia e baixa autoestima, promovendo o acolhimento e a escuta, além da prática coletiva de inclusão social e valorização da diversidade. Também evidenciaram que a terapia possui limites principalmente no tratamento de pessoas com distúrbios mentais severos e de portadores de transtornos ocasionados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, embora possa servir de apoio para essas questões. Quanto à medicalização, o estudo demonstrou que muitos usuários conseguiram reduzir e até mesmo deixar de usar medicamentos controlados com o apoio da TC e de outros serviços terapêuticos como massoterapia, reiki, grupos de autoestima, além do atendimento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). A TC vem compondo a rede de saúde mental na atenção básica com comunicação com outros serviços, através de referências, demonstrando necessidade de promoção de diálogo com outros serviços, na busca da integralidade. A principal bandeira da Terapia Comunitária é o acolhimento e outras tecnologias leves, como vínculo, responsabilização e autonomia, caracterizando-se como serviço de promoção da humanização na atenção básica e na saúde mental.

Palavras-chave: Terapia comunitária; Rede básica; Saúde mental; Medicalização.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Mapa dos bairros de Fortaleza-CE. | 37 |
| Figura 2: Cenário A: Projeto 4 Varas e localização no mapa de Fortaleza-CE | 38 |
| Figura 3: Cenário B: Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim e localização no mapa de Fortaleza-CE. | 39 |
| Figura 4: Diagrama 1: Ações executadas por participantes da Terapia Comunitária que ajudaram a reduzir ou deixaram de usar medicamentos contínuos segundo os terapeutas e usuários. | 75 |
| Figura 5: Diagrama 2: Como as pessoas chegam à Terapia Comunitária. | 82 |
| Figura 6: Diagrama 3: Fluxo de inter-relação da Terapia Comunitária com outros serviços. | 85 |
| Figura 7: Diagrama 4: Caracterização da Terapia Comunitária na rede de saúde mental na visão dos terapeutas. | 89 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Objetivos do estudo, instrumentos e técnica de coleta de dados. | 43 |
| Quadro 2: Grupos de usuários e terapeutas entrevistados. | 44 |
| Quadro 3: Grupos de usuários participantes dos grupos focais. | 44 |
| Quadro 4: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes, por grupo. | 45 |
| Quadro 5: Perfil dos usuários entrevistados e participantes dos grupos focais | 46 |
| Quadro 6: Perfil dos terapeutas comunitários entrevistados. | 47 |
| Quadro 7: Modelo de quadro construído para análise dos dados. | 50 |
| Quadro 7: Modelo de quadro de síntese construído para visualização e compreensão dos dados coletados em todos os instrumentos de estudo. | 50 |
| Quadro 8: Modelo de quadro construído para análise dos dados após identificação das áreas temáticas. | 51 |
| Quadro 9: Resolubilidade da Terapia Comunitária na visão dos usuários. | 66 |
| Quadro 10: Dimensão e eixo bipolar associado a promoção da saúde. | 80 |
| Quadro 11: Alteração na vida pessoal dos terapeutas após a formação na Terapia Comunitária. | 97 |
| Quadro 12: Alteração na vida profissional dos terapeutas após a formação na Terapia Comunitária. | 98 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------|---|
| ABRATECOM | Associação Brasileira de Terapia Comunitária |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CAPS | Centro de Atendimento Psicossocial |
| DSM | Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais |
| EXPOGEST | Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS |
| MAC | Medicinas Alternativas Complementares |
| MS | Ministério da Saúde |
| MSMCBJ | Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim |
| NIMH | National Institut Mental Health |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PRONASCI | Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SENAD | Secretaria Nacional Antidrogas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TC | Terapia Comunitária |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO | 11 |
| 1.1 A aproximação e o envolvimento com o objeto de estudo | 11 |
| 1.2 Objeto em estudo | 12 |
| ▪ Questionamentos | 16 |
| 1.3 Objetivos | 16 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 17 |
| 2.1 A reforma psiquiátrica na rede básica: impasses, avanços e estratégias | 17 |
| 2.2 Projeto terapêutico em saúde mental e sua interlocução com as práticas da terapia comunitária: singularidades, subjetividades e resolubilidade | 23 |
| 2.3 Medicalização social no contexto do território na produção do cuidado em saúde mental | 30 |
| 3 CAMINHOS DA PESQUISA | 37 |
| 3.1 Natureza do estudo | 37 |
| 3.2 Cenários da pesquisa | 37 |
| 3.3 Técnicas de coleta de dados | 40 |
| 3.4 Participantes do estudo | 43 |
| 3.5 Questões éticas | 47 |
| 3.6 Análise e tratamento dos dados | 48 |
| 4 RESULTADOS E SUAS DIMENSÕES DE ANÁLISE | 54 |
| 4.1 Projeto terapêutico singular no contexto da equipe da terapia comunitária: tecnologias, caracterização, relações, limites e resolubilidade. | 54 |
| 4.2. Medicamentação como estratégia de cuidado na saúde comunitária. | 69 |
| 4.3 Fluxo de atenção na terapia comunitária e articulação com as intervenções substitutivas. | 81 |
| 4.4 Saberes e práticas para a promoção do cuidado na terapia comunitária. | 92 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROPOSTAS | 102 |
| REFERÊNCIAS | 107 |
| APÊNDICES | 113 |
| Apêndice A - Roteiro de Entrevista semiestruturada para terapeutas Comunitários. | 114 |
| Apêndice B - roteiro para entrevista semiestruturada (Usuários da Terapia Comunitária). | 116 |
| Apêndice C - Temário 1 para Grupos Focais (participantes de Terapia Comunitária dos cenários A e B). | 118 |
| Apêndice D - Termo de consentimento livre e esclarecido (terapeutas comunitários). | 124 |
| Apêndice E - Termo de consentimento livre e esclarecido (usuários da terapia comunitária). | 126 |
| Anexo 1- Parecer Comitê de ética. | 128 |

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 A aproximação e o envolvimento com o objeto de estudo

A motivação de trabalhar com o tema proposto surgiu a partir do ingresso no Mestrado Profissional de Saúde Mental, em que assuntos, como Reforma Psiquiátrica, serviços substitutivos, avaliação de serviços de saúde mental, começaram um despertar para esse campo de pesquisa vasto e inovador, visto que após a Reforma vêm surgindo vários serviços que buscam integrar e trazer resolubilidade à assistência à saúde mental.

Em 2006, mesmo atuando na área de gerenciamento na Secretaria de Saúde de Beberibe-CE, a pesquisadora iniciou um curso de Terapia Comunitária cujo objetivo era fortalecer o município na política da assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Com essas experiências surgiu o interesse em aprofundar a repercussão da terapia em seus participantes.

Em 2007, a pesquisadora apresentou em Brasília, no I EXPOGEST, Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, um relato de experiência sobre a implantação da Terapia Comunitária em Beberibe e a sua repercussão nos terapeutas comunitários em formação.

Desde então, a terapia comunitária vem buscando integrar a incipiente rede de atenção à saúde mental e comunitária existente no município de Beberibe, assim como servir de referência para as equipes de Programa de Saúde da Família (PSF).

No Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, foi encontrada motivação para avaliar a repercussão da Terapia Comunitária, como ferramenta na assistência à saúde mental na atenção básica. Neste ínterim, resolveu-se iniciar o estudo por sobre a Terapia Comunitária, a qual denomina-se como um projeto terapêutico, que vem ao encontro das mudanças necessárias à assistência em saúde mental na atenção básica, promovidas pela Reforma Psiquiátrica, e por reconhecer elementos que correspondem com a Política Nacional de Humanização e com a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007 e 2008).

A Terapia Comunitária apresenta-se como um serviço recente

(aproximadamente 20 anos de formação), que vem buscando o seu espaço na Política Nacional de Saúde. Porém, esse aspecto apenas traz interesses, ainda mais a conhecer as suas potencialidades, metodologias e eixos teóricos.

1.2 Objeto em estudo

“A Terapia Comunitária é um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura-se suscitar a dimensão terapêutica do próprio grupo valorizando a herança cultural dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um” (BARRETO, 2005, p.59).

A terapia comunitária surgiu em 1987 e vem se instituindo na Política Nacional da Atenção Básica, como instrumento para auxiliar na atenção à saúde mental comunitária. Desde 2008, busca integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (MS). Em 2007, foi assinado um convênio entre a UFC e o MS (Convênio 2397/2008 - GPS 2241- MS e FCPC) com o intuito de formar 1000 profissionais de saúde em terapia comunitária, com ênfase no agente comunitário de saúde. Em 2008, foi renovado o convênio com destaque nas equipes de saúde da família, atuantes na área do PRONASCI (Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania). (FIOCRUZ, 2010).

A iniciativa em desenvolvê-la foi do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC, sob a coordenação do Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto (médico, doutor em Psiquiatria, Antropologia e licenciado em Filosofia e Teologia).

Ela ocorreu quando o Prof. Adalberto começou a frequentar a Comunidade de Quatro Varas, favela localizada no Pirambu, bairro da periferia de Fortaleza-CE, acompanhado de alunos do curso de Psiquiatria da Universidade Federal do Ceará. Logo se percebeu que o atendimento clínico e individualizado realizado nessa comunidade somente caracterizava um ambulatório descentralizado. Identificou-se que as demandas de depressão, crises psicóticas e insônias traziam consigo uma carga de perda de identidade, dependência, dentre outras questões

individuais e coletivas. Foi então que nasceu o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária e, conseqüentemente, a Terapia Comunitária.

Inicialmente decidiram atender as pessoas em grupo. A grande maioria delas vinha em busca de suas “receitas controladas”. Formavam uma roda onde o acolhimento, o respeito à fala do outro, a troca de experiências, a identificação do grupo e o aprofundamento de problemas escolhidos eram feitos de uma forma coletiva. O intuito era promover a reflexão do grupo frente aos motivos que os tinham levado até ali e a escuta ativa de como algumas pessoas resolviam seus problemas. Surgia, assim, a Terapia Comunitária, buscando promover o *empoderamento* do grupo.

Promover o *empoderamento* significa possibilitar ao grupo as mudanças nos seguintes paradigmas: sujeitos com apresentação de soluções participativas, gerando competências, com valorização comunitária e cultural, primando a corresponsabilidade (BARRETO, 2005). Assim sendo, a Terapia Comunitária e suas ações complementares incentivam a responsabilidade conjunta na busca de novas alternativas existenciais e promovem mudanças fundamentadas em três atitudes básicas: acolhimento respeitoso, formação de vínculos e empoderamento das pessoas.

Baseado nessa experiência realizada no Pirambu, Adalberto Barreto, apoiado pela Universidade Federal do Ceará, resolveu expandir a Terapia Comunitária, formando terapeutas comunitários. Hoje existem 41 pólos de formação, distribuídos em 21 estados brasileiros, onde foram formados 15.500 terapeutas comunitários, aproximadamente (dados da ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária, 2009).

Cumprido esclarecer que são legitimados e reconhecidos pela ABRATECOM como terapeutas comunitários todos aqueles que respondem às exigências de formação (360 h/a distribuídas entre aulas teóricas, vivências terapêuticas e práticas em terapia comunitária) (BARRETO, 2005).

Como a Terapia Comunitária iniciou-se para auxiliar nos problemas da comunidade, os primeiros terapeutas formados foram líderes comunitários. Quando começou a instituir-se ação na rede básica para atenção à saúde mental comunitária, além de lideranças comunitárias, foram sendo formados profissionais

de saúde, dentre eles: ACS, enfermeiros, psicólogos, médicos, cirurgiões-dentistas, terapeutas ocupacionais.

Hoje, no entanto, há terapeutas comunitários com diversas formações, não somente na área da saúde. Para Barreto (2005), o perfil do terapeuta comunitário deve ser o de alguém aberto à escuta, que saiba valorizar as vivências dos outros, respeitando suas raízes culturais, e que tenha habilidade para promover no grupo momentos de acolhimento, bem-estar e respeito.

A sua intervenção terapêutica é a de assumir as ações básicas de saúde mental comunitária voltadas para a prevenção, a mediação das crises e a promoção da inserção social do indivíduo (BARRETO, 2005). O terapeuta comunitário não desenvolve o papel de especialista em saúde mental, mas precisa estar sensível ao surgimento de distúrbios, para que estes possam ser devidamente referenciados para serviços específicos, recebendo tratamento apropriado. Assim sendo, precisa ter conhecimento da rede de apoio de sua comunidade.

Além do Brasil, a TC também vem sendo desenvolvida em países da Europa, como França e Suíça, através da Associação Europeia de Terapia Comunitária, como também em outros países da América Latina, como México, Uruguai, Argentina, Venezuela e Chile (ABRATECOM, 2009).

A Terapia Comunitária foi formada com base em cinco eixos teóricos: a Teoria da Comunicação; o Pensamento Sistêmico; a Antropologia Cultural; a Pedagogia de Paulo Freire e a Resiliência. O seu desenvolvimento exige os seguintes passos: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e conclusão (BARRETO, 2005). O embasamento teórico e metodológico da TC será aprofundado no momento da fundamentação teórica.

Observa-se identificação da Terapia Comunitária com a proposta atual da Reforma Psiquiátrica, principalmente quando se avalia a proposta dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico na rede da atenção básica. Esses serviços devem desenvolver uma atenção onde haja uma promoção da inclusão social, respeito às possibilidades individuais, princípio de cidadania, integração com a família num ambiente pautado no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe (SUS/CNS 2002).

Também vem apoiar a proposta da promoção em saúde quando se busca

estimular a saúde positiva, que diz respeito a prevenir doenças mais do que tratá-las, focar no trabalho com comunidades buscando a participação com vistas a desenvolver ambientes saudáveis, dentre outras questões (CASTIEL, 2004).

Castiel (2004) em seus estudos sobre promoção da saúde e comunidade salienta que a promoção de saúde adota estratégias políticas que abrangem desde posturas conservadoras até perspectivas críticas ditas radicais e libertárias. Comenta que a ótica conservadora apresenta-se quando a promoção em saúde atua como meio de direcionar indivíduos a assumirem responsabilidades por sua saúde, e, ao assim fazerem, reduzem o peso financeiro na assistência de saúde. Já numa perspectiva mais reformista, a promoção em saúde atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersectorial. Na perspectiva libertária há busca de mudanças sociais mais profundas como os é as propostas de educação popular.

Ainda esse autor apresenta nesse estudo reflexões sobre conceitos de comunidade. Associa comunidade com pressuposição de presença de um determinado tipo de laço social e de juízos de valor em função de localização, procedência e convívio comunal. Ressalta que a palavra comunidade provoca sensações como algo cálido, aconchegante, confortante, mas, ao mesmo tempo carregado de profundo sentimento nostálgico, como algo perdido com o tempo. Sintetiza que o termo comunidade está relacionado com comunalidade, podendo ser demarcada como estando ligada a alguma localidade geográfica, com altos teores de homogeneidade, compartilhando interesses, afinidades, trocas simbólicas, laços relacionais solidários (CASTIEL, 2004). Será esse conceito de comunidade que será utilizado no decorrer deste estudo.

A Terapia Comunitária, por ainda ser um projeto recente, não conquistou seu espaço como Política Pública em Saúde, mas já vem sendo desenvolvida com consistência em alguns lugares do Ceará e do Brasil. Em Fortaleza destaca-se o Projeto Quatro Varas, no qual a terapia foi iniciada, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim – MSMCBJ, e a atual política municipal de saúde que vem apostando na integração TC e PSF através da construção de grandes Ocas em Fortaleza, em bairros com grandes vulnerabilidades sociais, como Granja Portugal e São Cristovão.

Diante dos aspectos teórico-conceituais apresentados, questiona-se acerca das contribuições que a Terapia Comunitária vem oferecendo na rede da atenção básica, onde atualmente vem sendo desenvolvida, e se essas contribuições estão em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim sendo, surgiram os seguintes **questionamentos**:

- Como tem sido construído o projeto terapêutico comunitário no contexto das equipes da Terapia Comunitária (TC)?
- De que forma a medicalização/medicamentação tem se constituído em estratégia de cuidado na TC?
- Como se organiza o fluxo da atenção na TC e as articulações com as intervenções substitutivas?
- Quais são os saberes e práticas operados para a produção do cuidado na TC?

1.3 Objetivos

Para responder a esses questionamentos, o presente estudo apresenta os seguintes objetivos:

- Analisar o projeto terapêutico comunitário no contexto da equipe de Terapia Comunitária.
- Descrever a medicamentação/medicalização como estratégia de cuidado na saúde comunitária.
- Discutir o fluxo da atenção na TC e a articulação com as intervenções substitutivas.
- Identificar saberes e práticas para a promoção do cuidado na TC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A Reforma Psiquiátrica na rede básica: impasses, avanços e estratégias

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresenta seus marcos teórico e políticos nos seguintes encontros nacionais: 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010). Percebe-se que, a Reforma Psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, apresentou momentos de intensas discussões e surgimento de novos serviços (principalmente nas décadas de 80 e 90) intercalados por períodos de lentificação.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) foi realizada no contexto dos princípios e das diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tida como marco histórico no campo da saúde e na construção do SUS. O principal foco de discussão dessa conferência foi a crítica à assistência da saúde mental centrada no hospital, caracterizando o modelo médico-psiquiátrico. Avaliou-se que o modelo preponderante era ineficaz, oneroso para os usuários e para a sociedade, e que violava os direitos humanos fundamentais (SUS/CNS 2002). Outros acontecimentos importantes: emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias de serviços (Santos e São Paulo) (VASCONCELOS, 2010).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) caracterizou-se como a 1ª conferência que teve uma ampla mobilização, contendo etapas municipais, estaduais e nacional, com participação de usuários e familiares. Aprofundou as críticas ao modelo hospitalocêntrico e formalizou um novo modelo assistencial, diverso não somente nos conceitos, nos valores e na estrutura das redes de atenção, como também nas relações humanas no atendimento ao cliente e família, a partir de seus direitos como cidadão (SUS/CNS 2002). Apresentou mobilização e conquista da hegemonia política do modelo de desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação de novos serviços substitutivos

(VASCONCELOS, 2010).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) reafirmou a saúde mental como direito do cidadão e dever do Estado. Fomentou a necessidade de assegurar, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS (integralidade, universalidade, acesso gratuito, equidade, participação e controle social), que respeitem os princípios da Reforma Psiquiátrica e que priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental. A partir de então, buscou-se uma maior agilidade na criação de serviços substitutivos que garantissem cuidado, inclusão social e emancipação das pessoas (SUS/CNS 2002). Ocorreu também a aprovação da lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial e ampliação da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças, adolescentes, abuso de drogas, entre outros) (VASCONCELOS, 2010).

Caracterizam-se serviços substitutivos aqueles que desenvolvem atenção personalizada, promovem relação entre profissionais e usuários pautados no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de papéis. Aqueles que, incluem em suas ações a família, buscando a construção de projetos que promovam a inclusão social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (SUS/CNS 2002).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) apresentou a possibilidade de se refletir sobre os caminhos trilhados, além de se analisar a atual conjuntura. Destacou os seguintes problemas a serem enfrentados: excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores que não vivenciaram a experiência e a mobilização dos períodos anteriores. Como desafios atuais, evidenciou: processo de universalização das políticas sociais, ocorrendo em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e a expansão de um grande ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas sociais públicas e de indução à desassistência.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica vem, ao longo do tempo, buscando modificar a assistência à saúde mental, baseada no modelo centrado na referência

hospitalar, geradora de cronificação, estigmatização e isolamento da clientela, para um modelo de atenção descentralizada e de base comunitária. Para isso, tem-se buscado a integração da rede básica de saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS), com os Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, Residências Terapêuticas, dentre outros serviços que ofereçam intervenções substitutivas ao tratamento especializado em saúde mental.

Documentos do Ministério da Saúde, como o Relatório de Oficinas de Saúde Mental (2002), discute a integração da saúde mental na rede básica, enfatizando seus pontos de apoio. Esse relatório identifica a ESF como estratégia estruturante da atenção básica, por ter capacidade de organização de serviços de forma hierarquizada e regionalizada. Além disso, constitui-se como o serviço de maior resolubilidade da atenção básica e por já lidar com ações de saúde mental, no momento que atende o sofrimento psíquico de pessoas e famílias no contexto da comunidade (SUS/CNS 2002; BRASIL, 2006).

O relatório também enfatiza que, para haver uma incorporação, de maneira sustentável e organizada, das ações de saúde mental na rede básica é necessário: coerência com os princípios e as diretrizes da ESF; adequada incorporação tecnológica, no âmbito da infraestrutura, dos recursos humanos e no campo do conhecimento; monitoramento e avaliação através de metas das ações de saúde mental e presença de serviços substitutivos com a adequada integração com a ESF.

O objetivo da Reforma Psiquiátrica, com a integração entre saúde mental e rede básica, é o de fomentar nos indivíduos, na família e na comunidade: crescimento, autonomia, garantia de direitos, qualificação da convivência, garantia da escuta, valorização das raízes culturais e redes de pertencimento, reapropriação do processo de adoecer, potencialização e ampliação das redes de apoio e negação a toda forma de medicalização que gere cronificação (SUS/CNS, 2002; BRASIL, 2004).

No entanto, para alcançar esses objetivos, o surgimento, o funcionamento e a integração dos serviços de saúde não são suficientes. São necessárias as políticas públicas intersetoriais e integradas, comprometidas com as necessidades

das pessoas, com ampliação de oportunidades, construção de direitos e desenvolvimento local.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) cita que os princípios que unem a Reforma Psiquiátrica e o PSF são: os princípios do SUS; a compreensão de território, incluindo recursos, valores, cultura e relação entre as pessoas; intersetorialidade; atenção integral contínua e de qualidade; existência de equipe multiprofissional, executando ações planejadas.

Também relata que os profissionais que compõem as equipes de ESF e saúde mental precisam de “sensibilização” para executar um trabalho de qualidade. Nesse relatório, entende-se sensibilização como capacidade de: escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; identificação de pontos de vulnerabilidade no indivíduo, na família e na comunidade; incorporação da saúde mental nos grupos de atendimento, como de crianças, idosos, gestantes; acompanhamento e acolhimento de egressos de internações psiquiátricas e de outros serviços especializados; mobilização de recursos comunitários; promoção de palestras, debates sobre saúde mental e cuidado da família para que ela possa cuidar do outro (SUS/CNS, 2002).

Alguns municípios do Ceará têm avançado na formação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles, cita-se Sobral-CE. Dentre os princípios norteadores da formação de sua rede estão: universalidade e integralidade da atenção, equidade, sistema de referência e contrarreferência, participação popular, mediações sociais, inserção social nas relações de trocas sociais, horizontalidade do sistema, habilitação social e perspectiva da convivência dos diferentes (PEREIRA e ANDRADE, 2002).

Sobral, nos dias atuais, é um dos municípios do Ceará que mais avançou quanto à formação da rede de assistência em saúde mental, buscando a constante integração entre ESF e os seguintes serviços substitutivos: CAPS, Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral municipal, Ambulatórios de Psiquiatria em um Centro de Especialidades Médicas, Serviço de Residência Terapêutica (PEREIRA e ANDRADE, 2002).

Atualmente, apreende-se que os pontos em comum entre a proposta da Reforma Psiquiátrica para saúde mental na rede básica e a ESF são o atendimento

descentralizado e a base comunitária. A ESF tem como papel, compondo a rede de saúde mental, adscrever os pacientes em seu território, acolher, diagnosticar e tratar os transtornos mentais mais prevalentes, além de atuar na resolução de problemas psicossociais em sua comunidade e possuir uma rede especializada para apoio (PEREIRA e ANDRADE, 2002; SAMPAIO e BARROSO, 2002).

Pereira e Andrade (2002) enfatizam que, mesmo diante da presença de uma rede montada de saúde mental, a qualificação ainda é ineficiente devido ao despreparo de alguns profissionais para atuar na comunidade, seja no manejo clínico, como na abordagem comunitária, frente a problemas gerados por questões sociais. Apresentam, como proposta de qualificação profissional multidisciplinar, cursos de Residência em Saúde da Família. Relatam que a formação multiprofissional vem favorecendo e melhorando a qualidade da assistência no município de Sobral-CE.

Casé (2002), discorrendo sobre a rede de saúde mental em Camaragibe-PE, ressalta também, como fatores agravantes da integração saúde mental e PSF, a expectativa e a ansiedade dos profissionais do PSF, causadas pela falta de experiência prática em resolver questões de saúde mental, além de alegar que esse tipo de assistência gera um aumento no volume de trabalho. Outros pontos críticos dessa integração seriam as equipes de saúde mental limitadas, associadas à falta de recursos financeiros.

Quanto aos treinamentos das equipes de saúde da família em assuntos de saúde mental, Sampaio e Barroso (2002) alertam que esses momentos não podem ser resumidos em elaboração de procedimentos simplificados de psiquiatria. A interdisciplinaridade deve promover construção recíproca de teorias, práticas e éticas, mediante um eixo epistemológico comum. No entanto, essa ação precisa de uma base política disposta a inverter paradigmas quanto à assistência em saúde mental, estando o gestor sensível para mudanças, aberto a coletividade, planejando, elaborando e cumprindo pactos de governabilidade.

Ressaltam ainda que as políticas nacional, estadual e municipal de saúde mental devem integrar ações efetivas, inclusive de financiamento, promovendo a indissociabilidade entre a promoção da saúde, da prevenção de agravos e doenças, do tratamento e da habilitação social, com menores custos econômicos e menores

danos a vínculos culturais (SAMPAIO e BARROSO, 2002).

Sampaio e Barroso (2002), relatando ainda sobre a integração da rede de saúde mental e PSF no município de Quixadá, afirmam que essa articulação vem gerando habilitação social, ética pública e solidária, promoção, prevenção e educação em saúde, além de ser capaz de catalisar reações de tolerância, confiança e solidariedade nos indivíduos, nas famílias e nas comunidades.

Os autores supracitados afirmam que a acessibilidade geográfica (facilidade de ser atendido) deve vir acompanhada de acessibilidade política, que diz respeito à capacidade de planejar e decidir de modo participativo.

Ressaltam também que essa integração permite uma inversão da hierarquia clássica que centraliza os procedimentos mais complexos e descentraliza os mais simples, favorecendo os cuidados, inclusive dos mais graves nas suas residências, apoiados por familiares e comunidade adscrita (SAMPAIO e BARROSO, 2002).

Fazem ainda uma análise crítica sobre a interdisciplinaridade que não deve ser compartimentada e estanque, mas sim dinâmica e integrada, para que a troca de saberes e papéis possibilitem complementaridade na assistência ao indivíduo e à família, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Lancetti (2002), relatando sobre a origem da integração da atenção básica e saúde mental em São Paulo, fala sobre a formação de equipes de saúde mental para assessorar o PSF. Descreve que resolveram formar equipes de saúde mental, inicialmente, sem psiquiatra, evitando, assim, o processo de geração de demanda. Além disso, tiveram como prioridade: capacitar os ACS em saúde mental, assegurar os programas de habilitação, trabalhando com as famílias, e formação de planos de cuidados para cada família, com monitoramento das ações programadas.

Observa-se, portanto, a grande complexidade existente na integração da atenção básica e da saúde mental. Analisa-se que não pode haver integração sem a presença dos serviços substitutivos, sem uma mudança na troca de saberes entre os profissionais de saúde e sem uma modificação política entre os gestores.

2.2 Projeto terapêutico em saúde mental e sua interlocução com as práticas da terapia comunitária: singularidades, subjetividades e resolubilidade

A Terapia Comunitária é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilização dos recursos e das competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A TC funciona como fomentadora da cidadania, restauração da autoestima e da identidade cultural dos diversos contextos familiares, institucionais, sociais e comunitários. Favorece a promoção e a prevenção da saúde, bem como a reinserção social, uma vez que propicia a expressão dos sofrimentos vivenciados nas várias dimensões da vida, que afetam diretamente a saúde das pessoas. A Terapia Comunitária é um exercício permanente de inclusão e valorização das diferenças (BARRETO, 2005).

A TC apresenta-se no âmbito da promoção da saúde mental, valorizando o saber popular, criando outros espaços de manifestação do sofrimento psíquico. Mais do que um espaço de terapia tradicional, favorece a formação de atores de saúde capacitados para a escuta dos sofrimentos e das inquietações dos indivíduos, em um ambiente de troca de experiências entre os pares. Valoriza ainda as práticas populares, incorporando o saber de rezadeiras, curandeiros, a utilização do conhecimento dos remédios feitos com plantas medicinais, as práticas integrativas, a massoterapia e outras ações produzidas pela acumulação de saberes da população local, os quais fazem parte de sua cultura.

Nesse conceito, Barreto (2005) apresenta, de uma forma singular, a base teórica que veio dar a origem à Terapia Comunitária. De um modo sucinto, apresenta traços da Teoria da Comunicação, da Pedagogia de Paulo Freire, da Antropologia Cultural, da Resiliência e do Pensamento Sistêmico.

Neste ponto do estudo, ressaltar-se-ão apenas alguns pontos dos referidos eixos teóricos, não buscando um amplo aprofundamento, por este não ser o foco principal da pesquisa. Essa breve narrativa tem apenas o intuito de compreender sua interligação na implantação e na prática da Terapia Comunitária.

2.2.1 Teoria da Comunicação

A comunicação está presente em todas as nossas relações. A compreensão da mensagem emitida ou recebida é a base para que se estabeleça um diálogo entre as pessoas. A comunicação pode manifestar-se de maneira verbal e não verbal.

Na terapia comunitária a fala é muito importante. Normalmente se estimulam as pessoas a falarem, muitas vezes, utilizando ditos populares para desenvolver o estímulo, como, por exemplo: *Quando a boca cala, os órgãos falam. E quando a boca fala, os órgãos saram.*

Silva e Muniz (2008) citam Gregory Bateson como precursor da Teoria da Comunicação Humana, através de uma análise sobre a patologia comunicacional e a esquizofrenia, também ressaltado por um profundo estudo sobre a obra de Bateson, voltada para a comunicação realizada por Centeno (2009).

Segundo Bateson, citado por Silva e Muniz (2008) e Centeno (2009), a teoria da comunicação apresenta cinco axiomas: todo comportamento é comunicação; toda comunicação tem dois lados: o conteúdo e a relação; toda comunicação depende da pontuação; toda comunicação tem dois aspectos: a comunicação verbal e a comunicação não verbal; e toda comunicação entre pessoas é feita de forma simétrica (baseada no que é parecido) ou complementar (baseada no que é diferente).

Para Barreto (2005), a comunicação é o elo entre os indivíduos, a família e a sociedade. Apresenta a comunicação como um processo de múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar associados ao comportamento humano. Relaciona também com a busca incessante de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido como cidadão.

Barreto (2005) também enfatiza o efeito nocivo da comunicação, quando usada de forma ambígua. Incentiva que, na Terapia Comunitária, haja sempre uma busca da clareza da informação, com o intuito de promover o crescimento, a reflexão diante da palavra proferida ou escutada e a transformação pessoal e coletiva. Identifica-se que todo comportamento é comunicação e, se tudo é comunicação,

tudo também é código e o código reenvia à cultura e as nossas raízes (BARRETO, 2005).

2.2.2 O Pensamento Sistêmico

A Teoria Geral dos Sistemas foi elaborada e sistematizada pelo biólogo Ludwig Von Bertalanffy, a partir da década de 50. Sucede a teoria psicanalítica e a teoria behaviorista, como a terceira grande contribuição à busca de uma teoria unificada do comportamento humano. Bertalanffy foi pioneiro da ideia de que um sistema era mais que a soma de suas partes, ressaltando a importância de se concentrar no padrão dos relacionamentos dentro de um sistema ou entre os sistemas, e não na substância de suas partes. (BERTALANFFY, 1975).

Bertalanffy (1975) apresentou uma visão diferente do reducionismo científico, aplicado pela ciência convencional da época. Considerava sistema o conjunto de partes interagentes e interdependentes, que, quando juntas, formam um todo unitário, com objetivos e funções determinadas. Compreendia que o resultado gerado pelo sistema é sempre maior do que o que as unidades poderiam gerar, funcionando isoladamente.

Os conceitos fundamentais são os de entropia (todo sistema sofre deterioração); entropia negativa (para que o sistema continue existindo, tem que desenvolver forças contrárias a entropia); homeostase (capacidade de o sistema manter o equilíbrio); homeorrese (toda vez que há uma ação imprópria do sistema, ele tende a se equilibrar) (BERTALANFFY, 1975).

Aplicadas à terapia familiar, essas ideias de que um sistema familiar deveria ser visto como mais do que uma coleção de palavras e de que os terapeutas deveriam concentrar-se mais na interação entre os membros da família do que nas qualidades individuais, tornaram-se os princípios centrais do processo terapêutico (SILVA e MUNIZ, 2008).

O pensamento sistêmico contribui para: envolvimento das pessoas, para que elas se empenhem no processo cooperativo; desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos para que as pessoas tenham condições de atingir seus objetivos em conjunto (BARRETO, 2005).

O aprofundamento na teoria geral dos sistemas permite ao terapeuta comunitário identificar o sofrimento do indivíduo ou da coletividade, numa visão de um todo entrelaçado (sistema). Entende-se o indivíduo como um sistema de pequena dimensão frente ao sistema família e ao sistema comunidade.

Para Barreto (2005), o pensamento sistêmico diz respeito à compreensão de que fazemos parte de um todo complexo que envolve o biológico, através do corpo, o psicológico, através da mente, e a sociedade. Relata que esse todo funciona interligado, fazendo com que cada parte influencie e interfira constantemente na outra.

O reconhecimento de se fazer parte de um todo permite ao indivíduo compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, fazendo-o vivenciar a corresponsabilidade (BARRETO, 2005).

2.2.3 A Antropologia Cultural

Para Barreto (2005), Antropologia Cultural é uma ciência que estuda a cultura, as realizações de um povo ou de grupos sociais, considerando a habilidade dos grupos em pensar, avaliar, discernir valores e fazer suas opções no cotidiano. Esse referencial cultural ajuda o indivíduo a assumir a identidade como pessoa e cidadão, rompendo com a dominação do outro, assim como com a exclusão social, que, muitas vezes, impõem uma identidade negativa, baseada nos valores de uma cultura que quer demonstrar superioridade a outra.

A cultura, nos dias atuais, precisa ser valorizada como complemento a outros conhecimentos, ajudando a reconhecer, nos grupos, seus potenciais de crescimento, de resolução de seus problemas e estratégias de superação frente às adversidades impostas no dia a dia.

Silva e Muniz (2008) fazem referência a etnopsiquiatria ou psiquiatria social, como uma corrente da Psiquiatria que avalia a correlação de fatos étnicos e os distúrbios mentais. Relatam que essa corrente se baseia nos seguintes pressupostos: há uma íntima relação dos fatores culturais e os transtornos mentais; muitas técnicas psicoterapêuticas atuais, devido à constituição policultural de nossa sociedade, foram baseadas em experiências de curandeiros tradicionais.

2.2.4 A Pedagogia de Paulo Freire

A Pedagogia de Paulo Freire ressalta que o conhecimento não está separado do contexto de vida. O trabalho pedagógico é de natureza política, pois envolve a construção da cidadania. Para ser cidadão, não basta saber reconhecer o mundo das palavras, mas perceber-se como ser humano histórico que produz cultura. Enfim, o método de Paulo Freire é um chamado coletivo a todos os membros da raça humana para criar e recriar, fazer e refazer, através da ação e da reflexão (BARRETO, 2005).

Na Pedagogia de Paulo Freire, todos têm algo a aprender seja como educando ou educador. Relata que ensinar requer diálogo, troca de experiências, intercalados de momentos de fala e escuta. Comenta que a autossuficiência é incompatível ao processo de ensinar, pois os homens que querem ensinar ou aprender algo precisam considerar-se iguais na busca do conhecimento (FREIRE, 2005).

Freire (1983) reflete que, quando o homem toma a consciência de ser inacabado, surgem nele indagações, comparações, busca de novos conhecimentos, que o permitem transformarem a realidade que o cerca.

Outro ponto importante da Pedagogia de Paulo Freire é a necessidade de identificação, apreço e carinho para que algum projeto torne-se realidade. Ressalta que a educação não pode servir de “bico” para o professor; que, para o professor tornar-se um educador, é necessário, além do conhecimento, envolvimento afetivo e compromisso. Lembra que a missão do educador é lidar com a formação do ser humano que envolve seus ideais, suas interrogações acerca de si e do mundo que os cerca (FREIRE, 2005, 1983).

Desse modo, Barreto (2005) salienta que o perfil do terapeuta comunitário deve ser muito semelhante ao do educador proposto por Paulo Freire.

2.2.5 Resiliência

Na Terapia Comunitária, a forma como os indivíduos conseguem superar as suas crises serve de matéria-prima para um trabalho de consciência coletiva,

sobre as implicações sociais da gênese do sofrimento humano.

Barreto (2005) considera como resiliência a capacidade do ser humano de superar, dentro de um espírito criativo e construtivo, as adversidades que permeiam sua história. Fala da carência que gera competência.

Assim sendo, resiliência é a capacidade de o indivíduo, ou a família, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, conseguindo superá-las.

No entanto, é importante analisar se é possível falar de resiliência sempre que houver sobrevivência física e psicológica da pessoa diante dos fatores de risco, ou se seria resiliente o indivíduo que não só supera as adversidades, mas se sente feliz e em paz com a sua existência.

Quanto à origem etimológica, resiliência vem do latim *resiliens* que significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Pela origem inglesa, *resilient* remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação. (PINHEIRO, 2004).

No dicionário de língua portuguesa Houaiss (2001), resiliência contempla tanto o sentido físico (propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica), quanto o sentido figurado, remetendo a elementos humanos (capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças).

Flach (1991) faz o uso do termo em 1966, visando descrever as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar, com sucesso, as mudanças na vida. Para ele, o indivíduo resiliente é aquele que tem habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva.

Tavares (2001) discute a origem do termo sob três pontos de vista: o físico, o médico e o psicológico. No primeiro, a resiliência é a qualidade de resistência de um material ao choque, à tensão, à pressão, a qual lhe permite voltar, sempre que é forçado ou violentado, à sua forma ou posição inicial - por exemplo, uma barra de ferro, uma mola, um elástico etc. No segundo, a resiliência seria a capacidade de um sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção, por si próprio ou com a ajuda de medicamentos. E, no terceiro, a resiliência também é uma capacidade de as pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem a

situações adversas, sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e reequilibrar constantemente.

Esse autor também contribui com outro enfoque. Ele afirma que o desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de autorregulação e autoestima.

“Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente é, em boa medida, a maneira de as tornar mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente” (TAVARES, 2001, p.52).

Raciocínio semelhante desenvolveu Flach (1991), ao discutir a ideia de ambientes facilitadores de resiliência, os quais apresentam como características: estruturas coerentes e flexíveis; respeito; reconhecimento; garantia de privacidade; tolerância às mudanças; limites de comportamento definidos e realistas; comunicação aberta; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; sentido de comunidade; empatia.

Para Ralha-Simões (2001), o conceito de resiliência não se trata de uma espécie de escudo protetor que alguns indivíduos teriam, mas da possibilidade de flexibilidade interna que lhes tornaria possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa, em face dos confrontos adversos com o meio exterior. Assim, resiliência não seria uma forma de defesa rígida, ou mesmo de contrapressão à situação, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano.

“O indivíduo resiliente parece de fato salientar-se por uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, a par com uma acrescida abertura a novas experiências, novos valores e a fatores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança” (RALHA-SIMÕES, 2001, p.108).

Pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não. Nesse sentido, as características pessoais precisam ser consideradas, como o sexo, o temperamento, os traços de personalidade, a genética, bem como os relacionamentos com familiares e amigos, os aspectos sociais e econômicos, a interação com o ambiente, e ainda o estilo das

práticas parentais. Para compreender a resiliência, é importante tentar conhecer como as características protetoras se desenvolveram e de que modo modificaram o percurso pessoal do indivíduo (PINHEIRO, 2004).

A Resiliência não é uma qualidade que nasce com o indivíduo e, ainda, é muito mais do que uma simples combinação de condições felizes. Devem-se levar em conta as qualidades do próprio indivíduo, o ambiente familiar favorável e também as interações positivas entre esses dois elementos.

2.3 Medicalização social no contexto do território na produção do cuidado em saúde mental

O processo de medicalização é hoje um dos principais pontos de análise na política da saúde pública no Brasil e no mundo, que vem caracterizando uma mudança de paradigma na política de saúde mental. Mesmo com os avanços da saúde pública, representados pela descentralização da assistência, pela instituição do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo desenvolvimento de instrumentos de gestão com participação comunitária, dentre outros, o Brasil ainda permanece com um modelo de saúde médico-centrado, sendo a medicalização uma de suas consequências.

Um dos pressupostos teóricos da medicalização é a de que seria útil e susceptível para promover o bem-estar da humanidade. Ao ser transformado em fundamento filosófico na clínica *psi*, é considerado eficaz aquele medicamento que consegue diminuir o sofrimento subjetivo, promovendo o bem-estar em curto espaço de tempo e a baixo custo. O norte das políticas da saúde pública baseia-se na busca da eficácia como forma de reduzir custos (CALAZANS e LUSTOZA, 2008).

O intuito, com a criação do PSF, foi o de promover uma atenção à saúde, baseada na prevenção e na promoção. No início, houve uma leve mudança paradigmática na atenção aos usuários, no entanto não houve uma organização na formação de profissionais de saúde especialistas que conseguissem manter essa nova forma de modelo. Além disso, o PSF baseia seus atendimentos em programas e protocolos terapêuticos que não atendem a grande massa denominada demanda espontânea que está diariamente nas unidades de saúde (TESSER, NETO E CAMPOS, 2008).

A falta de formação profissional de toda a equipe do PSF, associada com as dificuldades do desenvolvimento de um trabalho multiprofissional integrado, faz com que a figura do médico ainda seja o principal componente de uma equipe de saúde, quando fala-se de atendimento clínico. Além disso, a formação médica essencialmente hospitalocêntrica favorece o fator medicalizante a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, gerando a medicalização social.

A medicalização social se caracteriza como o fenômeno de tornar médicas situações cotidianas dos indivíduos. É um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas vivências e subjetividades, que antes eram resolvidas no próprio ambiente familiar ou comunitário ou de outras formas que não centrados na Medicina e no medicamento (TESSER, NETO E CAMPOS, 2008).

Historicamente percebemos o avanço da medicalização na saúde mental, a partir de 1974, quando a OMS passou a considerar a saúde mental com os mesmos parâmetros da saúde orgânica, acompanhado da grande repercussão do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), difundido na década de 80. Esse avanço também se deu, quando em 2004, a OMS apresentou a proposta de se regulamentarem as diversas psicoterapias, baseadas nos mesmos critérios objetivos que regulamentam a clínica médica (CALAZANS e LUSTOZA, 2008 e GUARIDO, 2007).

Aguiar (2003) comenta que o vocabulário da Psiquiatria começou a expandir-se com mais ênfase na mídia e em outros meios, a partir de lançamento do Prozac, em 1988. Desde então, passou a difundir um discurso apoiado na Neurociência, propondo a entender o cérebro humano e assim explicar sua subjetividade. O supracitado autor relata que a Psiquiatria de hoje, diferentemente de 30 anos atrás não está mais simbolizada pela “loucura” e pelos “manicônios”, mas compreende um universo muito mais vasto que vai desde a esquizofrenia a problemas do cotidiano do indivíduo.

A medicalização excessiva da sociedade parece acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da indústria farmacêutica e seu papel na Psiquiatria (AGUIAR, 2003). Desde 1952, ano em que houve a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamento psiquiátrico, a indústria farmacêutica

não para de investir em pesquisas na área de psicofarmacologia e aplica grande parcela dos recursos em marketing de novas drogas (GUARIDO, 2007).

A história da Psiquiatria contemporânea está relacionada com a criação, em 1980, do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 3ª edição ou DSM-III, que, embora ateuórico, veio com o intuito de unificar o diagnóstico psiquiátrico, a partir de uma relação de sintomas. Representou uma mudança para a hegemonia da Psiquiatria Biológica e a globalização do modelo americano (AGUIAR, 2003).

O DSM III representou a salvação da Psiquiatria na década de 80, pois surgiu como efeito da presença de grandes corporações privadas no campo dessa ciência, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. Na década de 70, o National Institute of Mental Health (NIMH) estava desacreditado devido à baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, o que não ocorreu a partir dos anos 80, em que muito dinheiro, principalmente oriundo de corporações privadas, passou a financiar as pesquisas do NIMH (GUARIDO, 2007).

Antes do DSM-III, o que dominava o campo da Psiquiatria era uma psiquiatria chamada psicodinâmica. O DSM-III possibilitou o tratamento dos transtornos mentais com o mesmo processo que permite a Medicina classificar e tratar as doenças tidas como universais, independente das particularidades dos sujeitos (AGUIAR, 2003).

Com o DSM III, ocorre uma ruptura com a psiquiatria clássica. Caracteriza-se, a partir de então, um período hegemônico da psiquiatria americana com a sua globalização (GUARIDO, 2007).

Aguiar (2003) ainda comenta que, com o advento do DSM-III, a Psiquiatria deixou de tratar os sujeitos com as suas singularidades e passou a cuidar dos “casos” que poderiam se agrupar através da sintomatologia apresentada. Também corroborado por Guarido (2007), quando relata que, enquanto a psiquiatria clássica estava voltada para o lado enigmático da subjetividade humana, a Psiquiatria Moderna baseia-se na Neurociência, promovendo uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, regulada pelo uso de medicamentos.

O DSM, ao propor o modelo de doenças distintas específicas, rompe com a Psicanálise e com toda a psiquiatria clássica que tinha, como interrogação constante, os limites entre o normal e o patológico na saúde mental. Além disso, o universo da Psiquiatria não é mais específico dos psiquiatras, sendo amplamente difundido e utilizado pelos médicos generalistas. Esses aspectos, associados à globalização da indústria farmacêutica, enfatizando os psicotrópicos, vêm, cada vez mais, promovendo a psiquiatrização da vida (AGUIAR, 2003).

A população vem sendo “bombardeada” pela excessiva oferta de medicamentos diariamente apresentados pela mídia, facilitados pela acessibilidade dos meios de comunicação atuais. O poder que a mídia vem encontrando, para ampliar a valorização e a utilização dos produtos farmacêuticos, lançados quase que diariamente no mercado, é tornar acessíveis à população sinais e sintomas de algumas doenças, mostrando livremente a que se destinam variados medicamentos. Através desse conhecimento, muitas pessoas, como não podem adquirir determinados medicamentos, sem prescrição médica, como antidepressivos, por exemplo, começam a desenvolver uma relação médico-paciente atípica, em que é o paciente que diz ao médico qual medicamento quer e deve tomar (AGUIAR, 2003).

A partir da globalização do diagnóstico psiquiátrico através do DSM e do apoio da OMS (2001), tratar pacientes com transtornos mentais e prescrever psicotrópicos deixou de ser papel exclusivo dos médicos psiquiátricos, para fazer parte do universo dos médicos generalistas. Segundo Aguiar (2003), esse processo ampliou, em larga escala, o consumo de psicotrópicos pela população.

Illich (1981) comenta que o consumismo voraz de novos medicamentos e novas tecnologias pela população, dissociado de um pensamento crítico-reflexivo dos benefícios e dos malefícios que a modernidade pode estar trazendo à sua vida, caracteriza-se como a iatrogenia cultural. Para o autor, esse processo iatrogênico manifesta-se através da heteronomia dos sujeitos, gerando um alto grau de dependência dos indivíduos aos serviços de saúde e às tecnologias cada vez mais modernas de tratamentos de saúde, inclusive as que fazem promessas a longo prazo, como no caso da genética, por exemplo, também corroborado por Norman e Tesser (2009).

Já Tesser, Neto e Campos (2008) comentam que Williams e Calnan (1996) têm uma visão positiva em relação à evolução da Medicina Moderna. Comentam que, com ajuda da mídia, é possível que haja uma desmistificação da ciência e da tecnologia, promovendo um empoderamento da população, quanto aos benefícios e aos malefícios da medicalização em sua vida.

Illich (1981) ressalta que certa desmedicalização vem ocorrendo com os avanços das áreas da estética, da moda, da educação física, da saúde pública, porém comenta que a mídia e a facilidade de acesso à informação também vem causando uma grave iatrogenia. Essa iatrogenia é favorecida pela corpolatria a qual resulta na busca patogênica pela saúde e pela higiomania, caracterizada pela busca da saúde perfeita. Tesser, Neto e Campos (2008) comentam também que outro aspecto da biomedicina moderna é a medicalização não só do presente, como também do futuro, baseada nos fatores de risco, difundida principalmente pelas promessas da genética.

Para Tesser e Barros (2008) a medicalização social traz os seguintes prejuízos à atenção da saúde: transformação da cultura, diminuição na autonomia para a resolução de parte dos problemas de saúde, aumento da demanda e conseqüentemente do custo para o Sistema Único de Saúde. Uma das propostas de melhoria para essa situação seria a pluralização terapêutica das instituições de saúde, a utilização do acolhimento proposto pela Política Nacional de Humanização e o apoio às medicinas alternativas e complementares (MAC).

A medicalização social perpassa aspectos socioculturais, políticos, econômicos e de evolução da Medicina e da indústria farmacêutica. Favorece a correlação das experiências humanas de ordem diversa a aspectos médicos. Vem cada vez mais ganhando legitimidade, associando-se a tratamentos da modernidade liderados pela biomedicina (TESSER E BARROS, 2008).

Com o avanço da medicalização, vem ocorrendo uma desvalorização no processo terapêutico dos aspectos subjetivos, sociais, do modo de vida e dos valores dos indivíduos, com avanço de procedimentos profissionalizados, com condutas terapêuticas desnecessárias e, por vezes, danosas. (TESSER E BARROS, 2008).

As medicinas alternativas e complementares (MAC) vêm ganhando espaço paralelo à medicalização, em parte pelas frustrações, pelas dificuldades e pelos limites causados pela biomedicina, dentre eles, relacionados a acesso e custo. Mas também vêm ganhando apoio internacionalmente na saúde pública pela OMS, e, no Brasil, estão sendo incentivadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (TESSER E BARROS, 2008).

Laplantine e Rabeyron (1989) propõem os seguintes eixos caracterizadores das MAC: legitimidade social, dimensão tradicional, constituição em corpus teórico (populares ou eruditas) e funcionalidade medicinal (diagnósticas e/ou terapêuticas).

A prática das MAC na saúde possibilita aos profissionais dessa área e aos pacientes a busca de um estilo de vida mais independente da sociedade de consumo, com valorização de uma consciência ecológica, com resgate da espiritualidade, em busca de uma saúde vista de forma holística e não dualista. Além disso, promove outras formas de poder e de relações, possibilitando novas disposições e motivações entre os envolvidos no processo saúde-doença (TESSER E BARROS, 2008).

Em relação ao cuidado e à cura, Tesser e Barros (2008) apresentam alguns aspectos da MAC que estão proporcionando efetividade: o olhar real da saúde como um bem-estar físico, mental, social e espiritual, enfatizando a integração; a promoção da autonomia dos sujeitos em relação ao cuidado; a reorientação do papel do profissional de saúde, reconhecendo-se parceiro com seus pacientes e não detentor do saber autoritário; a valorização, além das ações biomédicas aos fatores emocionais, espirituais, sociais, dentre outros; o favorecimento de um modelo que privilegie medicamentos ou procedimentos harmonizantes e estimulantes na busca do equilíbrio de quem está doente.

A utilização das MAC vem colaborar com a política de redução de danos na saúde, pois é bem menos iatrogênico para os usuários do SUS tornarem-se pessoas “homeopatizadas”, “terapeutizadas”, “ioguizadas” do que, cada vez mais, dependentes de intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo. (TESSER e BARROS, 2008).

Tesser e Barros (2008) acreditam que as MAC possuem virtudes intrínsecas, relevantes e promissoras, com estratégia para redução da medicalização no âmbito do SUS. Acrescentam que seu fomento não é uma panaceia e que, como qualquer prática da saúde, seu exercício está sujeito a ressignificações redutoras, medicalizantes e higiomaníacas. Entretanto, defendem a oferta das MAC no SUS, como cultivo de “democracia e ecologia epistemológicas” sustentáveis e estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, da equidade e da integralidade

Embora, atualmente, haja grupos de Terapia Comunitária em todas as regiões brasileiras (43 polos formadores distribuídos), resolveu-se realizar a pesquisa em Fortaleza, por ter sido o município onde a TC foi fundada e consolidada através da Comunidade de Quatro Varas (BARRETO, 2005; ABRATECOM, 2010). Ressalta-se que esse estudo não teve objetivo de comparação entre os Projetos e que estes foram escolhidos por serem espaços onde a Terapia Comunitária está consolidada como ação terapêutica, há mais de dez anos.

Cenário A – Projeto Quatro Varas

Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária



Fonte: www.4varas.com.br/galeria.htm

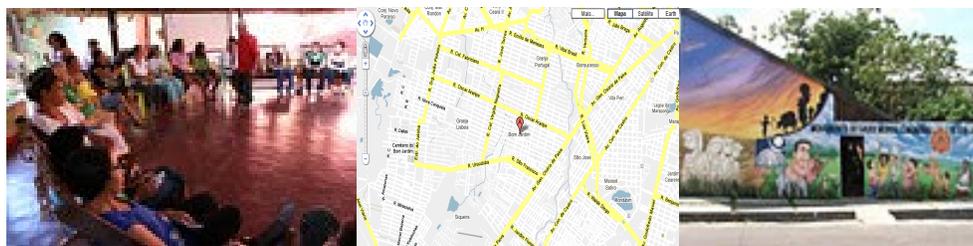
O projeto Quatro Varas teve como fundador o professor doutor Adalberto Barreto, no ano de 1987. Foi fundada e consolidada na localidade do Grande Pirambu, que é composta pelos bairros: Tirol, Nossa Senhora da Graças, Cristo Redentor e Quatro Varas, uma extensa área de periferia localizada na zona oeste de Fortaleza com aproximadamente 400 mil pessoas. O projeto Quatro Varas é uma das 110 comunidades organizadas desse bairro. Desde sua formação, esse movimento vem promovendo, além do desenvolvimento comunitário, a formação de terapeutas comunitários, com expansão no Brasil e em alguns países da América Latina e da Europa (PROJETO QUATRO VARAS, 2010).

O nome Quatro Varas foi sugerido por Pe. Henri Le Boursicaud, padre redentorista, francês, fundador do Projeto *Emaús-liberté* na França, entre os anos de 1985-1986. Esse projeto visa ajudar pessoas em situações de vulnerabilidade social

e foi fundado também em Fortaleza por Pe. Henri e Airton Barreto. O nome do projeto foi sugerido em reunião com a comunidade do Pirambu, após Pe. Henri contar a seguinte história: Um homem muito velho, perto de morrer, pediu aos seus quatro filhos que fossem a uma mata e trouxessem cada um uma vara. Quando chegaram, pediu que cada um quebrasse a sua vara, o que fizeram com facilidade. Depois pegou quatro varas e amarrou-as, pedindo novamente que as quebrassem, o que não foi conseguido por nenhum deles. Ao que o pai falou “meus filhos, se vocês permanecerem unidos nada conseguirá derrubá-los, separá-los, mas, caso prefiram ficar separados, desunidos ficarão fracos”. Todos ficaram muito sensibilizados com essa história e resolveram “batizar” o projeto de Quatro Varas (história extraída de um banner presente no projeto e confirmada por seus fundadores Adalberto e Airton Barreto).

Atualmente ocorre terapia comunitária semanalmente, às quintas-feiras, durante duas horas, atendendo em torno de 1500 pessoas anualmente (PROJETO QUATRO VARAS, 2010).

Cenário B – Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ)



Fonte: www.msmbj.org.br/galeria-de-fotos/terapia-comunitaria-2

A base de formação do MSMBJ está nas comunidades eclesiais de base (CEBs), através da pessoa do Pe. Rino Bonvini, originando-se como espaço de escuta e acompanhamento terapêutico aberto às pessoas das diversas comunidades que compõem a região do Bom Jardim. Este é um bairro com aproximadamente 230 mil habitantes, sendo o bairro mais populoso de Fortaleza, localizado ao sul do município, compondo a regional V (IBGE, 2000). Para formação dos profissionais, houve uma parceria com a Universidade Federal do Ceará, sob a

supervisão de Adalberto Barreto e acompanhamento de Pe. Rino Bonvini, através da qual surgiram os primeiros terapeutas comunitários dessa comunidade.

O principal objetivo do MSMCBJ é favorecer o desenvolvimento comunitário, com o resgate da autoestima, para que seus participantes possam se transformar em agentes de transformação, na situação de miséria em que vivem. Passados mais de dez anos de criação, alguns dos projetos desenvolvidos são: grupos de terapia comunitária, atendimento de massoterapia, atendimentos psicológicos individuais, dentre outros. As terapias comunitárias ocorrem sempre às terças-feiras numa palhoça acoplada ao CAPS.

A pesquisa foi realizada nos dias de terça e quinta para que fosse possível fazer observação sistemática das terapias e para facilitar a participação dos usuários e terapeutas nas entrevistas e grupos focais.

3.3 Técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados através da observação sistemática dos grupos de terapia comunitária, das entrevistas semi-estruturadas com terapeutas comunitários e usuários, e da realização de grupos focais com usuários da TC, nos dois cenários escolhidos para a pesquisa.

Foram feitas observações sistemáticas de seis terapias comunitárias, sendo três ocorridas no Projeto Quatro Varas e três no MSMCBJ. As observações foram escritas em diário de campo e complementaram os dados das entrevistas e dos grupos focais realizados.

Após o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE D e E), as entrevistas e os grupos focais foram gravados na íntegra e, em seguida, transcritos e analisados.

As entrevistas semiestruturadas realizadas com os terapeutas seguiram um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A). O roteiro abordou informações relacionadas à temática do estudo, sendo subsidiado pela literatura estudada, pelos pressupostos teóricos e pelos objetivos a serem alcançados. Foi subdividido,

inicialmente, em dados de identificação e caracterização dos participantes, contendo logo após questionamentos acerca da problemática estudada como: significados do ser terapeuta comunitário, conhecimento dos eixos teóricos da Terapia Comunitária, visualização dos eixos teóricos no desenvolvimento da TC, resolubilidade da TC, TC e atenção básica, medicalização social e relação TC e medicalização social.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na coleta de dados, em trabalhos de campo. Podem ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas (MINAYO, 2008). Avaliando os objetivos da pesquisa e a sua natureza, escolhemos a entrevista semiestruturada, por esta apresentar aspectos importantes para a coleta de dados, como oferecer possibilidades de aprofundamento das falas dos sujeitos acompanhados de seus sistemas de valores, normas, símbolos, comportamentos, peculiares a cada pesquisado.

As entrevistas semiestruturadas realizadas com os usuários (APÊNDICE B) contaram com dados de identificação e caracterização desses usuários, buscando aprofundar os seguintes assuntos pertinentes ao estudo: conceitos de saúde; saúde mental e cuidado; compreensão da relação TC, cuidado/TC e tratamento terapêutico; motivos que os levaram a TC; representação da TC; medicalização/medicamentação; limites e resolubilidade da TC e rede de cuidados.

Os grupos focais ocorreram nas duas palhoças com usuários da TC. O objetivo principal do grupo focal é identificar percepções, conceitos, valores, comportamentos, sentimentos dos participantes, frente a determinado assunto ou atividades através da interação do grupo (DIAS, 2000; GATTI, 2005).

Os grupos focais geralmente são pequenos e devem possibilitar a participação e a interação de todos, de uma forma relativamente ordenada. Os adeptos dessa técnica partem do pressuposto de que a energia gerada pelo grupo favorece a profundidade e a diversidade das respostas, possibilitando uma maior riqueza de detalhes, quando comparado a soma de respostas individuais.

Para os grupos focais, foram utilizados temários acrescidos de planejamento das sessões (APÊNDICE C), nos quais foram descritos os temas abordados e suas perguntas norteadoras, acompanhados de procedimentos desenvolvidos.

As atividades ocorreram nas ocas dos movimentos, em datas e horários pré-estabelecidos pela pesquisadora, em comum acordo com os participantes. Ressalta-se que houve visitas prévias às rodas de terapia comunitária dessas ocas, para selecionar os participantes dos grupos focais, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados anteriormente. Cada sessão durou em média duas horas, sendo integralmente gravadas em áudio, com os devidos cuidados em propiciar um momento agradável, verificando condições do ambiente e integração do grupo.

A equipe foi composta por: 01 mediadora/moderadora da dinâmica (própria pesquisadora), 01 observador e operador de gravação (terapeuta comunitário convidado pela pesquisadora). No início da sessão, foi apresentado o estudo (tema, objetivos, questões éticas) aos sujeitos envolvidos; logo após foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Ao final, foi feita uma avaliação da dinâmica com o grupo e com a equipe, em momentos distintos.

Foram realizados dois grupos focais, sendo que ocorreu um em cada cenário. Os grupos focais abordaram os seguintes temas, conjuntamente: motivos que os levaram a procurar a TC; como chegaram às rodas de terapia comunitária; relação de vínculos com a atenção básica e a rede de saúde mental; resposta da TC na resolução de seus problemas; representação da TC na vida dos participantes; representação do medicamento na vida dos participantes da terapia comunitária; motivação para o uso de medicação contínua; tipos de medicações utilizadas e situações de uso; interferência da TC no consumo de medicação contínua; conhecimento dos prescritores das medicações; relação profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde.

Quadro 1: Objetivos do estudo, instrumentos e técnicas de coleta de dados

| OBJETIVOS | INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS |
|--|---|
| Descrever quais os limites, os avanços e as estratégias da Terapia Comunitária na produção de cuidado em saúde mental. | Observação sistemática Entrevista semiestruturada |
| Identificar como se dá o atravessamento dos saberes e das práticas no exercício da Terapia Comunitária. | Observação sistemática Entrevista semiestruturada |
| Analisar como se constrói o projeto terapêutico dos usuários da Terapia Comunitária e sua articulação com as intervenções substitutivas. | Observação sistemática Entrevista semiestruturada Grupo focal |
| <p>Discutir:</p> <p>Como os dispositivos de cuidado na terapia comunitária interferem na medicamentação e na medicalização.</p> <p>Como se dá o fluxo de atenção à saúde mental dos usuários da Terapia Comunitária.</p> | Observação sistemática Entrevista semiestruturada Grupo focal |

3.4 Participantes do estudo

Pela contribuição da Terapia Comunitária na rede básica e seus limites na atenção à saúde mental, buscando observar o processo de medicalização entre seus participantes, entende-se que seria importante entrevistar e convidar para tomar parte dos grupos focais usuários que já participassem da TC por pelo menos seis meses. O grupo de sujeitos da pesquisa se constituiu de usuários da TC e terapeutas comunitários dos cenários apresentados anteriormente.

A divisão de grupos ocorreu da seguinte maneira, conforme Quadro 1 e Quadro 2:

Quadro 2: Grupos de usuários e terapeutas entrevistados

| GRUPO | Nº de sujeitos entrevistados |
|---|-------------------------------------|
| Usuários da TC do MSMCBJ | 02 |
| Usuários da TC do Projeto Quatro Varas | 02 |
| Terapeutas Comunitários do MSMCBJ | 02 |
| Terapeutas Comunitários do Projeto Quatro Varas | 03 |
| TOTAL | 09 |

Quadro 3: Grupos de usuários participantes dos grupos focais

| GRUPO | Nº de usuários que participaram dos grupos focais |
|----------------------------------|--|
| Usuários do MSMCBJ | 09 |
| Usuários do Projeto Quatro Varas | 08 |
| TOTAL | 17 |

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi definido, levando-se em consideração a compreensão e o aprofundamento dos discursos dos sujeitos que foram surgindo a partir das percepções, dos conceitos, dos valores, das suas atitudes, frente ao fenômeno estudado que se caracterizou pela saturação teórico-empírica. A amostragem qualitativa valoriza os sujeitos sociais, considera os sujeitos em número suficiente, quando ocorre recidiva das informações, exceto as de cunho explicativo, compreende que, mesmo diante de uma homogeneidade, o grupo escolhido é diverso, apresentando semelhanças e diversidades necessárias para que se possa alcançar o objetivo da pesquisa (MINAYO, 2008).

A escolha dos grupos foi precedida de uma análise exploratória. Inicialmente, realizou-se contato prévio com representantes dos movimentos escolhidos.

Quadro 4: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes por grupo

| GRUPOS | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO |
|---------------|--|--|
| Grupos I e II | <p>Participante da Terapia Comunitária há mais de 06 meses;</p> <p>Participante da TC, usuário de medicação contínua, principalmente benzodiazepínicos e/ou psicotrópicos;</p> <p>Participante da TC que não tenha sido usuário de medicação contínua.</p> | <p>Usuários da TC com menos de 06 meses;</p> <p>Usuários desorientados ou em crise, sem condições cognitivas para participar do grupo focal.</p> |
| Grupo III | Terapeuta comunitário por, no mínimo, 01 ano. | Terapeuta comunitário com menos de 01 ano de prestação de serviço. |

Como critério de inclusão para os usuários da TC, compreendemos que o período mínimo de 06 (seis) meses como participante foi relevante para se avaliarem o projeto terapêutico e sua repercussão na vida desses usuários.

3.4.1 Perfil dos participantes do estudo

Quadro 5: Perfil dos usuários entrevistados e participantes dos grupos focais

| Código | Sexo | Idade | Escolaridade | Motivo que os levaram a TC | Tempo de participação na TC |
|---------------|------|-------|------------------------|--|-----------------------------|
| Usuário 1 | M | 45 | Fundamental incompleto | Recuperação pós-internação em hospital psiquiátrico, devido a depressão e síndrome do pânico | 20 anos |
| Usuário 2 | M | 57 | Nível médio completo | Síndrome do pânico pós-situação traumática de violência | 1 ano e 3 meses |
| Usuário 3 | M | 67 | Fundamental incompleto | Depressão | 3 anos |
| Usuário 4 | M | 62 | Superior incompleto | Transtornos mentais com o filho | 3 anos |
| Grupo focal 1 | F | 54 | Fundamental incompleto | Depressão | 7 anos |
| Grupo focal 1 | M | 38 | Analfabeto | Distúrbio de ansiedade | 6 meses |
| Grupo focal 1 | F | 30 | Nível médio completo | Depressão | 6 meses |
| Grupo focal 1 | M | 30 | Nível médio completo | Depressão | 6 meses |
| Grupo focal 1 | M | 28 | Fundamental incompleto | Paga uma pena judicial | 1 ano |
| Grupo focal 1 | M | 19 | Nível médio completo | Distúrbio de ansiedade | 6 meses |
| Grupo focal 1 | M | 32 | Fundamental incompleto | Depressão | 3 anos |
| Grupo focal 1 | M | 50 | Analfabeto | Bruxismo | 3 anos |
| Grupo focal 1 | F | 55 | Fundamental incompleto | Depressão | 2 anos |
| Grupo focal 2 | M | 33 | Nível médio completo | Complemento do trabalho com ACS | 6 meses |
| Grupo focal 2 | F | 40 | Fundamental incompleto | Síndrome do pânico | 2 anos |
| Grupo focal 2 | F | 38 | Fundamental incompleto | Preocupações do dia a dia | 6 meses |
| Grupo focal 2 | F | 29 | Fundamental incompleto | Depressão | 1 ano |
| Grupo focal 2 | F | 43 | Fundamental incompleto | Depressão | 2 anos |
| Grupo focal 2 | F | 32 | Nível médio completo | Insônia | 1 ano |
| Grupo focal 2 | F | 25 | Nível médio completo | Complemento do trabalho com ACS e devido a um familiar com transtorno mental | 2 anos |

Quadro 6: Perfil dos terapeutas comunitários entrevistados

| Código | Idade | Formação | Tempo de formação em TC |
|-------------|-------|---|--|
| Terapeuta 1 | 33 | Psicólogo | 3 anos |
| Terapeuta 2 | 46 | Bibliotecária | 10 anos |
| Terapeuta 3 | 36 | | Formação há 1 ano, mas há 12 anos fazendo TC |
| Terapeuta 4 | 55 | Comerciante/nível médio completo | 14 anos |
| Terapeuta 5 | 68 | Massoterapeuta/nível fundamental completo | 08 anos |

3.5 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que também julgou a pertinência do Projeto e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES D e E), construídos para cada grupo de sujeitos participantes da pesquisa, dos objetivos da pesquisa e dos riscos a que estão vulneráveis os sujeitos da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2000). O projeto foi aprovado em reunião plenária, realizada em 26 de julho de 2010, conforme processo nº 10130751-8.

No início de setembro, com a pesquisa já aprovada pelo Comitê de Ética, começou-se a visitar os locais onde seriam colhidos os dados para apresentarem a pesquisa e combinar os encontros posteriores. Foram três encontros anteriores ao começo da coleta de dados, que teve início em 19 de agosto de 2010 e foi concluída em 05 de outubro de 2010.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados.

3.6 Análise e tratamento dos dados

Na análise do material, para melhor compreensão das questões levantadas nesse estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa, numa perspectiva descritiva.

A abordagem qualitativa apresentou-se como base para o estudo da Terapia Comunitária, como dispositivo de cuidado, por compreendermos que a TC faz parte de uma realidade complexa. Isso se justifica pelo fato de a pesquisa qualitativa preocupar-se com uma realidade que não pode ser quantificada, de trabalhar com o universo dos significados, das ações, dos motivos, das crenças, das aspirações, dos valores, das atitudes e das relações humanas, captadas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, preocupando-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2005).

3.6.1 Ordenação dos dados

No primeiro contato com os dados brutos, realizaram-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas e dos grupos focais gravados. Em seguida, procedeu-se à organização dos dados contemplados nas entrevistas, nos grupos focais e nas observações, com o objetivo de se estabelecer um mapeamento horizontal do material coletado no campo de estudo, organizando-os em diferentes conjuntos. Classificaram-se as entrevistas nos Grupos I (usuários) e II (terapeutas); grupo focal no Grupo III e observações sistemáticas no Grupo IV.

3.6.2 Classificação dos dados

A classificação dos dados foi feita de acordo com Assis (1998):

1º passo: Realizou-se leitura exaustiva e “flutuante” dos textos contidos nas entrevistas, grupos focais e observações, recortando-se os trechos de cada fala que se relacionavam ao objeto em estudo e fazendo-se uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada núcleo de sentido (Quadro 6). A síntese

vertical de cada entrevista, grupo focal e observação sistemática possibilitou a visualização das ideias centrais, sobre o tema em foco, e a construção das áreas temáticas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracteriza o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto em estudo, com direcionamento para se sistematizar a análise (ASSIS, 1998).

Quadro 7: Modelo de quadro construído para análise dos dados

| Unidades Analíticas | Entrevistas com usuários | | | | Síntese horizontal (Convergência, divergência, complementaridade e o diferença) |
|--|--------------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Conceito de terapia comunitária | | | | | |
| Conceito de saúde | | | | | |
| Conceito de cuidado | | | | | |
| Dispositivo de cuidado além da TC | | | | | |
| Motivos que levaram a TC | | | | | |
| Ambiente da TC e repercussão nos usuários | | | | | |
| Repercussão na família | | | | | |
| Histórico do projeto Quatro varas/integração e relação de confiança com a comunidade | | | | | |
| Como conheceu a TC | | | | | |
| Saúde/doença mental | | | | | |
| Autoestima | | | | | |
| A fala na TC | | | | | |
| TC como dispositivo de cuidado | | | | | |
| O uso de medicamentos e a TC | | | | | |
| Projeto terapêutico singular e articulação com as intervenções substitutivas | | | | | |
| Fluxo de atenção na TC | | | | | |
| Limites da TC | | | | | |
| Resolubilidade da TC/ alteração na vida após terapia comunitária | | | | | |
| Síntese vertical | | | | | |

Fonte: Adaptado, Assis, 2005

Apresenta-se o quadro com as entrevistas dos usuários como modelo, mas é importante ressaltar que foram elaborados mais três quadros, nessa mesma formatação das entrevistas com terapeutas, grupos focais e observação sistemática.

Logo em seguida, elaborou-se um quadro de sínteses para se obter uma visão, bem como uma compreensão global do material coletado (QUADRO 7).

Quadro 8: Modelo de quadro de sínteses construído para visualização e compreensão dos dados coletados em todos os instrumentos do estudo

| Unidades | Síntese dos discursos ET | Síntese dos discursos dos usuários | Síntese das observações | Síntese dos grupos focais |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Conceito de terapia comunitária | | | | |
| Saúde/doença mental | | | | |
| TC como dispositivo de cuidado | | | | |
| Fluxo de atenção na TC | | | | |
| OUTRAS | | | | |

Fonte: adaptado Assis, 2005

A identificação de várias unidades analíticas, nas entrevistas, grupos focais e observações sistemáticas contribuíram para a estruturação das áreas temáticas (QUADRO 8).

Após a elaboração das áreas temáticas, selecionaram-se, em cada entrevista, observação sistemática e grupo focal, as falas que se identificavam com cada área, recortando-as e colando-as no tema correspondente. Em seguida, fez-se a síntese de todos os trechos recortados, em cada área, e montou-se um quadro de análise para os grupos participantes da pesquisa, como pode ser visto no modelo apresentado a seguir:

Quadro 9: Modelo de quadro construído para análise dos dados após identificação das áreas temáticas

| Áreas Temáticas | Entrevistas com usuários, entrevistas com terapeutas, grupos focais e observação sistemática | | | | Síntese horizontal (Convergência, divergência, complementaridade e a diferença) |
|---|--|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1. Projeto terapêutico singular no contexto da equipe da Terapia Comunitária: tecnologias, caracterização, relações, limites e resolubilidade | | | | | |
| 2. Medicamentação como estratégia de cuidado na saúde comunitária | | | | | |
| 3. Fluxo de atenção na Terapia Comunitária e articulação com as intervenções substitutivas; | | | | | |
| 4. Saberes e práticas para a promoção do cuidado na Terapia Comunitária | | | | | |
| SÍNTESE VERTICAL | | | | | |

Fonte: adaptado Assis, 2005.

2º Passo: Após a montagem do quadro de análise para os grupos do estudo, iniciou-se a segunda etapa, com a leitura transversal de cada corpo de comunicação, estruturado a partir das áreas temáticas. Procurou-se fazer um entrecruzamento das ideias contidas nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes, relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos questionamentos, buscando-se a compreensão das ideias entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório.

3.6.3 Análise final dos dados

Enfatiza essa análise, segundo Assis (1998), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise de um contexto histórico-

-estrutural específico exige um movimento contínuo entre os dados e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

Após a classificação dos discursos dos entrevistados, dos grupos focais, e as observações realizadas, componentes das áreas temáticas, realizaram-se as sínteses horizontais e verticais, procedendo-se o entrecruzamento entre os sujeitos e as observações da prática, agrupando as idéias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

Fez-se, então, a análise dos dados, tendo como referências as áreas temáticas que emergiram dos dados. A partir do material construído durante as entrevistas, os grupos focais e as observações realizadas, cruzaram-se as diferentes informações levantadas, articulando-as com o referencial teórico, através da técnica de triangulação do material, o que possibilitou às várias dimensões do processo investigativo entrecruzamento e complementarem-se entre si.

A triangulação de diferentes técnicas de obtenção de dados – observação sistemática, entrevistas semiestruturadas e grupo focal – possibilitou o entrecruzamento das várias dimensões do processo investigativo. Para Minayo (2008), essa intersecção de diferentes olhares possibilita a verificação e a validação da pesquisa, por meio de diversas técnicas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vista distintos.

Estudaram-se e acompanharam-se as rodas de Terapia Comunitária que ocorreram no Projeto Quatro Varas e no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, seu projeto terapêutico, articulando as convergências e as divergências de conteúdos, ideias de usuários e terapeutas comunitários.

A análise do material adquirido possibilitou a construção de quatro temáticas: 1 - Projeto terapêutico singular no contexto da equipe da Terapia Comunitária: tecnologias, caracterização, relações, limites e resolubilidade; 2- Medicamentação como estratégia de cuidado na saúde comunitária; 3 - Fluxo de atenção na Terapia Comunitária e articulação com as intervenções substitutivas; 4 - Saberes e práticas para a promoção do cuidado na Terapia Comunitária.

4. RESULTADOS E SUAS DIMENSÕES DE ANÁLISE

4.1 Projeto terapêutico singular no contexto da equipe da terapia comunitária: tecnologias, caracterização, relações, limites e resolubilidade.

Na discussão sobre projeto terapêutico singular, no contexto da equipe da Terapia Comunitária, é importante se reportar aos conceitos de sujeito, singularidade e projeto terapêutico que se adotarão. Como sujeito, compreende-se aquele que é complexo, portador de subjetividades, que constantemente altera suas necessidades e seus interesses, que está imerso numa história, num contexto social. Aquele que é portador de autonomia, mesmo que algumas vezes restrita, que tem potencialidades de reação e resistência. Que existe não só em si, mas para si. Que contribui para a sua realidade através de um devir voluntário e de suas conquistas pessoais (OLIVEIRA, 2010; AYRES 2001).

Entende-se singularidade como a propriedade daquilo que é único, do que possui originalidade, peculiaridade, qualidade do que é fora do comum, surpreendente (OLIVEIRA, 2010).

Já Projeto Terapêutico Singular, termo amplamente utilizado pela Política Nacional de Humanização, é avaliado como lócus onde, em função de um ser humano singular ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde. Esse projeto alcança grupos, famílias e indivíduos, frisando a singularidade, a diferença como elemento central da articulação. Propõe discussão prospectiva de caso, em que, depois de uma avaliação de risco e de vulnerabilidade compartilhada, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe. Não é um trabalho simples, pois requer diálogo, tomada de decisão de modo compartilhado (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2007; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Ele surge como dispositivo de integração e organização de equipes de profissionais de saúde que estão no campo da saúde mental. Apresenta-se como uma proposta muito pertinente, visto que o planejamento dos processos terapêuticos, em alguns serviços de atenção psicossocial, não se limita ao momento da crise, mas na continuidade da vida do usuário, significando a busca da

reabilitação psicossocial. A noção de reabilitar passa pela reconstrução de sentidos e do direito de cidadania (OLIVEIRA, 2010).

Expostos alguns dos conceitos que serão adotados neste estudo, iniciar-se-á agora uma discussão sobre como o Projeto Terapêutico Singular se articula com a realidade da Terapia Comunitária, a partir da avaliação dos dados obtidos. Começar-se-á então pela compreensão do que é a TC para usuários e terapeutas.

“Terapia comunitária (...) é assim uma coisa boa (...)” (usuário 1)

“ Eu diria que é uma higiene mental que a pessoa faz.” (usuário 2)

“(...) terapia é uma escola (...)” (usuário 3)

“(...) é um grupo de pessoas que está ali não pra aconselhar, mas para ouvir e debater aquele problema que a pessoa está sentindo (...)” (Grupo focal 2)

Para os usuários, o conceito de terapia comunitária diz respeito a um local onde há aprendizado, pois utilizam o termo escola. Aprendizado de coisas boas, dentre elas, a promoção da “higiene mental”, utilizando o termo de um dos usuários. Higiene mental remete a limpeza, em termos sanitários, algo que protege das doenças, aqui, neste caso, doenças da mente. Percebe-se também, nos discursos, que higiene mental também sugere a retirada da mente de pensamentos destrutivos, desorganizados, negativos, que podem levar à loucura, como podemos analisar no seguinte discurso:

“Que a pessoa que tiver com qualquer problema, que tiver até com uma raiva mesmo, com uma raiva de alguém, com problema financeiro, com problema pessoal dentro de casa, fazendo uma terapia comunitária, eles se descontraem mais, eles conseguem pensar em outras coisas, porque quando a gente pensa só numa coisa termina enlouquecendo ou fazendo alguma coisa de ruim.” (usuário 2)

Nesses conceitos de terapia formulados pelos usuários, também, observa-se que a escuta do grupo é um fator marcante. As pessoas que estão na terapia sentem-se bem e ressaltam esse bem-estar, em serem ouvidas nas suas dificuldades.

Esses conceitos são condizentes aos formulados pelos terapeutas comunitários que caracterizam a TC como uma metodologia de grupo que trata e

acolhe o sofrimento, promovendo o acolhimento e a escuta. Identificam-na como uma prática coletiva de inclusão social, na qual se valoriza a diversidade e há espaço para se trabalhar com outras práticas terapêuticas e com outros campos de saber.

“A terapia comunitária é uma prática coletiva de inclusão social, onde se valoriza a diversidade. (...) uma metodologia de grupo que trata e acolhe o sofrimento, ou a dor (...).” (terapeuta 1)

“Terapia comunitária um espaço onde você pode ser ouvido, ser acolhido, e dividir algo que você nem sabe que tem.” (terapeuta 3)

“(...) a terapia comunitária é um espaço de acolhida e de escuta (...)” (terapeuta 4)

Nesse estudo, utilizar-se-á o conceito de acolhimento proposto por Santos (2005), como ato de receber, de ouvir, de compreender, de dar respostas às demandas, em todo o processo de busca do indivíduo, em um serviço de saúde, desde a sua entrada a sua saída. Já o vínculo estreita-se com o acolhimento, mas amplia as relações deste, desenvolvendo afeto e potencializando o processo terapêutico, desencadeando a humanização entre os usuários e os profissionais de saúde.

O acolhimento e o vínculo buscam garantir a universalidade de acesso, através da escuta atenciosa, possibilitando a resolução de problemas ou a referência comprometida, com responsabilização. Entende-se acesso universal na saúde como a capacidade de atender a todas as pessoas que procuram um serviço de saúde, garantindo-lhes a acolhida, a escuta, dando-lhes uma resposta positiva que lhes propicie a resolução de seus problemas e ainda promovam relação de confiança e apoio (BECK e MINUZI, 2008; MARQUES e LIMA, 2004).

Posteriormente ao conceito de Terapia Comunitária, busca-se significar o que é saúde e cuidado, na visão dos usuários do serviço analisado, pois se compreende que, assim, seria possível a coleta da percepção subjetiva que essas pessoas tinham na obtenção de suas expectativas e a avaliação da TC como dispositivo de cuidado e promoção da saúde. É importante lembrar aqui que a ideia que o indivíduo tem de saúde irá influenciar no julgamento da qualidade da assistência prestada. Ferri *et al* (2007) citam que, na avaliação da qualidade dos

serviços de saúde, sobretudo, no que diz respeito à satisfação, deve-se conhecer as necessidades e os desejos dos pacientes.

Para os usuários em estudo, saúde é conceituada como algo essencial para a vida e está associada a sua capacidade de realizar trabalhos, adquirir o próprio sustento, promovendo uma autonomia financeira. Relatam que, sem a saúde, a pessoa torna-se fragilizada e perde a capacidade de viver.

Todos esses conceitos estão de acordo com a forma ampliada de se compreender saúde, a qual tem sido amplamente debatida após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que a apresenta como um bem-estar complexo, interligando aspectos físicos, sociais, psicológicos, culturais, entre outros.

“Saúde é tudo de bom na vida da gente. Tendo saúde a gente tem emprego, tem dinheiro pra comprar alguma coisa que precisa.” (usuário 1)

“A pessoa sem saúde não tá com nada. Ela se sente fraca, fragilizada, não tem vontade de nada porque... não vive.” (usuário 2)

Saúde mental, segundo Houaiss e Villar (2001), é o estado caracterizado pelo desenvolvimento equilibrado da personalidade de um indivíduo, pela boa adaptação ao meio social e pela satisfatória tolerância aos desafios da existência individual e social. Quando se pergunta sobre o conceito de saúde mental aos usuários da TC, eles apenas conseguem expressar o que significa doença mental. Falam de suas experiências ainda marcantes, sendo impedidos de compreender a diferença essencial entre saúde e doença. Eles logo a relacionam com o sistema nervoso, devido ao estado de “descontrole” das ações, do comportamento, quando diante de uma doença mental. Interessante o comentário de um deles, no momento em que denomina o hospital, onde recebeu tratamento, como uma “loucura”.

“A saúde mental, ela ataca muito o sistema nervoso das pessoas.” (usuário 2)

“Saúde mental é o seguinte, eu passei por vários casos assim eu passei a ser freqüentador do Hospital Mental de Parangaba que é aquele, asilo, Hospital de Saúde Mental São Vicente de Paula, eu passei por aquelas loucuras ali, mas não foi eu

perturbado demais não, foi devido o caso, a fraqueza da vida, muita cachaça que eu tomei também, então tudo isso aí enfraqueceu meu cérebro.” (usuário 3)

Na concepção do usuário 3, um local que teria o propósito de favorecer saúde mental é uma verdadeira loucura. Como algo “louco” pode favorecer saúde mental? A partir desse comentário, reforça-se a ideia de os hospitais psiquiátricos serem reprodutores da loucura, conceito amplamente difundido pela Reforma Psiquiátrica.

Em se tratando de cuidado, os usuários ressaltam palavras como atenção, promoção de tranquilidade, responsabilidade e compromisso de quem cuida, assim como também a importância do cuidado coletivo e individual.

“cuidado é (...) tenha sempre uma pessoa que olhe pra mim (...)” (usuário 2)

“Cuidar da vida, cuidar da família, cuidar do próximo, pra mim é isso. Cuidar das responsabilidades, dos compromissos é isso. São essas coisas que pra mim, que acredito que seja cuidado. Cuidar do outro.” (usuário 4)

Ayres (2004), dialogando sobre o cuidado em saúde, relata que os usuários têm o direito, como aspirantes ao bem-estar, a ter a última palavra sobre suas necessidades e que esse cuidado deve fazer parte da construção de projetos humanos, e não meras ações técnicas em busca da cura. Fala ainda que, para cuidar efetivamente de alguém, deve-se buscar saber qual o projeto de felicidade que o indivíduo possui, ou seja, que concepção de vida bem-sucedida orienta os sujeitos a que se presta assistência. Enfatiza que os profissionais precisam, constantemente, fazer questionamentos para descobrir qual o seu papel na promoção e na construção dessa felicidade.

Concorda-se também com Ayres (2004), em sua afirmação de que a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de cuidado, quando quem cuida é capaz de lançar mão de diversos tipos de saberes (técnicos e populares), para atingir os objetivos de bem-estar de quem está necessitando, caracterizando, assim, uma relação de sujeitos e seus objetos. Mas percebe-se que ainda há uma grande

dificuldade dos profissionais em conviverem bem com os saberes ditos populares. No entanto, na relação profissional-usuário, o profissional pode até não concordar com determinadas crenças de seus clientes e até convencê-lo de não usá-las, mas a valorização e o reconhecimento desse conhecimento fazem toda a diferença, para que o diálogo entre esses sujeitos torne-se o mais simétrico possível.

Para os usuários, cuidar significa atender bem, ser atencioso, permitir o diálogo entre profissional de saúde e usuário, demonstrar paciência. Os dispositivos de cuidado, demonstrados na TC, na fala desses usuários foram: acolhimento, escuta ativa, não utilização de medicamentos, utilização do toque, demonstrando carinho e amizade. Fatores de grande importância para eles como demonstrados em suas citações:

“(...) eu vejo assim que tem esse acolhimento, que gostam de tratar as pessoas, que tratam a gente bem (...).” (usuário 1)

“ É um tratamento porque apesar de não usar remédio nenhum, (...) nem um tipo de medicamento, usa-se mesmo só o ouvido e a boca pra falar alguma coisinha e ouvir, mais ouvir. Então aqui é um conforto pra mente da gente.” (usuário 2)

“(...) ela tá passando por vários problemas e a gente vai dando aquele abraço, o grupo todo e a pessoa começa a falar, botar pra fora o que tá angustiando, então ela começa a ter aquele alívio (...).” (grupo focal 2)

Através dos discursos desses usuários, percebe-se que a TC é promotora de cuidado, se levar em consideração o conceito de cuidado de Ayres (2004) que o apresenta como uma interação entre dois ou mais sujeitos, objetivando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediados por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Atualmente, a ação terapêutica traduzida em atos de fala e escuta, em que o diagnóstico ganha uma dimensão de cuidado, contrapõe-se ao modelo biomédico, médico-centrado, no qual a relação sumária entre profissional e usuário é baseada no ato prescritivo (FERRI *et al*, 2007). Observa-se nessas falas que a TC

vem permitindo a formação de espaços de diálogo, representando uma forma ampliada de se promover saúde.

Nesses discursos, percebe-se também a satisfação desses usuários por se sentirem acolhidos, por serem bem tratados, por serem ouvidos e por ser permitido e valorizado o toque na forma do abraço coletivo e individual. Esses sentimentos dos usuários vão ao encontro do que Mehry (1998) afirma que a crise da saúde, na visão dos usuários, é quando há falta de responsabilização e interesse por sua saúde e que as tecnologias leves, como acolhimento, vínculo e responsabilização, devem perpassar todas as outras tecnologias (duras e leve-duras).

Adotar-se-á o conceito de responsabilização como a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, do respeito com a visão de mundo de cada um, da preocupação com o cuidado com o objetivo de alcançar a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação dos usuários (SANTOS, 2005).

Tecnologias são saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais, na produção de serviços de saúde. Essas tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham. Tecnologias leves são todas aquelas implicadas no estabelecimento das interações intersubjetivas, na efetuação dos cuidados em saúde. São produzidas no trabalho vivo em ato, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. As tecnologias duras seriam os equipamentos, as máquinas que encerram trabalho morto, conformam entre si saberes e fazeres bem estruturados, materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras são as responsáveis por direcionar o trabalho, como normas, protocolos, que contém um conhecimento produzido em áreas específicas do saber como clínica, epidemiologia, por exemplo, contendo trabalho capturado com possibilidades de expressar o trabalho vivo (FERRI *et al*, 2007; AYRES, 2004; MARQUES e LIMA, 2004; MERHY, 2002).

Ferri *et al* (2007) comentam que não se deve haver hierarquização entre as tecnologias, no sentido de apontar a melhor, pois todas têm o seu papel importante, a partir de uma necessidade apresentada. No entanto, as tecnologias leves devem atravessá-las para que o processo de cuidado se efetive.

Na TC, tanto observando nos acompanhamentos das rodas de terapia, como nas falas dos sujeitos em estudo, as tecnologias leves são as principais ferramentas de cuidado. Nas relações entre todos os participantes da TC, incluindo terapeutas, há uma grande preocupação com o acolhimento, com a escuta respeitosa, com a promoção de gestos de apoio, através de toques, músicas, com a vinculação, a responsabilização e a promoção da autonomia. As subjetividades e as singularidades dos sujeitos são valorizadas em muitos momentos, o que promove um ambiente de bem-estar e conforto a todos os presentes.

“Eu vejo a terapia como um resgate, pois hoje em dia as pessoas não tem tempo de ouvir o seu próximo e a terapia é o momento da pessoa ser ouvida, tanto que antigamente as pessoas sentavam na calçada e conversavam, diziam o que sentiam mas hoje em dia não existe mais isso, então as pessoas se sentem bem na terapia porque é o momento delas desabafarem, momento de sentirem que tem amigos perto delas. A falta é tão grande que aos poucos vão deixando a medicação, passam a viver normalmente, enfrentando seus problemas, não deixam de ter problemas, mas passam a enfrentá-los.” (grupo focal 2)

Com relação à repercussão familiar quanto à participação e à evolução dos usuários na TC, há divergências, segundo seus relatos. Para uns, a terapia tem um impacto positivo, considerando, até mesmo, o ente familiar curado. Para outros, a falta de reconhecimento da problemática do ente familiar faz com que desvalorizem a sua participação, acusando inclusive como passatempo desnecessário, como observa-se nos relatos:

“Meu pai diz que eu fiquei bom, “tá é bom porque não bebe mais cachaça, tá nem bebendo”, faz 10 anos que eu não bebo, e tá com 20 anos que eu participo aqui.” (usuário 1)

“A mulher disse que eu não sinto nada, ela diz que eu tô com o demônio, tô com o capeta, porque ela tem uns negócio de evangélica, e os evangélicos dizem você tá é com o diabo, tá é com o demônio e eu digo: “tô nada! Não é negócio de diabo coisa nenhuma não.” (grupo focal 1)

“A tristeza era grande (...)“Meu Deus eu vou ficar doente!” Sem dizer pro meu marido e o meu menino “Ah! É besteira!!é porque não quer tá dentro de casa! Quer tá é na rua!” Diz logo assim, né? Aí não entende.” (grupo focal 2)

Foi demonstrada por esses participantes da TC uma grande insatisfação quanto à desvalorização da família, diante de seus problemas. A família, nesses casos, usa de termos preconceituosos e pejorativos, diante de sentimentos e alterações comportamentais dos seus, agindo, assim, como fator complicador no processo de recuperação.

No campo da saúde mental, todos os atores sociais, profissionais, familiares, vizinhos e todos aqueles que cercam ou estão vinculados ao portador do transtorno mental, precisam estar envolvidos no cuidado. As parcerias e as redes de suporte social têm sido maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o louco, que não a internação e o abandono (SILVA, 2005).

Percebe-se a melhora da autoestima entre os participantes da TC, observando muitos aspectos. Alguns, com o tempo que vão participando das terapias, vão tornando-se voluntários em ações dos projetos, o que os fazem demonstrar sentimentos de orgulho, quanto a esse papel desenvolvido. Outros revelam em suas falas que a TC os fez resgatar a autoestima. No entanto, esse fato parece não ocorrer apenas com os usuários, mas também é algo relatado pelos próprios terapeutas quanto a si mesmos.

“Tava tão perdida, sem rumo e aqui eu resgatei muito essa coisa da autoestima, de me valorizar, a pessoa, eu, a Edna (...) aqui eu aprendi a valorizar mais as pessoas e me valorizar, a entender mais as pessoas (...)” (grupo focal 1)

“(...) eu tenho um filho deficiente, o meu caçula, ele tinha seis pra oito anos e ele dizia: “mamãezinha a gente só não é feliz se não quiser, se a pessoa quiser ser feliz ela é feliz!”, eu nunca esqueci isso e eu sempre comentava, e eu fui descobrir essas palavras que meu filho me disse aqui nesse projeto (...)” (terapeuta comunitário 5)

Quanto aos limites de atuação da TC, tanto os usuários como os terapeutas relacionam algumas situações que representam falhas na rede de apoio da comunidade, e não propriamente limite de atuação da TC, até porque são situações que fogem ao papel da terapia comunitária. Consistem em situações de desemprego, direitos civis, locais de tratamentos para usuários de drogas. No

entanto, percebe-se que a TC poderia estimular mais a comunidade a reivindicar e a buscar meios de acesso a esses serviços, precisando, para isso, desenvolver um papel realmente comunitário, e não somente expectador dos anseios da comunidade.

(...) limite, aqui tem muito caso assim, vem gente aqui assim, como é que se fala, posso falar né, com AIDS (...) ou então eu vim aqui porque eu estou com câncer, (...) consegue animar um pouquinho, mas eu acho assim que a pessoa não.. as vezes vai indo até desaparecer(...), as vezes vem aqui, tá desempregado, né? Bom, a terapia não vai dar emprego pra ninguém mas ele vai, a pessoa vai se motivar pra enxergar o que ela pode fazer, então nesse sentido. Outra coisa, questão de justiça, briga de marido e mulher, quando se separam vem aqui e a pessoa fica sem nada então assim, a terapia não pode fazer isso mas aconselha a entrar na justiça aí nesse momento a gente tem que aconselhar, você tem que ir, depois da terapia você chama e diz que você tem que procurar na justiça, você já foi? Pro pai dá a pensão dos filhos, né, essas coisas, né. Então, acho que nesse sentido. (terapeuta 2)

(...) um dos limites de atuação da terapia comunitária quando eu vejo e que eu vejo muito isso é a questão quando chega uma pessoa desempregada. Então assim o que a terapia comunitária pode fazer, porque a gente não pode dar emprego, emprego não tem, então assim, um dos limites é esse. A questão da droga, a gente acolhe o sofrimento do usuário, da mãe, da irmã, que vem, mas aqui a gente não tem uma estrutura de internação, de desintoxicação, de acompanhamento, esse é outro limite que a gente tem porque aqui na terapia a gente faz a nossa parte (...)(terapeuta 3)

Outro limite enfatizado diz respeito ao “tratamento” de pessoas com distúrbios mentais graves. Os terapeutas comentam que é possível acolhê-los na terapia e que esta ajuda esses indivíduos a lidarem melhor com sua situação de saúde, no momento em que não estão em crise, mas que não é possível resolver sua necessidade apenas com a terapia. Pensamento também compartilhado com Vasconcelos (2010), quando avalia a TC como um dispositivo de cuidado para indivíduos com transtornos psiquiátricos menores.

(...) a terapia não é coisa de “doido” não, exatamente a terapia é pra prevenir uma coisa mais complicada.(...) tem umas pessoas que não vão, que é problema mesmo que tem que ser resolvido com o medicamento, com a ajuda do psiquiatra que de vez em quando tem surto, então esses aí a terapia vai ajudar mas não vai resolver, né? Vai ajudar. (terapeuta 2)

“As pessoas que tem um transtorno muito, muito forte ela não vai poder tirar a medicação para substituir só pela terapia, porque é algo que tá dentro do organismo dela, por mais que ela se empenhe, se identifique, se sinta bem dentro da terapia, vai chegar um momento que o organismo vai pedir aquela substância a qual ela vai depender pra dormir, pra parar de tremer, entende? Então assim a gente jamais vai poder, terapia comunitária e (versus) medicamento, tem que aliar mesmo.” (terapeuta 3)

Quanto ao tratamento e à atenção a usuários de álcool e outras drogas, resgata que foi, somente a partir de 1990, que se iniciaram experiências e políticas públicas para se trabalharem essas temáticas, no âmbito do SUS. O poder público federal vem apresentando, como resposta as essas questões, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento para usuários de álcool e outras drogas (PEAD), de 2009 e o recente Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, de maio de 2010, criado devido à crescente disseminação do crack, nos mais diversos meios sociais, provocando um grande clamor social, amplamente divulgado, inclusive pela mídia (LIMA, 2010; TOTUGUI *et al*, 2010).

“A questão da droga, a gente acolhe o sofrimento do usuário, da mãe, da irmã, que vem, mas aqui a gente não tem uma estrutura de internação, de desintoxicação, de acompanhamento, esse é outro limite que a gente tem porque aqui na terapia a gente faz a nossa parte (...) muitas vezes é uma mãe que tá com o filho vendendo a roupa do corpo pra se drogar e mesmo assim ela ainda consegue dar um carinho a um filho, não deixa, assim, de juntar os fragmentos que ela tá vivendo naquele momento né?” (terapeuta 3)

Dentro desse contexto atual, a TC também vem encontrando espaço, uma vez que a promoção efetiva de formação em Terapia Comunitária em todo o território nacional é apoiada pela SENAD (Secretaria Nacional Anti Drogas), por seus organizadores acreditarem que ela possa exercer um papel importante na rede de saúde mental básica, trabalhando em parceria com os CAPS-ad, NASF, ESF e outras políticas públicas, como Ação Social, Educação, Trabalho, Justiça, Esporte, Direitos Humanos, Habitação, entre outras.

Os terapeutas desenvolvem cuidados, como atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, e sentem que, para ocorrer a efetivação desse cuidado, faz-se necessário que haja o

acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, a satisfação das necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade. Pensamento também de Ferri *et al* (2007) quando afirma que, para cuidar, o indivíduo que cuida precisa ter uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento, com ternura ao semelhante.

Foi de grande relevância avaliar a repercussão da TC nos usuários, visto que esse critério pode caracterizar uma avaliação do serviço prestado. A partir dos discursos, é possível se observar o seu grau de satisfação e, conseqüentemente, resolubilidade das ações desenvolvidas na TC. Neste estudo, utilizou-se o conceito de resolubilidade como algo que tem a capacidade de resolver um problema apresentado.

Na compreensão de Ferri *et al* (2007), com a qual se concorda, a qualidade de um serviço se apresenta quando a produção de serviços é pautada no cuidado, não em procedimentos, e que ela se constitui nas dimensões objetivas (saber/fazer técnico) e subjetivas (aspectos relacionais).

A avaliação dos serviços de saúde, no critério da qualidade, deve abranger três dimensões: o desempenho técnico manifesto pelo conhecimento e pela aplicação da tecnologia, buscando maximizar os benefícios e reduzir os riscos; as relações interpessoais que se caracterizam pela interação profissional - usuário; as amenidades que seriam as instalações onde o atendimento ocorre, promovendo conforto, apresentando uma boa estética capaz de gerar bem-estar. A satisfação pode estar presente, ou não, em qualquer das dimensões, contanto que estejam de acordo com as expectativas e as necessidades dos usuários (FERRI *et al*, 2007).

No discurso dos usuários, a TC é resolutiva nos seguintes aspectos apresentados no Quadro 9:

Quadro 10: Resolubilidade da TC na visão dos usuários

| PROBLEMAS APRESENTADOS | RESOLUÇÃO COM A TC | DISCURSOS |
|---|---|--|
| Dificuldade no diálogo | Compreensão da fala do outro por reconhecer-se nela. | <i>“(...) muito que as pessoas falam eu compreendo, eu vou ficando compreendendo, aí eu fico melhor.” (usuário 1)</i> |
| Tristeza | Encontro com a música, reconhecimento de que hoje está numa fase melhor na vida pessoal e no trabalho, sensação de leveza, tranquilidade. | <i>“Eu lembro (...) quando comecei, antes era só triste, deitado numa rede (...) e eu aqui na terapia eu já canto (...) (usuário 1)</i> <i>(...) eu acho que eu tô passando uma fase, até, bem melhor, tanto em casa como no trabalho. (usuário 2)</i> |
| Vida de vícios, desregrada | Melhora individual e familiar | <i>Mudou sim porque eu não tenho mais aquela vontade de sair, de farrear, de beber, (...) Eu tô mais caseiro. Ficou até melhor o convívio dentro de casa (...) (usuário 2)</i> |
| Fixação no seu problema de forma negativa | Ampliação do olhar, visão mais positiva | <i>“Porque a pessoa que tem problema psicológico fica numa concentração direto (...) parece que é só um pensamento e geralmente o pensamento é ruim. E a terapia, devido a pessoa tá escutando vários outros problemas, aí ele se descontrai do dele (...) consegue se livrar mais do problema que tem.” (usuário 2)</i> |
| Depressão | Promoção da reflexão, recuperação do bem-estar, facilidade em resolver problemas. | <i>“Eu não sabia, mas nem o que era felicidade, alegria, eu chegava aqui perdida, sem motivo, assim desmotivada (...)” (grupo focal 1)</i> |
| Baixa autoestima | Reconhecimento de si mesmo. | <i>Tava tão perdida, sem rumo e aqui eu resgatei muito essa coisa da autoestima, mais, de me valorizar, a pessoa, eu, a Edna, me valorizar mais, valorizar mais as pessoas, tudo (...) (grupo focal 1)</i> |

Estando de acordo com Ferri *et al* (2007), compreende-se que a satisfação ocorre quando a quantidade é sobreposta pela qualidade, quando há responsabilidade, e não dependência, quando a técnica reservada é substituída pelo carinho. Esses usuários manifestam satisfação na situação psicológica e emocional em que se encontram, após participarem de sessões das TC. Ver-se-á, um pouco mais adiante, que muitos deles desenvolviam outras ações terapêuticas, juntamente com a TC, mas que esta tem uma grande contribuição na resolução de problemas por eles apresentados.

Outras situações expostas pelos usuários e pelos terapeutas em que a TC exerce resolubilidade foram: acolhimento da dor e do sofrimento, promoção da valorização pessoal, geração de mecanismos internos inerentes do indivíduo, reconhecimento da força interior de cada um, exercício de troca de experiências, prevenção de transtornos mentais, fortalecimento de laços afetivos, ampliação do vínculo comunitário, incentivo ao pensamento reflexivo, redução da medicação (esse tema será abordado na próxima área temática).

Mesmo apresentando vários aspectos resolutivos, é importante que a TC, assim como todos os serviços que tenham como propósito exercer o cuidado, passe por avaliações, pois esta deve ser um processo constante nos serviços de saúde, independente de eles apresentarem êxito ou fracasso técnico. Isso Ayres (2004) chama de qualidade dos meios, promovendo uma efetividade comunicacional das atividades assistenciais.

Também é importante salientar outros elementos que interferem na satisfação dos usuários, como a subjetividade individual, os aspectos culturais, a rede de relações instituídas ao longo da história e a situação adquirida pela vivência de cada um (FERRI *et al*, 2007).

Percebe-se, através desses discursos, que as tecnologias leves presentes na TC vêm gerando satisfação nos usuários, que estes dão importância ao tratamento recebido pela terapia.

Muitos usuários consideram a TC como um “tratamento” e utilizam essa terminologia. Relatam que a TC e a sua associação com medicamentos é capaz de melhorar a saúde do corpo e da mente, assim como descrito nos discursos a seguir:

“A Terapia é um tratamento e especial, muito especial o tratamento. Pelo fato da pessoa chegar dilacerada, sem nem uma perspectiva e logo, rapidamente, ela volta a sua normalidade perfeita, saúde da mente.” (usuário 5)

“Depois que eu comecei a tomar os remédios e comecei a me tratar com ela (terapia), passou. Passou isso aí principalmente o medo, a tristeza, passou mais.” (usuário 2)

É possível apreender o reconhecimento dos usuários no que diz respeito à forma diferenciada com que os profissionais da TC os tratam, com relação acolhedora, responsabilização pela saúde e valorização da autonomia, permitindo-se a afirmação de que as tecnologias leves são geradoras de satisfação nos usuários, fato que também se corroborou pelos estudos de Ferri *et al* (2007) e Santos (2004).

Transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade (DELFINI *et al*, 2009) e é isso que a TC vem buscando em seu projeto terapêutico.

Os usuários buscam, na sua relação com os profissionais de saúde, e isto foi muito observado nos participantes da TC, promoção de autonomia. Isso ocorre quando essa interação propicia a resolução de seus problemas, com ações que causem satisfação, dando-lhes capacidade para resolver suas dificuldades e melhorarem sua vida (MARQUES e LIMA, 2004).

“(...) pode acontecer que pode até aumentar o meu problema mas em compensação eu sei como lidar com aquele problema, eu não vou deixar aquele problema me derrubar, porque você aprendeu a conviver.”(grupo focal 2)

Nesse ponto do estudo, verifica-se que a TC possuiu um projeto terapêutico que valoriza as tecnologias leves e a singularidade dos sujeitos. Quanto a caracterizar um Projeto Terapêutico Singular, de acordo com as explicações de Oliveira (2010) e Campos e Domitti (2007), percebe-se que é preciso se avaliar o diálogo da TC com outros campos de saberes, o que será analisado na área temática 4 dessa pesquisa.

4.2. Medicamentação como estratégia de cuidado na saúde comunitária.

A medicalização apresenta vários conceitos, entre eles: crescimento em número de estabelecimentos médicos ou em profissionais médicos; maior produção, variedade e distribuição de medicamentos; controle dos indivíduos através da Medicina, entre outras (NETO E CAPONI, 2006). Neste estudo, referir-se-á à medicalização, no sentido do controle dos indivíduos pela Medicina, e compreender-se-á medicamentação como esse controle exercido através do medicamento.

Já quando se fizer referência à medicalização social, falar-se-á do fenômeno de tornar médicas situações cotidianas dos indivíduos. Compreende-se a medicalização social como algo mais abrangente que a medicamentação, por ser um processo sociocultural complexo que transforma, em necessidades médicas, vivências e subjetividades, que antes eram resolvidas no próprio ambiente familiar ou comunitário ou de outras formas, que não centrados na Medicina e no medicamento (TESSER, NETO e CAMPOS, 2008).

“(...) eu tomava muito comprimido, é, era oito comprimidos, e agora não, depois da terapia pra cá eu, só tomo, só um, um comprimido (...)” (usuário 1)

“(...) medicamento só ajuda pra dormir (...) mas quando cheguei aqui na terapia estabilizou. É só pra dormir mesmo, porque pra controlar mais a ansiedade.” (grupo focal 1)

“(...) ajuda porque uma pessoa que toma muitos tipos de remédio, no meu caso, eu tomava um horror de remédios sem servir de nada e na terapia eu tô me recuperando sem tomar remédio. Tomei remédio de tudo quanto foi jeito e foi mesma coisa de não tomar nada.” (grupo focal 1)

Com a participação dos usuários na TC, alguns relatam que reduziram a utilização de medicamentos; outros até que deixaram de tomar a medicação, e que isso vem sendo mantido. No entanto, ainda é percebida uma forte dependência da medicação, principalmente, entre aqueles que dizem que precisam dela para dormir.

Alguns mantêm essa relação de dependência, mas não demonstram satisfação nisso.

No grupo focal 2, um participante deixa claro que a terapia não orienta as pessoas a deixarem de usar a medicação, mas que o estado da pessoa deve conduzir a ação do prescritor, isso quando há uma boa relação entre médico-usuário. No grupo, também é ressaltado que o medicamento isolado, nos casos apresentados, não é capaz de trazer a recuperação, já que o processo de socialização é importante no tratamento e a TC ajuda na promoção dessa socialização.

“(...) os médicos aprovam lentamente que deixem os medicamentos, mas a gente deixa bem claro que não é a terapia que cura é a assim a pessoa vai se descobrindo muitas vezes (...)” (grupo focal 2)

“Só o remédio ela não vai resolver tudo não, precisa também da socialização. Se a pessoa tomar remédio e ficar trancado em casa ela vai ficar mais doente, vai servir de nada.”(grupo focal 1)

Houve relatos de usuários que tinham certeza de que não precisavam mais fazer uso da medicação e que ainda não a haviam suspenso por falta da aprovação médica, mas que já tinham reduzido a dose por conta própria. Percebe-se com isso uma certa autonomia por parte do usuário quanto ao tratamento prescrito pelo médico, reduzindo um pouco o poder excessivo que alguns médicos exercem sobre seus pacientes. Considera-se importante o tratamento médico, mas também se compreende que o médico não pode ser o detentor absoluto do poder, quando elabora um projeto terapêutico para o paciente. No mínimo, esse projeto deve ser construído, analisado e reavaliado por prescritor e usuário.

Neto e Caponi (2006) relataram em seus estudos que, atualmente, mesmo com o grande poder ainda exercido pela Medicina, existem aqueles que não aceitam passivamente “as ordens” médicas e também contestam o poder das instituições. Isto pode estar se dando pelo maior acesso a informação, em que as pessoas estariam mais conscientes dos custos, dos benefícios e dos malefícios da medicalização da sua vida. Tesser (1999) ainda acrescenta que os indivíduos que têm referencial próprio seja ele vinculado à religião, etnia, subcultura tradicional, aprendizado pessoal, idiosincrasia própria, apresentam certa autonomia no

cuidado, sendo denominado por ele de “doente pouco medicalizado”, ou seja, a interação depende de quanto a cultura em saúde hegemônica, seja médica, seja leiga, impere nos sujeitos envolvidos e como estes se conduzem na sua interação.

Percebe-se, assim, que estes usuários tinham dificuldade no diálogo com os médicos a ponto de eles reavaliarem criteriosamente a necessidade da quantidade, ou mesmo da permanência da medicação. Ainda se percebe, como rotina na fala de uns, comparecer ao posto de saúde apenas para “renovar a receita” e, em alguns estabelecimentos, esses usuários não vêem nem o médico, pegam a medicação diretamente nas farmácias onde já são cadastrados, sendo essa afirmação também encontrada nos estudos de Danese e Furegato (2001).

“(...) eu parei de tomar os remédios por minha conta, não foi eles, o médico passou, aí depois que eu participei da terapia e aí fui parando aos poucos os remédios, durmo bem a noite todinha, sempre tem essas preocupações com trabalho, com filhos. Gosto tanto da terapia que no dia que não tem, sinto falta. Eu tenho estresse no meu trabalho mas eu já controlo o meu estresse.” (grupo focal 2)

Tesser (2010), discutindo sobre o verdadeiro “surto” (friso do autor) de problemas do cotidiano que se tornam medicalizáveis, diz que, caso se perca o potencial, a competência e a segurança cultural para se enfrentar individual e microssocialmente os problemas, como frustrações, tristezas, sofrimentos, adoecimentos mais ou menos passageiros, crônicos ou recorrentes, decorrentes das fases e/ou crises da vida, ficar-se-á cada vez mais pobre em saúde, cada vez mais dependente de especialistas e menos livre.

Além disso, o progresso tecnológico da Medicina vem causando sentimentos paradoxais nos indivíduos, o que Ayres (2004) denominou de “crise de confiança”. Isso ocorre porque, enquanto de um lado esse progresso representa avanços à aceleração do poder de diagnóstico, maior rapidez na intervenção terapêutica, aumento da eficácia, eficiência e precisão de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e da qualidade de vida de pacientes com uma série de agravos, em contrapartida, a excessiva segmentação dos pacientes em órgãos e doenças, o intervencionismo exagerado, a tirania de exames complementares, o encarecimento de muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a

iatrogenia causam uma sensação de desamparo em muitos indivíduos (NORMAN e TESSER, 2009; ILICH 1981).

Percebe-se que, para que haja uma verdadeira adesão aos tratamentos, nos quais a relação de confiança se desenvolva entre profissional e usuário, é necessário que haja uma corresponsabilização do processo terapêutico (SANTOS, 2005). Essa ação se forma através da relação dialógica em que os sujeitos envolvidos no cuidado possuem autonomia para manifestar e realizar seus desejos, interesses e necessidades.

Apreendemos também, através dos discursos dos sujeitos em estudo, que o autoconhecimento, a autoestima, a valorização pessoal, o reconhecimento dos limites e potenciais, foram fatores que favoreceram a tomada de decisão quanto ao uso ou não da medicação, acrescidos da falta de integralidade entre os serviços e a dificuldade de diálogo com o médico, no momento da avaliação da redução ou retirada do medicamento. Na cultura médico-centrada atual, parece incomum procurar um médico para que este retire um medicamento de um determinado tratamento, sendo de “praxe” ir ao consultório médico e sair de lá imbuído de uma receita.

Alguns usuários compartilham com alguns terapeutas o pensamento de que o uso excessivo do medicamento causa uma relação viciosa de dependência, sendo algo nocivo a saúde. Uns relatam inclusive que o medicamento em excesso “enfraquece a mente”. Percebe-se nas falas que todos estariam mais satisfeitos, sem a necessidade de tomar medicação para melhorar o seu estado de saúde, mas que também reconhecem que o medicamento tem a sua eficácia e sua relevância, desde que não gere dependência, nem altere negativamente o comportamento das pessoas.

“(...) então tudo isso aí enfraqueceu meu cérebro, eu passei a ser um camarada fraco da mente por causa de tanto remédio que a gente tomava lá, aí tomava uns comprimidos que era pra ficar manso, ficar mais... e eu sei que eu passei muitas coisas, tenho uma melhora, uma melhora assim de não parar de tomar comprimido, ainda hoje eu tomo comprimido, mas uns comprimidos mais leves, mais calmos.” (usuário 3)

“Eu acho que o medicamento foi, esse medicamento é bom para determinadas coisas, mas ele deixa a pessoa como se viciada, dependente, sabe? (...) no dia que eu deixo de usar eu

fico me tremendo. Fico com a boca tremendo, fico com as mãos tremendo, fria, então quando eu já tava querendo deixar ele porque eu já estou achando que já estou ficando dependente dele.” (usuário 2)

“Na rede de saúde mental no caso quando a gente lembra assim de como funcionava e de como ainda funciona em alguns casos a questão da medicação “ah é mental, é doido!” então entope de veneno, entope de comprimido, entope de injeção, entope de gardenal, entope de mil e uma drogas que são mais drogas que as outras drogas.” (terapeuta 4)

Os terapeutas relatam que a TC não é uma ação que condena o uso de medicamentos, apenas não exerce o papel de medicamentar. Reconhecem que atualmente, diante de transtornos mentais agudos e graves, o medicamento é essencial e que, para a recuperação ou mesmo controle de alguns transtornos, há necessidade de se aliar o medicamento com a TC. Medicamentos e TC não são excludentes.

“As pessoas que tem um transtorno muito, muito forte ela não vai poder tirar a medicação para substituir só pela terapia, porque é algo que tá dentro do organismo dela, por mais que ela se empenhe, se identifique, se sinta bem dentro da terapia, vai chegar um momento que o organismo vai pedir aquela substância a qual ela vai depender pra dormir, pra parar de tremer, entende? Então assim a gente jamais vai poder terapia comunitária e (versus) medicamento, tem que aliar mesmo.” (terapeuta 4)

Afirmam que, com a melhora do usuário, é possível, e tem vários casos demonstrando isso, que estes deixem ou reduzam a quantidade de medicamentos. Essas melhoras, nos casos citados, são de pessoas que podem realizar somente a TC, mas que também podem ter experienciado outras atividades terapêuticas, as quais foram contadas com outros grupos de apoio que possibilitaram essas mudanças, quanto ao uso dos medicamentos.

Houve um usuário que, avaliando seu estado emocional, prefere acreditar que poderia ficar sem tomar o medicamento. Ele não se mostrou capaz de parar a medicação por conta própria, pois apresenta uma postura de obediência à conduta médica estabelecida. No entanto, percebe-se em sua fala a vontade de que o médico que o acompanha o ouvisse nas percepções de si mesmo e, quem sabe, concordasse com ele em seus argumentos. O medicamento parece ser bem aceito

quando a pessoa sente-se doente. No processo de cura, o remédio, não encontra mais a sua razão de ser, e esse usuário assim se manifesta por sentir-se curado da depressão que o levou a tomar a medicação.

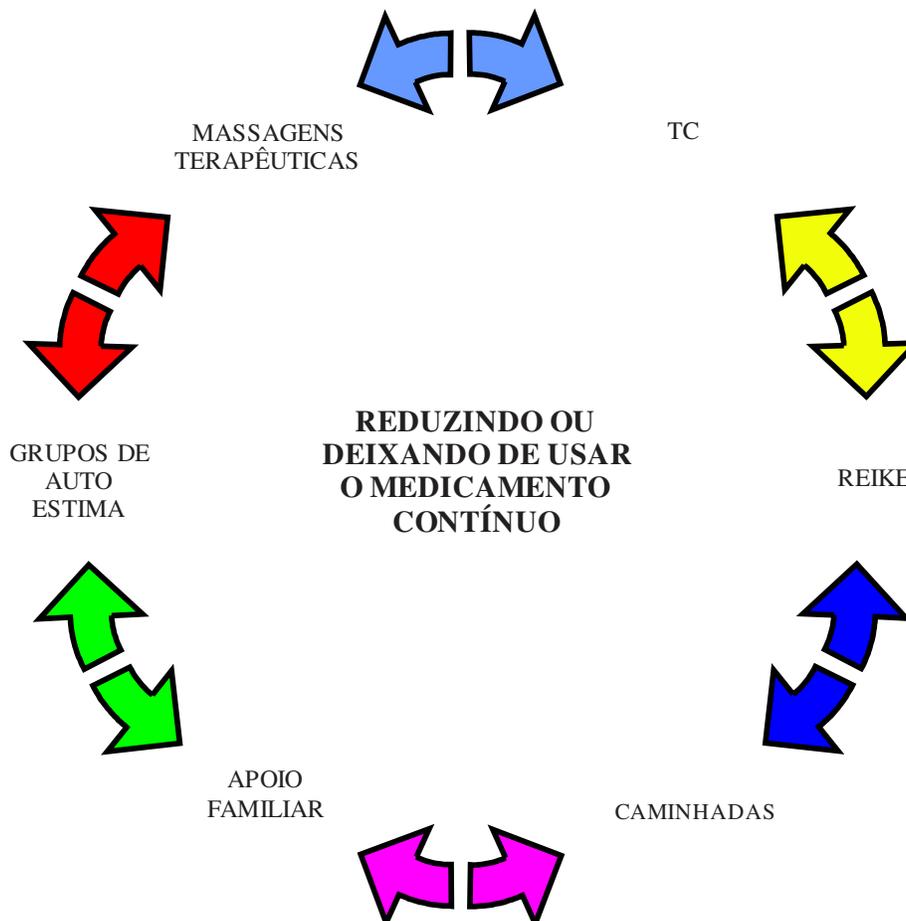
“(...) eu sou bem esclarecido apesar de eu tomar remédio controlado, mas eu tomo pra depressão porque eu ainda... eu venho tomando desde o ano passado, mas eu acho que se tirar o remédio, eu não necessitava mais do remédio.” (usuário 2)

“(...) é sentir que a cada encontro que eu venho, eu estou com mais saúde. Que a gente vem buscar saúde aqui, né? A cura. Então a cada encontro, as vezes a gente não dá muita conta assim, mas se você parar pra refletir você vê que a cada encontro você fica mais fortalecido.” (grupo focal 1)

A cura para Marques e Lima (2004) é diretamente relacionada com o coeficiente de autonomia do indivíduo. Para esses autores, a cura pressupõe a luta para aumentar a capacidade dos indivíduos, para lidarem com as dificuldades, eliminando-as ou esforçando-se para reduzir seus malefícios.

Apresentar-se-ão, através de diagrama, grupos e ações relatadas pelos terapeutas e pelos usuários desse estudo, que favoreceram a redução ou a eliminação dos medicamentos em sua vida.

DIAGRAMA 1: AÇÕES EXECUTADAS POR PARTICIPANTES DA TC QUE OS AJUDARAM A REDUZIR OU DEIXAR DE USAR MEDICAMENTOS CONTÍNUOS SEGUNDO OS TERAPEUTAS E USUÁRIOS



Observa-se, também, nas falas dos usuários uma relação direta do uso de medicamentos com o médico psiquiatra. Esse profissional, nos casos desses usuários, é o principal prescritor de medicamentos, contendo, assim, um papel fundamental na avaliação terapêutica das ações medicamentosas, sendo ator importante do processo de medicalização social, numa perspectiva microssocial e micropolítica (TESSER, 1999).

Entretanto, compreende-se que, em qualquer tratamento, o medicamento atua nos indivíduos, mas a sua eficácia depende de outros fatores, que vão desde hábitos alimentares a interação dos indivíduos com o meio, suas relações, seus fatores imunológicos, psicológicos, entre outros. E todos esses aspectos devem ser

levados em consideração na avaliação da ação do medicamento. Ademais esses usuários em estudo também estão fazendo uso de outros serviços para ajudar na sua recuperação (TC, massoterapia, grupos de autoestima e outros), o que também devem ser levados em consideração nesta avaliação.

Mas o que se observa é que muitos médicos psiquiatras limitam-se a prescrição medicamentosa, muitas vezes, baseada em queixas dos pacientes que não são contextualizadas, não havendo, portanto, diálogo entre os sujeitos, tampouco com outros profissionais que compõem a rede de saúde mental.

“Então eu ainda, infelizmente, tenho que dizer que eu sou um dependente químico ainda, porque o trabalho da terapia ainda está muito recente em mim ainda, a ponto de eu puder deixar um remédio ou outro, e até mesmo porque a gente vai, eles só passavam remédio, remédio, remédio, não tem uma conversa, não tem um diálogo, não tem nada.” (grupo focal 1)

Diante dessa situação de aparente falta de diálogo entre os atores que estão fazendo parte de seu tratamento, o usuário pode ficar confuso, possibilitando inclusive o abandono desse tratamento algumas vezes, ou até o sentimento de ser uma “marionete” nas mãos dos profissionais e serviços de saúde.

Um dos participantes ressaltou a sua indignação, diante de uma solicitação sua a um médico psiquiatra. Relatou como sentia necessidade de conversar; logo pediu que o profissional médico o encaminhasse ao psicólogo, o que lhe foi negado. A alegação se deve ao fato de o médico avaliar que o paciente não estava “estabilizado” o suficiente para ir ao psicólogo. Percebe-se, nesse caso, uma relação de poder daquele diante deste, assim como com outros profissionais de saúde.

(...) chegou ao ponto de ontem eu tava conversando com um psiquiatra e aí eu pedi a ele um encaminhamento para o psicólogo, que eu tenho direito, e ele simplesmente disse “Não, você não está estável pra ir pro psicólogo.” (grupo focal 1)

Há casos onde o profissional médico, dependendo de sua formação acadêmica, traz consigo a opinião de ser ele o ponto final na assistência a um doente. Quer se dizer com isso que, para alguns médicos, é totalmente aceitável e compreensível que outros profissionais de saúde encaminhem pacientes para ele.

Entretanto, ele encaminhar para outros profissionais, principalmente não médicos, parece ser um “atestado de incompetência” (friso particular), com o qual esse profissional não está disposto, nem acostumado a conviver. Esse pensamento é acordado por Tesser (1999) quando fala:

“Outros especialistas sociais em saúde-doença, entretanto, não raro assumem suas limitações e ignorâncias diante de problemas do doente, remetendo-o a outros terapeutas, médicos ou não. A ânsia pelo monopólio da legitimidade social da biomedicina é bem difundida nos médicos, quase que os impedindo de um tal reconhecimento de seus limites e de uma aceitação de outros terapeutas (não científicos) como legítimos e capazes, eficazes” (TESSER, 1999, p.94).

Gama e Campos (2009) e Reis *et al* (2004) ressaltam que as relações de poder ainda são muito fortes e desiguais tanto no interior de equipes que trabalham juntas como entre equipes e usuários. O médico ainda foca sua atenção no sintoma e na doença, não priorizando uma escuta mais complexa que permita ao usuário expor elementos de sua vida, assim como a percepção dele da doença, o entendimento que ele tem a respeito de seu problema e do tratamento proposto. Além disso, há uma tensão entre a proposta de democratização das relações e reprodução das relações de poder entre saber técnico e saber popular, saberes entre profissionais distintos. Assim, a população, em última instância, é chamada apenas para legitimar decisões técnicas já tomadas por um especialista ou por uma equipe.

Franco (2006) e Furtado e Campos (2005) ainda acrescentam sobre essa temática que “estabelecer relações” (friso do autor) é um saber intrínseco à atividade laboral. Explicam que isso se define com a não autossuficiência no trabalho de saúde, ou seja, que nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolubilidade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. Relatam que a rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros, sendo o processo produtivo altamente relacional.

Alguns terapeutas evidenciam que a TC, quando ocorre nos espaços do CAPS, atua como mais um espaço coletivo de escuta, favorecendo, inclusive, que as pessoas falem sobre a repercussão dos medicamentos em sua vida.

“Então a gente viu que era bom, porque era um espaço (TC no CAPS) que eles tinham pra falar, por exemplo, de como era ruim, ficar adormecido por causa dos medicamentos, que às vezes sentia vontade de fazer coisas e o medicamento deixava dormindo, passava a tarde toda dormindo (...)” (terapeuta 1)

Outro terapeuta já faz uma crítica ao CAPS, quando este exerce o papel de reprodutor de receita azul, enfatizando que são os próprios serviços de saúde mental que estão favorecendo a dependência medicamentosa de alguns usuários, principalmente quando não há um verdadeiro compromisso de acompanhar os casos de uma forma integral e singular.

“(...) apesar de a terapia comunitária ter esse lado de ouvir (...) as pessoas já vem muitas vezes dos CAPS e lá nos CAPS ela recebe a receita azul e vai receber um medicamento.” (terapeuta 4)

Falar-se-á, na área temática 3 desse estudo, sobre a integração da TC com o CAPS, serviços da atenção básica e outros componentes da rede de apoio.

Quando questionado com os terapeutas o conceito de medicalização social e se eles percebiam esse processo nos usuários da TC, alguns demonstraram dificuldades em responder ou mesmo desconheciam essa terminologia. É um conceito muito associado à figura do médico e da medicação, embora se compreenda que o conceito ultrapassa essa visão.

“Medicalização social. É... eu compreendo como medicalização a forma que há no sistema, que a sociedade usa pra dar um medicamento pra uma situação x. Então, por medicalização social eu compreendo que há uma situação social que ao invés de ser problematizada, contextualizada, é (...) há um medicamento que é posto no lugar disso. Quero dizer com isso que ao invés de criar espaços que favoreçam diálogo, a dialogicidade, o encontro, a troca, a comunhão, a partilha, criam-se situações de medicalização, medicar, é, talvez como um hospital psiquiátrico, por exemplo, eu poderia citar como um exemplo de medicalização social.” (terapeuta 1)

Para os terapeutas em estudo, a medicalização social aparece como a medicalização da dor. As situações são definidas quando os sintomas aparentes e presentes nos comportamentos das pessoas são dissociados ou não contextualizados de seus agentes causais. Há facilidades de diagnósticos traçados

por um somatório de sintomas visíveis que possuem um contexto específico para cada pessoa, mas que nem sempre é valorizado ou mesmo questionado.

A atual consulta “relâmpago”, devido ao número excessivo de pessoas que cada vez mais procuram ou são encaminhadas aos médicos, dentre eles, os psiquiatras, promove essa medicalização rápida e cômoda da dor, muitas vezes não resolvendo as crises das pessoas e ainda gerando dependência.

Os terapeutas comunitários apontam a TC como um espaço coletivo da acolhida dessa dor, funcionando como “*uma ferramenta contra a medicalização social*”, usando as palavras de um deles. Buscam essa não medicalização através do acolhimento, das trocas de saberes, do diálogo. Ressaltam que a TC não medicaliza a vida nem as relações.

“(...) na terapia comunitária não se medicaliza, porque ela é sim um espaço de apoio ao sofrimento. A gente não medicaliza a vida, a gente não medicaliza as relações, pelo contrário, o contexto da terapia comunitária favorece essas relações de troca, de construção, de redes, é... momentos de encontro, os grupos, as pessoas vão se encontrando por semelhanças, outras dores, que possuem a mesma (...), e vão formando uma rede que no meu entendimento é uma forma muito positiva, é...de... que favorece a saúde, de promoção a saúde. Que, ao invés de eu tomar um medicamento pra dor que eu sinto, eu vou lá falar dela, vou falar dela com outros que estão na mesma situação, eu compartilho a dor com eles e percebo que eles conseguiram superar, percebo que há possibilidades diferentes de evolução, de uma situação problema, e... me empodero das minhas descobertas e posso, é... transformar minha realidade. Eu acho que a terapia comunitária pode ser uma ferramenta contra a medicalização social.” (terapeuta 1)

Tesser (2010), a partir de seus estudos, cita, como fortes paradigmas tecnocráticos, promotores do processo de medicalização social: a separação mente-corpo; o distanciamento da relação profissional-usuário; o diagnóstico e o tratamento de fora para dentro (diagnóstico que não leva em consideração desequilíbrios do ser, da vitalidade, das emoções, acreditando no potencial interno de cada um); a autoridade e a responsabilidade centrada no médico; a intolerância a outras modalidades de atendimento.

Analisando a TC nos aspectos do acolhimento, do vínculo, da responsabilização, da valorização dos sentimentos e das emoções que provocam a dor (física ou psicológica), na valorização da força interior de cada um, da

valorização da diversidade, reconhece-se que esses são pontos que podem justificar a fala do terapeuta: “a terapia comunitária pode ser uma ferramenta contra a medicalização social.”

Ainda Tesser (2010), tratando da medicalização social e da promoção em saúde, expõe a presença atual de quatro grandes dimensões, formadas a partir de significados e conflitos dentro do campo da promoção em saúde. Essas dimensões são organizadas em eixos bipolares que podem ser, em parte, complementares, em parte conflituosos. As dimensões apresentadas são duas (2) de ordem prática, uma (1) epistemológica e uma (1) pedagógica.

Quando o terapeuta fala, em seu discurso, que a TC pode ser uma ferramenta contra a medicalização social e que ela é promotora de saúde (“no meu entendimento (a TC) é uma forma muito positiva, que favorece a saúde, de promoção a saúde.” (terapeuta 1)), considera-se importante enriquecer este estudo, com quadro apresentado por Tesser (2010), sobre as dimensões e os eixos bipolares associados à promoção da saúde.

Quadro 11 – Dimensões e eixos bipolares associados à promoção da saúde

| | | |
|---|--|--|
| 1- Ênfase no social e no coletivo Determinação social da saúde-doença |  | Ênfase no individual Desenvolvimento de habilidades pessoais |
| 2- Ênfase na intersetorialidade Ações socioeconômicas, ambientais e culturais |  | Ênfase na setorialidade Ações do setor saúde, clínicas e sanitárias |
| 3- Conceituação positiva da saúde Saúde como liberdade vivida |  | Saúde como ausência de doença Noção biomédica clínico-epidemiológica da saúde |
| 4- Educação emancipadora Dialogal, problematizadora, solidária, contextual |   | Autoritarismo e controle Adesão ao estilo de vida saudável, controle de riscos |
| Relação tensa, complementar e ou conflituosa entre os polos dos eixos | | |

(TESSER, 2010, p. 29).

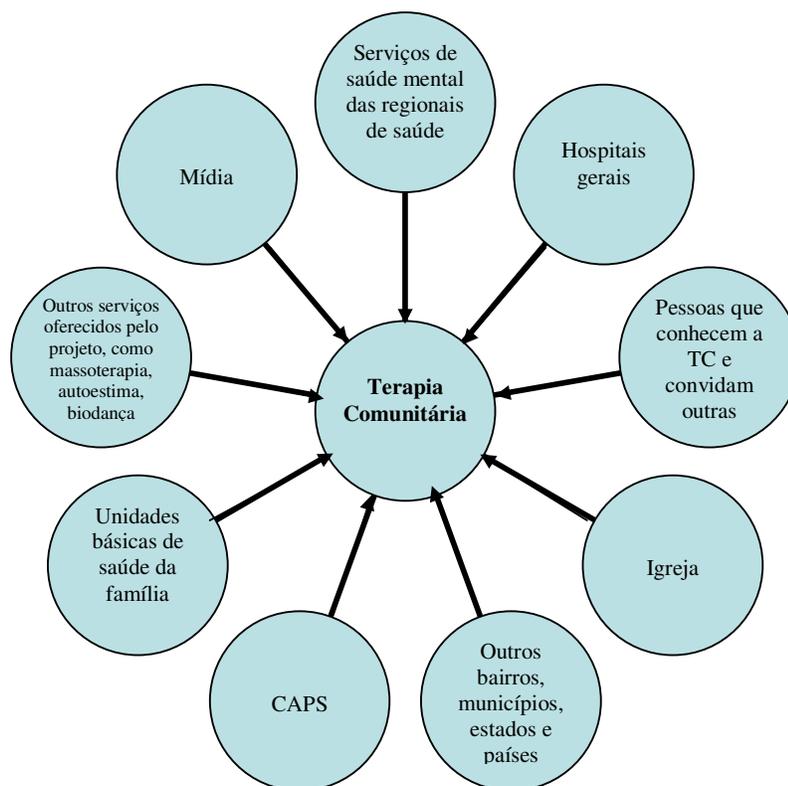
Compreende-se, a partir desse quadro, que a TC, para exercer um papel na promoção da saúde, necessita manter-se com ênfase no social e no coletivo, buscar cada vez mais a intersetorialidade, reconhecendo seus limites e estabelecendo parcerias, conceber saúde como liberdade de vida, como uma meta complexa e, ao mesmo tempo, singular de cada indivíduo, e promover uma relação

dialógica, não dependente entre seus integrantes, assim como com os diversos outros serviços de saúde e outros segmentos com os quais existam uma correlação de parceria e complementaridade.

4.3 Fluxo de atenção na terapia comunitária e articulação com as intervenções substitutivas.

As pessoas têm chegado à terapia comunitária por vários caminhos. Como os dois projetos acompanhados por esta pesquisa localizam-se em grandes bairros de periferia e chamam a atenção por serem espaços diferenciados do restante da comunidade, os próprios moradores indicam pessoas a conhecerem os projetos e suas ações, principalmente depois de alguma experiência positiva direta ou indireta. Outros meios de as pessoas chegarem a TC também são: os CAPS, os PSF, os serviços terapêuticos, como a massoterapia, a biodança, os grupos de resgate da autoestima, os hospitais psiquiátricos, os hospitais gerais, a mídia.

DIAGRAMA 2: ACESSO A TERAPIA COMUNITÁRIA



Embora isso venha ocorrendo, os terapeutas comunitários relatam que os encaminhamentos para a TC poderiam ocorrer em número muito maior, principalmente pelos serviços de saúde. Enfatizam que se faz necessária uma maior sensibilização quanto ao conhecimento da TC e o seu papel na rede de saúde mental, com gestores e profissionais de saúde que estão atuando nas unidades básicas de saúde. Afirmando também que alguns conhecem a TC, mas que ainda não aderiram à parceria, por motivos que este trabalho não se propôs a responder, podendo ser foco de outras pesquisas.

“Dentro dessa rede de saúde mental eu acho que a terapia ainda falta muito espaço apesar de já ter muitas pessoas fazendo ainda existe muita resistência de alguns, em alguns postos de saúde, em alguns órgãos. Então eu percebo que precisa haver uma sensibilização ainda maior, uma identificação ainda maior com os gestores apesar de ter virado política pública. Então assim o ideal é que tivesse essa sensibilização para que dentro do CAPS, desses atendimentos que são específicos para esse tipo de serviço, de usuário, ele tivesse um acolhimento maior que existe, mas pelo que a gente sente aqui, ainda falta muito.” (terapeuta 3)

As práticas de saúde mental, principalmente nas equipes de PSF ainda são incipientes, não conseguindo superar o modelo médico-centrado, com profissionais despreparados para entender e trabalhar no universo da Saúde Mental. Há profissionais que desconhecem os princípios da Reforma Psiquiátrica, acarretando: ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralista e repressivo; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico, entre outros. Possuem dificuldades em tratar problemas físicos de portadores de transtornos mentais, e a própria comunidade não identifica o PSF como local para tratar problemas mentais (GAMA e CAMPOS, 2009).

Entre os usuários, há uma grande inter-relação da TC com outros serviços, ao menos no que diz respeito à referência. Ressalta-se a palavra referência, pois não se tem argumentos suficientes para afirmar que há integralidade entre esses serviços, embora se observe nas falas dos participantes do estudo, assim como nas observações sistemáticas que os serviços apontam outros serviços como complementares, mas que não há um diálogo entre eles, principalmente no que diz respeito a um projeto terapêutico singular ou até mesmo coletivo.

Para Santos (2005), a integralidade, no contexto da saúde mental, deve focar as seguintes dimensões: oferta/seleção e inclusão/exclusão. Ele assim se reporta devido à formatação exclusivista dos programas de saúde, quando se propõem a resolver um problema de saúde específico, como programas de hipertensão, de tuberculose, por exemplo, favorecendo a exclusão dos indivíduos que têm mais de um problema ou que não possuem nenhum determinado pelos programas. Defende a ideia de que o cuidado deve ser direcionado para o “indivíduo”, e não para o “seu diagnóstico” (friso particular), para que o cuidado se torne integral. Sugere que, para se alcançar esse objetivo, faz-se necessário que a integralidade deve sempre estar associada com a intersetorialidade e a diversificação.

A intersetorialidade é caracterizada por algo que transcende os espaços institucionalizados dos serviços de saúde, pois se expande para outros órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais. A integralidade tem o objetivo de favorecer a relação entre diversas áreas de conhecimento,

possibilitando a troca de saberes, enquanto mantém uma interface com as ações intersetoriais, buscando superar o modelo centrado na especialidade, no ato médico. Disponibiliza de toda tecnologia para reduzir agravos à saúde, buscando a qualidade de vida do cidadão e o atendimento das reais necessidades e dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. (MARQUES e LIMA, 2004).

Compreende-se que esses são grandes desafios atuais da rede, não somente da saúde mental, como em toda a saúde pública. A diversificação reduz a tentação da segregação, da seleção, mas pode encontrar barreiras diante do modelo tradicional de cuidado, no qual as especialidades, além de serem valorizadas, ainda vivem um momento de luta de saberes, quando realmente se necessita de compartilhamentos de saberes e práticas.

Além disso, Andrade e Costa (2010) também apresentam os seguintes obstáculos das medicinas complementares e alternativas em desenvolver o seu potencial terapêutico: o processo de comunicação, a resistência de profissionais e corporações, a seletividade no acesso a esses tratamentos e o próprio ceticismo com os resultados.

A integralidade compila os agenciadores (acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolubilidade) como ferramentas da tecnologia leve, funcionando como dispositivos relacionais que reorganizam o trabalho vivo, na busca da saúde individual e coletiva, visando à clínica ampliada (SANTOS, 2005).

Avalia-se que, mesmo que a “integralidade” não seja essencialmente praticada entre a TC e esses outros serviços, pode-se assegurar que eles funcionam em rede por se comunicarem mutuamente. Como afirma Franco (2006), há entre as diversas unidades, seja de equipes de saúde da família, serviços de especialidades, rede hospitalar e outros componentes, uma comunicação que promove a atuação em rede. A mesma situação ocorre em um estabelecimento de saúde, onde as diversas microunidades de produção têm, por sua vez, uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos por diversos usuários que transitam naquele estabelecimento, buscando resolubilidade para seu problema.

Dos usuários entrevistados e que participaram dos grupos focais, nenhum deles realizava apenas a TC como estratégia de tratamento. Outras alternativas de tratamentos citadas pelos usuários foram: grupos de alcoólicos anônimos, terapias

de relaxamento, como grupos de autoestima, massoterapia, consultas individuais com psicólogos e/ou psiquiatras, grupos de bombeiros, atividades religiosas.

Franco (2006) e Andrade e Costa (2010) comentam que a multiplicidade possibilita interconexões favoráveis para que o cuidado se efetive. Expõe que o princípio da multiplicidade é associado à ideia geral de não exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e com muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos-conectivos, o que permite a linha de cuidados se realizar.

DIAGRAMA 3: FLUXO DE INTER-RELAÇÃO DA TC COM OUTROS SERVIÇOS



No campo da saúde, o objeto é a produção do cuidado, sendo a partir deste que se busca alcançar a cura. Reconhecendo-se o ser humano como múltiplo e complexo, torna-se indispensável e de grande importância a ampliação da “caixa de ferramentas” (friso particular) na prestação desse cuidado. Quanto mais diversa e ampla a oferta do cuidado, maior a probabilidade de adequação e satisfação de alguém que busca ajuda para o seu sofrimento e/ou enfermidade (MARQUES e LIMA, 2004). Esse pensamento vem apoiar a grande inter-relação de diversos campos de saberes e práticas de cuidado apresentados neste estudo pelos terapeutas e pelos usuários, os quais vêm sendo eficazes nas necessidades apresentadas.

O processo de reabilitação psicossocial necessita das parcerias entre os serviços de saúde e outros órgãos dispostos em um território. Significa reconstrução, exercício de cidadania e requer plena contratualidade entre três cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (DELFINI *et al*, 2009). Entretanto, são fundamentais que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade, pois o trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado de pessoas em determinado território.

Nos grupos focais realizados, houve as seguintes percepções quanto à integração da TC com outros serviços da rede de saúde mental local. Para o primeiro grupo, não há uma integração adequada da TC com o CAPS, pois embora um serviço indique o outro não há diálogo entre eles como ressaltado anteriormente. O usuário sente falta desse *feedback* entre os profissionais de ambos os serviços, sobre o seu caso singular, para avaliar a melhora de seu quadro clínico e adequar o seu projeto terapêutico.

“(...) a terapia é uma coisa diferente do CAPS. não tem integração (...) Aí a gente tá aqui, qual é o diálogo que a gente tá tendo aqui agora com o departamento médico? Até remédio, remédio, remédio, coisa mais simples, se eu chegar com uma receita de outro departamento que não for do CAPS, eu não sou atendido aqui.” (grupo focal 1)

Já para o segundo grupo, há uma boa integração entre o CAPS, o PSF e um grupo de autoestima que também funciona no CAPS, mas essa integração está relacionada com a indicação, com a referência formal. Consideram que a terapia

comunitária compõe uma rede de apoio para problemas de cunho social (alcoolismo, drogas, lutos...) como também para problemas de cunho psicológico (depressão, pânico, ansiedade). Apresentam a TC como complemento às ações da atenção básica.

“São os médicos do CAPS que indicam a terapia, então eu vejo que tem uma ligação boa porque assim no CAPS eles vêem que a pessoa precisa de acompanhamento, mesmo que faça um acompanhamento de medicação lá ou de algum projeto (...) eles vêem a importância também da terapia, que eles indicam isso e as pessoas confiam também e vão. O PSF ajuda muito porque a gente trabalha com visita domiciliar, visita em casa, então as enfermeiras, os médicos que são do PSF quando se deparam com um caso assim eles conversam com as pessoas, indicam, porque a maioria que vão são indicados pelos médicos que são os médicos do PSF que fazem as visitas com a gente. (...) A gente percebe que um ajuda o outro. A terapia ajuda o PSF e o PSF ajuda a terapia.” (grupo focal 2)

A saúde mental apresenta um histórico recente quanto a sua inserção na atenção básica. Em março de 2001, a Coordenação de Saúde Mental promoveu a Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.” Em abril de 2002, aconteceu o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica e, em julho de 2003, ocorreu a Oficina de Saúde Mental, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da Integração com a Rede Básica.” Em novembro de 2003, tivemos a edição de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, denominada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.” Este documento começa a delinear algumas diretrizes para esta aproximação, propondo Apoio Matricial da Saúde Mental às equipes da Atenção Básica, a formação como estratégia prioritária e a Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2003).

Quanto a função do CAPS, é importante salientar que, de acordo com a Portaria nº 336, de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento do CAPS, é função desse serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica.

É necessário que a atenção básica, enfatizando aqui o PSF, encarregue-se da saúde mental de seu território, pois a loucura de um membro da família tende a circular entre todos os outros, e a precariedade da situação da vida de grande parte das pessoas contribui para o adoecimento. O trabalho conjunto, principalmente com os ACS, enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios (DELFINI *et al*, 2009).

As tecnologias leves quando perpassam os serviços de uma rede de saúde, promovem uma conversação entre esses serviços, possibilitando que haja integralidade. Assim sendo, quanto mais redes de conversação forem se formando, melhor se conhecerá as demandas tanto dos usuários como também dos sujeitos técnicos, pois ambos, muitas vezes, sentem-se limitados em demonstrar suas necessidades, gerando insatisfações, por falta da integralidade (AYRES, 2004).

Um dos aspectos apresentados por Tesser (2010), como promotor da crise do cuidado em saúde pública, é a tendência fragmentadora que alguns profissionais e serviços de saúde desenvolvem. Afirma que a fragmentação do cuidado dificulta a integralidade, a qualidade e o estabelecimento da ancestral relação de cura entre profissional-usuário, com base em sentimentos de parceria, confiança, solidariedade que são capazes de promover uma verdadeira eficácia simbólica.

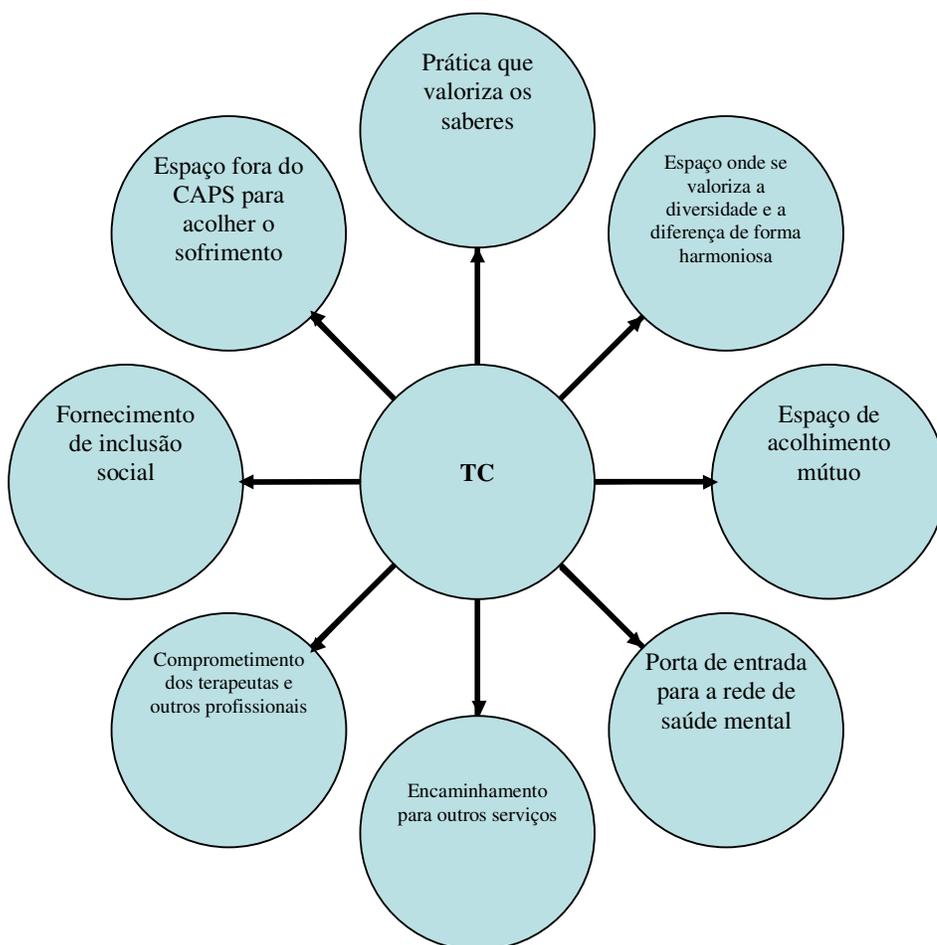
Dentre os terapeutas comunitários, não houve um consenso com relação à integração da TC com outros elementos da rede, principalmente o PSF e os serviços de saúde mental. Um deles demonstrou total desconhecimento dessa integração, demonstrando que a própria terapeuta estava centrada somente na sua ação, não ampliando seu olhar nem mesmo para saber de onde estão vindos e para onde estão indo os participantes da TC. Já os outros terapeutas todos reconhecem, pelo menos, a referência e também uma discreta contrarreferência entre a TC e outros segmentos da rede.

Campos e Domitti (2007) comentam que há obstáculos em ocorrer o trabalho interdisciplinar porque este depende de certa predisposição subjetiva para lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas, bem como para tomada de decisão, de modo compartilhado. Isso é muito difícil de ocorrer em espaços onde há

concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas.

Logo abaixo se representará um diagrama da representação da TC na rede de assistência à saúde mental, na visão dos terapeutas entrevistados. Eles a apontam como porta de entrada dessa rede e caracterizam-na como outro espaço fora do CAPS para acolher pessoas em sofrimento, onde se valoriza a diversidade e as diferenças de uma forma harmoniosa, de acolhimento mútuo, local de encaminhamento para outros serviços e de favorecimento de inclusão social.

DIAGRAMA 4: CARACTERIZAÇÃO DA TC NA REDE DE SAÚDE MENTAL NA VISÃO DOS TERAPEUTAS



Observa-se, neste estudo, que, nos dois projetos estudados, MSMCBJ e Quatro Varas, ocorrem certo diálogo entre as atividades executadas nos projetos como a TC, grupos de autoestima, biodança; no entanto, dessas atividades com outros elementos da rede, como CAPS e PSF, a integração ainda está muito incipiente.

“São os médicos do CAPS que indicam a terapia, então eu vejo que tem uma ligação boa porque assim no CAPS eles veem que a pessoa precisa de acompanhamento (...) assim que eles veem a importância também da terapia, que eles indicam isso e as pessoas confiam também e vão. O PSF ajuda muito porque a gente trabalha com visita domiciliar, visita em casa então as enfermeiras, os médicos que são do PSF quando se deparam com um caso assim eles conversam com as pessoas indicam, porque a maioria que vão são indicados pelos médicos que são os médicos do PSF que fazem as visitas com a gente. A gente percebe que um ajuda o outro. A terapia ajuda o PSF e o PSF ajuda a terapia (...)” (grupo focal 2)

Diante dessa referência entre serviços, é importante ressaltar como se sente o usuário. Analisando suas falas, percebe-se que a doença mental ainda é carregada de preconceitos, o que gera resistência inicial em aceitar a doença e conseqüentemente procurar um serviço de saúde que trate de “doidos”. Ter um diagnóstico acompanhado da “logomarca” de doente mental e ser chamado, popularmente, entre os seus, de louco não pareceu nada confortável para os usuários que participaram deste estudo.

“(...) aí me falavam sempre do CAPS, mas eu tinha uma resistência ao CAPS porque eu sentia assim “lugar de doido”(...)” (grupo focal 2)

Eu tinha um medo porque quando você pensa que vai para um canto que tem doente mental aí a pessoa fica logo cismada. A pessoa fica com medo. Aí eu vim pra cá e fui pro hospital de Messejana, me encaminharam e vi que o negócio é completamente diferente. O tratamento que os médicos dão é completamente diferente do que o que a gente tá pensando, aí a gente se sente mais tranqüilo. (usuário 2)

No entanto, para esses usuários, o ambiente da TC, a forma com que foram recebidos e o tipo de técnica terapêutica utilizada os deixaram mais tranqüilos. Assim sendo, percebe-se que a estrutura tanto dos ambientes físicos como das

relações profissionais e usuários dos serviços de saúde mental precisam passar por um processo de renovação para que se possa desmistificar e desvincular o tratamento mental de lugares sujos, sem higiene, parecendo prisões com profissionais frios e alheios à dor do outro. Sabemos que esse é um processo ainda lento, mas, para aqueles que abraçaram a Reforma Psiquiátrica, infraestrutura e relações profissional-usuário de qualidade, são quesitos básicos que se devem ofertar.

Nos discursos tanto dos usuários como também dos terapeutas, percebe-se uma valorização do profissional médico no que diz respeito ao encaminhamento e à adesão das pessoas à terapia. Relatam que o encaminhamento do médico tem um maior valor e uma maior eficácia, quando comparado com o encaminhamento de outras pessoas e outros profissionais. Tesser (2010) apresenta um “especialista social” como alguém que domina muito mais de algum assunto, atividade ou problema que um “leigo” (frisos nosso). Assim, em qualquer sociedade, por exemplo, parece ter havido especialistas sociais em cura, curadores, desde muito tempo, e, conforme os casos, curadores oficiais, como o são os profissionais de saúde, dentre os quais, os médicos se destacam como principais.

“se o médico chegar e disser assim você vá pra terapia que lá você vai desabafar, vai melhorar, então com aquilo a pessoa já vai. Porque foi uma indicação do médico, se for uma indicação da gente (ACS) diz ah não vou, não sei o quê, mas se o médico chegar e falar aí a pessoa já vai.” (grupo focal 2)

Existe a integração, mas agora tem uma figurinha aí, no meio dessa integração que ele é fundamental no caso, o médico. No posto de saúde que o médico adere à proposta da terapia comunitária, esse grupo de terapia comunitária funciona (...). Então o posto de saúde que o médico receita como prescrição médica, “ir para a terapia comunitária” eu duvido que ele não vá (...) (terapeuta 3)

Um dos terapeutas entrevistados chegou a comentar a experiência de um grupo de TC na unidade básica de saúde. Relatou que o médico chegava a participar das sessões da TC, o que o ajudava a avaliar melhor os casos de seus pacientes. Entretanto esse foi um caso isolado, e o grupo já não se mantém nessa unidade de saúde.

Quanto ao papel da TC na rede de saúde mental, os terapeutas a caracterizam como espaço de promoção da saúde e do apoio tanto para outros serviços de saúde mental, como também para a atenção básica, aqui representada principalmente pelas equipes de PSF. Concordam entre si que a TC é um instrumento que promove a não medicalização do sofrimento e não tem um enfoque nas patologias, mas nos sentimentos e nas repercussões dessas patologias nos indivíduos.

Consideram que a TC é complementar na atenção e no cuidado do sofrimento psíquico, sendo mais uma ferramenta nos contextos comunitários para acolher o sofrimento.

4.4 Saberes e práticas para a promoção do cuidado na terapia comunitária

Foi no campo da saúde mental que ocorreu uma das primeiras e mais radicais manifestações em prol da humanização, devido haver em sua história as condições mais deletérias, mais desumanas no campo da saúde, afetando e brutalizando a todos, clientes internos e externos. Esse processo se deu através da batalha antimanicomial, pela extinção dos castigos corporais e mentais, disfarçados em técnicas terapêuticas, pelo fim do abuso medicamentoso, pela liberação da palavra e pela abertura da escuta dos direitos dos usuários e, sobretudo, pelo reordenamento das relações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os clientes (REIS *et al*, 2004).

Após a Constituição de 1988, a instituição do SUS e a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contribuiu para formar os princípios e as diretrizes norteadoras desse sistema, iniciou-se um movimento em contraposição ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, em que se destacaram algumas ações programáticas, dentre elas, o acolhimento, a vigilância em saúde, a proposta de criação de cidades saudáveis e a promoção da saúde. Todas essas ações visam auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Diante dessa proposta, o acolhimento na saúde deve contribuir para construção de uma ética de diversidade, de tolerância com os diferentes, de inclusão social, com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a cidadania, não restrita

somente a atenção básica, mas a todos os níveis de assistência (BECK e MINUZI, 2008).

Nas terapias comunitárias acompanhadas, foi observado um bom acolhimento, e os locais onde elas acontecem são arejados, confortáveis, bonitos, o que gera um sentimento de bem-estar e valorização em seus participantes, relatado inclusive, em alguns discursos dos usuários, e reconhecido também como fator importante de acolhimento pelos terapeutas.

“(...) acho bom aqui. No centro dessa tranquilidade, aqui você vê a natureza.” (usuário 1)

“Eu acho que a estrutura é boa né? A infraestrutura é muito boa, os espaços (...) é tudo muito limpo, organizado onde as pessoas se sentem bem de vir aqui, que não é feio, não é quebrado, é tudo plantadinho, tudo verde assim, eu acho isso muito bom. (...) porque a pessoa vem e sente que tá num ambiente que ela se sente valorizado, se sente gente, né?” (terapeuta 2)

As práticas de humanização da assistência podem se manifestar de uma forma isolada em alguns serviços de saúde, podendo se manifestar através da melhoria das condições do espaço físico e de circulação dentro de prédios, outras vezes como instalação de diversos grupos de acolhimento, outras como atuações de práticas terapêuticas que visam ao relaxamento e ao bem-estar físico e mental (REIS *et al*, 2004). Mesmo se manifestando como ações pontuais, reconhecem-se importantes por serem práticas que demonstram que a Política de Humanização está em andamento. Claro que somente “roupagem” de humanização não é suficiente e que ainda, com frequência, deparar-se-á com embates entre conservadorismo e práticas inovadoras, no âmbito da saúde mental, mas percebe-se que a conquista de algo novo se faz através de tentativas responsáveis e da mudança dos pensamentos dos sujeitos envolvidos no processo.

Furtado e Campos (2005) complementam o pensamento acima quando afirmam que a verdadeira reabilitação social passa por adaptações do ambiente físico e social daquele que apresenta algum grau de desvantagem ou desabilidade, ou seja, se se pretende instaurar uma nova resposta social à loucura, é necessário

aumentar a permeabilidade da comunidade ao convívio com e apesar das diferenças.

Os terapeutas utilizam muito a palavra *acolhimento* quando falam da TC e de suas propostas terapêuticas como observado nesses discursos:

*(...) uma metodologia de grupo que trata e **acolhe** o sofrimento, ou a dor (...) Se ela se propõe a não medicalizar, não focar nas patologias, apenas, no suporte, no acolhimento, acho que ela tem uma importância muito boa nesse sentido, pra rede, na atenção básica.(...) Que é um espaço que a gente **acolhe** o sofrimento sem medicalizar a vida e as relações. Então, as vezes, a pessoa chega aqui com uma dor, uma depressão, ao invés de a gente dar um remédio pra isso, não que os remédios não sejam necessários, são importantes, têm a sua eficácia, mas, na maioria das vezes, a gente medicaliza a dor. E o que a gente faz aqui é dar espaço e favorecer que essa dor seja **acolhida** no coletivo. (...) Então, foi bom também, nesse sentido de proporcionar que as pessoas pudessem serem **acolhidas** e se empoderarem das descobertas que fizeram durante a partilha na terapia comunitária. (terapeuta 1).*

*(...) é um espaço muito bom, de escuta, de **acolhida** (...) no momento da **acolhida**, no momento quando a gente fala que **acolhe** todas as pessoas independente de religião, de ideologia política (...) (terapeuta 2)*

*Terapia comunitária um espaço onde você pode ser ouvido, ser **acolhido**, e dividir algo que você nem sabe que tem. (...) (terapeuta 3)*

*(...) a terapia comunitária é um espaço de **acolhida** e de escuta (...) é um espaço de **acolhida** e as pessoas que vêm elas querem muito ser acolhidas, né? (...) porque na terapia, o importante mesmo é a **acolhida** e a escuta. Porque tem pessoas, as pessoas que vêm geralmente não são muito **acolhidas**, são pessoas sofridas então não tem segredo, é **acolher** e escutar. (terapeuta 4)*

Percebe-se, tanto pelos discursos quanto pela observação sistemática das rodas de TC, que o acolhimento tão ressaltado pelos terapeutas vem acompanhado do sentido de ouvir atentamente e sem julgamento, de promover um espaço aconchegante, de valorização do usuário, de promoção da autoestima, com presença marcante de gestos e toques, demonstrando carinho e solidariedade.

Todos os terapeutas foram formados pelo Projeto Quatro Varas, sendo um em outro estado e todos os outros aqui no Ceará. Um terapeuta é psicólogo, atuando também na área da saúde; dois faziam parte de pastorais; outros trabalhavam como voluntários desde a formação do Projeto Quatro Varas e fizeram o curso de terapeutas para a obtenção de um título formal, embora já executassem a função antes mesmo de concluírem o curso. Esses terapeutas, por serem ligados diretamente a dois polos formadores de TC, estão em constante atualização de formação pessoal, não sendo a realidade de todos os terapeutas atuais.

Muitos foram os momentos onde foram observados gestos de carinho, atenção e promoção de situações de relaxamento, na interação terapeuta-usuário e com os usuários entre si. A TC foi caracterizada principalmente como um lugar de escuta, um local onde as pessoas podem falar sobre seus problemas, tendo a certeza de que serão ouvidas. Nas rodas, observa-se um cuidado dos terapeutas em tratar bem as pessoas, possibilitando um ambiente de confiança, com palavras encorajadoras, falando de igualdade entre todos os presentes, incluindo a eles mesmos. Há também ênfase na fala, na exposição dos sentimentos, principalmente, dos negativos, através de palavras, o que pode promover uma melhora em seu estado emocional e ainda repercutir em seu estado físico, utilizando ditados populares como “Quando a boca cala, os órgãos falam; quando a boca fala, os órgãos saram.”

É urgente trazer para os espaços de prática de saúde, a fala e a escuta, pois se acredita que, sem a comunicação dos profissionais, dos usuários, da sociedade onde haja a lógica de ouvir o que o outro tem a dizer e falar com liberdade, sem medo dos julgamentos e preconceitos, torna-se impossível diminuir a dependência do homem com a instituição médica (MARQUES e LIMA, 2004).

A necessidade de se cuidar, a humanização, o carinho, a atenção, o respeito e a responsabilidade são tão importantes quanto o saber técnico-científico. Além de uma menor densidade de tecnologias duras, associadas a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abrem-se inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos da fala, escuta, olhares e toques, onde os sentidos operam juntos com os saberes, o que, sem dúvida, impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado (BECK e MUNIZ 2008; FRANCO, 2006).

Os motivos que os levaram a procurar a terapia comunitária apresentados pelos usuários foram essencialmente os relacionados à área de saúde mental. Estes foram principalmente: recuperação pós-internação em hospital psiquiátrico (10 anos de internação); depressão; síndrome do pânico; transtorno de ansiedade, bruxismo. Mas também houve pessoas que afirmaram terem buscado a terapia por sentirem-se sozinhas, com necessidade de serem ouvidas, de conversar, de fazer novas amizades.

A quase maioria dos usuários já havia passado por outros segmentos da rede de saúde mental, como hospitais e CAPS. Alguns já chegaram à TC com tratamento medicamentoso para os transtornos apresentados.

Vasconcelos (2010) afirma que a TC vem compor o quadro de iniciativas atuais de saúde mental na atenção básica com o desafio de estar assumindo responsabilidades e acolhendo pessoas que sofreram violência social, catástrofes e que possuem transtornos psiquiátricos menores.

Dentre os avanços atuais da TC enfatizados pelos terapeutas comunitários, foi citada a sua inserção em vários espaços sociais, como em presídios, espaços religiosos, grupos indígenas, com profissionais do sexo, além dos serviços instituídos como CAPS e PSF. A TC também vem avançando em outros países da Europa, da África e da América Latina.

Até porque já fiz, já participei de rodas de terapia comunitária em vários contextos diferentes, até em comunidades indígenas, igrejas, CAPs, no CRAS, praça pública. Já ouvi relatos de roda de terapia comunitária dentro de sistema prisional, com profissionais do sexo, que mais? Eu vejo ela inserida em vários contextos, inclusive tá inserida fora do Brasil com contextos culturais totalmente diferentes do nosso, na África, por exemplo, embora eu acredito não seja tão diferente do nosso, mas, em Moçambique, mas tem, é... acho, se não me engano, na Argentina, na França, na Alemanha, na Suíça, Dinamarca (...) (terapeuta 1)

E atualmente o maior avanço da TC no Brasil é estar no caminho de tornar-se política pública também enfatizada pelos terapeutas, uma vez que houve a aprovação desta solicitação na última Conferência Nacional de Saúde Mental, agora em 2010.

Quando questionado com os terapeutas comunitários sobre os eixos teóricos que originaram a TC e sua aplicação na prática, apenas um demonstrou

segurança em explicar sobre o assunto. Todos os outros precisaram ser lembrados de que eixos se falava para que pudessem discorrer algo a respeito e, mesmo assim, não se apresentaram à vontade diante do assunto. O que se observou, na prática, é que o embasamento teórico é muito importante; entretanto, o que se mostrou essencial para se conduzir a TC com êxito foi desenvolver uma boa acolhida e uma escuta ativa, e nisso todos os profissionais demonstraram muita tranquilidade e segurança.

Os terapeutas demonstraram, através de suas falas, que a formação e a prática em TC provocaram as seguintes alterações em sua vida pessoal e profissional, consolidadas nesses quadros a seguir:

Quadro 12: Alterações na vida pessoal dos terapeutas após a formação na TC.

| ALTERAÇÕES NA VIDA PESSOAL | DISCURSOS DOS TERAPEUTAS |
|--|---|
| Melhor conhecimento de si mesmo | <i>“E a importância que teve a formação na minha vida foi que eu me percebi, na época, ou me descobri, na época, mais do que as funções que eu exercia.” (terapeuta 1)</i> <i>“(…) e lá na terapia, no outro trabalho, eu me trabalhando, eu me descobri (…)</i> porque na terapia, primeiro tem que se trabalhar pra trabalhar com as pessoas, então, eu descobri o porquê dos meus medos, da minha insegurança, me libertei de muitas coisas que atrapalhou muito minha vida (…)”(terapeuta 4) |
| Reconhecimento de potencialidades e fragilidades | <i>“Eu amadureci, tive oportunidade nesse trabalho de me conhecer, de saber quais são as minhas fragilidades, as minhas forças, isso me ajudou demais (…)” (terapeuta 2)</i> |
| Mais segurança e equilíbrio | <i>“(…) ajudou muito, me deu mais segurança, equilíbrio (…)”(terapeuta 2)</i> |
| Ampliação da capacidade de escuta | <i>“(…) então dentro da terapia eu aprendi algo que fez mudar minha vida que foi, eu ampliei a minha capacidade de ouvir, porque como eu falo muito, eu ouço pouco, né? Existe curso de falatório, não existe curso de aprender a ouvir e eu aprendi a ouvir com a terapia, então eu aprendi a perguntar, aprendi a ouvir, então essas duas funções que eu desenvolvi em maior potência dentro da minha personalidade eu devo isso a terapia comunitária.” (terapeuta 3)</i> <i>“Então, isso foi muito importante porque a partir daí, eu era uma pessoa que</i> |

| | |
|--|---|
| | <i>participava da comunidade mas não tinha muito paciência pra escutar, então eu aprendi e me identifiquei com esse trabalho.” (terapeuta 4)</i> |
| Sentimentos de felicidade em ajudar os outros | <i>“Assim, pra mim porque cada pessoa que vem que eu vejo a melhora, aqui no projeto, cada pessoa que vem isso pra mim, sei lá, eu crio vida nova! É uma contribuição enorme porque eu fico feliz da vida, feliz quando eu vejo que deu resultado nas pessoas.” (terapeuta 5)</i> |
| Descoberta de que a capacidade de ser feliz está dentro de cada um | <i>“(…) eu tenho um filho deficiente, o meu caçula, ele tinha seis pra oito anos e ele dizia: “mamãezinha a gente só não é feliz se não quiser, se a pessoa quiser ser feliz ela é feliz!”, eu nunca esqueci isso e eu sempre comentava, e eu fui descobrir essas palavras que meu filho me disse aqui nesse projeto (…)” (terapeuta 5)</i> |

Quadro 13: Alterações na vida profissional dos terapeutas após a formação na TC.

| ALTERAÇÕES NA VIDA PROFISSIONAL | DISCURSOS DOS TERAPEUTAS |
|---|---|
| Capacidade de dividir tarefas e funções | <i>“(…) como eu sou a mais velha, eu sempre fui uma pessoa que queria fazer tudo, resolvia tudo e aprendi a viver (….) aprendi a dividir as coisas (….) agora eu aprendi que eu não sou aquela que deve fazer tudo sozinha.” (terapeuta 4)</i> |
| Melhoria das potencialidades profissionais | <i>(…) eu vi que eu tinha muitas ideias, mas que não as colocava em prática e só ideias que ficavam (….) tenho idéias que gostaria de por em prática, mas que nunca as pus em prática então a partir daquilo eu passei a executar as coisas que eu tinha em mente. (terapeuta 1)</i> |
| Poder ser você, mesmo nas suas atividades de trabalho | <i>Então eu percebi que eu tava me identificando mais com as funções que eu fazia na época, que eu exercia, o psicólogo, é isso, do que com aquilo que eu tinha, a minha essência, né? (terapeuta 1)</i> |
| Maior dinamicidade no trabalho | <i>“Então, isso me deu segurança, me ajudou, e as dinâmicas que eu levo daqui, pros cursos quando a gente faz curso, faz curso de qualificação, né, treinamento, essas coisas então, a gente sempre leva dinâmicas de relaxamento de integração e tudo isso ajuda.” (terapeuta 2)</i> |

Para que ocorra um impacto na Política de Humanização atual, faz-se necessário, de acordo com Reis *et al* (2004), que haja, dentre outras questões, uma reformulação curricular de forma a permitir que os profissionais em formação obtenham uma visão mais abrangente do processo de prevenção e assistência que tome o nome de “clínica ampliada”. Ampliada no sentido de compreender qualquer procedimento clínico como produtor de subjetividade. Isto representa uma reviravolta no processo relacional e dialogal entre profissional e usuário, no sentido de que os usuários perdessem o “medo” (friso particular) de falar o que os importuna, para não “incomodar o médico” e que o profissional de saúde se reconhecesse como portador de limites, de subjetividades, além de compreender o usuário como parceiro importante e a quem se deve dar a palavra final no seu projeto terapêutico.

O modelo tradicional hegemônico e ainda medicalizante pauta-se na relação queixa-conduta, sendo voltado ainda para atender as doenças, supervalorizando o saber biológico e as intervenções técnicas. Não se considera aqui que esses saberes não sejam importantes, mas que não podem ser vistos como únicos no desenvolvimento da ação terapêutica.

Concordando com o pensamento de Ferri *et al* (2007) busca-se um fazer saúde que possa satisfazer o usuário em suas singularidades e necessidades, estabelecendo relações com o emocional, com o cultural, com o social, e canalizando para uma proposta coletiva.

Devemos constantemente buscar um cuidar efetivo que, nas palavras de Ayres (2004), é aquele em que a presença do outro tem voz ativa e as interações intersubjetivas são ricas e dinâmicas. Ressalta também que se deve superar a conformação individualista do cuidado e buscar esferas coletivas, institucionais com intuito de enriquecer a racionalidade biomédica com outros saberes e outras ciências. Reforça a necessidade de, além de se buscar incessantemente a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, deve-se associar estas a pluralidade dialógica, abrindo espaços para vários tipos de linguagem, como expressões artísticas, atividades corporais e outras atividades terapêuticas.

Está-se de acordo com o pensamento de Marques e Lima (2004), quando afirmam que, somente será possível uma mudança na qualidade da assistência dos serviços ofertados na saúde, quando houver mudança significativa, tanto nas

relações profissionais, usuários e comunidades, como também na representação de cura através de outros elementos norteadores das práticas de cuidado.

O acompanhamento das rodas de terapia comunitária e análise dos discursos dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa possibilitou avaliar que a TC não é um modelo de projeto terapêutico singular, entretanto, apresenta em sua essência, um projeto terapêutico para a obtenção do cuidado em saúde mental, em que as tecnologias leves são os principais dispositivos.

Considera-se importante ressaltar que ainda falta integração com outros serviços da rede para que se desenvolva um diálogo entre os profissionais, visto que são diversos os caminhos percorridos pelos usuários que freqüentam a TC. Uma possível proposta de integração seria o apoio matricial sugerido por Campos e Campos e Domitti (1999, 2007), pois vem se apresentando como uma ferramenta de promoção da integralidade, da troca de saberes, de responsabilização, de vínculo, como o intuito de desenvolver o cuidado de uma forma mais complexa e singular, assim como se apresentam os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Compreende-se integralidade como princípio ético-doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) que se caracteriza como princípio que possibilita à população o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos três níveis de assistência (BRASIL, 2006). Já o conceito de integração adotado nesse estudo diz respeito à incorporação de um elemento em um conjunto, formando um todo harmonioso complementando-se (HOUAISS e VILLAR, 2001). A integração abordada necessita da comunicação entre os profissionais que compõem os serviços para que possa se concretizar.

Atualmente as propostas de apoio matricial e as equipes de referência formuladas por Campos e Domitti (2007) têm objetivos de promover a integralidade entre serviços e profissionais, no intuito de favorecer o usuário quanto um cuidado singular e integral. Essa proposta surge como estratégia, metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando a realização de uma integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, compreendendo que nenhum especialista, de modo isolado (aqui se acrescentam também os serviços) pode assegurar uma abordagem integral.

O termo matricial busca romper com uma hierarquização do tipo vertical, que remete diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o

recebe. Indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, na tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde. Já apoio sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal, mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas com base em procedimento dialógico (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Andrade e Costa (2010) em seus estudos sobre medicinas complementares e alternativas no SUS comentam que a integralidade se nutre do pluralismo diagnóstico-terapêutico que estas medicinas promovem. Relatam que esta confluência favorece o reconhecimento de outros saberes, cuidados e práticas sanitárias, onde estão inclusos a terapia comunitária, as rodas de conversa, grupos de auto-estima e outros, favorecendo multiplicidade.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROPOSTAS

A saúde mental na atenção básica vem apresentando lacunas quanto a locais que recebam sujeitos com transtornos mentais leves ou que precisem simplesmente ser ouvidos em situações de crises agudas, às vezes, ocasionadas por uma perda, por situações de violência, ou outras a que todos estão expostos diariamente. A TC vem se encaixando nessa necessidade, no âmbito das políticas públicas, de acordo com os terapeutas e usuários desse estudo.

Durante a elaboração deste estudo, da escolha do objeto, do método de pesquisa, dos instrumentos a serem utilizados, surgiram muitos questionamentos e dúvidas. As incertezas giraram principalmente sobre a escolha da Terapia Comunitária como objeto de estudo, uma vez que não há muita literatura científica sobre o tema. Entretanto, depois de idas e vindas, percebeu-se que justamente, por haver pouca produção científica sobre o tema, este estudo teria relevância, além de a TC estar avançando no território nacional, como Política Pública, após a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida agora em 2010.

O contato com os organizadores dos Projetos Quatro Varas e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, o envolvimento com os terapeutas e os usuários desses projetos permitiram aprofundar o universo amplo e subjetivo presentes nesses espaços comunitários. Além disso, fomentar o desejo e promover o incentivo de que outras pesquisas sejam realizadas nesses espaços, pois demonstraram ser locais de grandes riquezas de saberes e práticas. A TC é somente um dos projetos desenvolvido por esses movimentos e, ainda assim, possui uma complexidade tão grande que este estudo não tem a pretensão de abarcar.

No momento em que se levou a concluir temporariamente as análises e apresentar as considerações, enfatizou-se que todo conhecimento é provisório, visto que o cotidiano é dinâmico e muda todos os dias. O que hoje se apresenta como realidade pode sofrer mudanças a qualquer momento e ainda se ressaltar que a realidade é mutável, inclusive, de acordo com o olhar do observador que carrega suas subjetividades, sua bagagem cultural e intelectual. O que se quer enfatizar com

isto é que este estudo refere-se a um ponto de vista aprofundado pelos olhares de outros pesquisadores.

Na análise do projeto terapêutico singular, no contexto da terapia comunitária, avalia-se que a TC se caracteriza como proposta terapêutica para a área de saúde mental, na atenção básica, com o intuito de ser um espaço onde as pessoas podem ser acolhidas nas suas dores e nos seus sofrimentos, ocasionados por qualquer obstáculo comum do dia a dia, ou mesmo por situações traumáticas, que causaram, ou tem um potencial de causar algum transtorno mental. Tem em sua base de formação elementos que valorizam a diversidade cultural, a autonomia, a visão sistêmica, o potencial comunitário e as subjetividades.

A TC busca promover, na sua estrutura micro, tecnologias leves, como acolhimento, vínculo, responsabilização, promoção de autonomia através da escuta ativa, do carinho e do apoio comunitário, contudo, precisa buscar a integração com outros serviços para poder caracterizar algo como projeto terapêutico. Avalia-se que há um projeto terapêutico em si mesmo, mas não dialogado com outros serviços da rede, caracterizando ainda apenas o encaminhamento com alguma comunicação.

Os limites de atuação apresentados pelos terapeutas em estudo disseram respeito ao atendimento de pessoas com transtornos graves, situações críticas causadas por uso abusivo de álcool e outras drogas e desemprego. Entretanto eles reconhecem que o papel da TC não o é de trazer resolução a esses tipos de problemáticas, mas apoiá-las, compondo a rede de assistência para essas questões. Nas observações das rodas de terapia, observou-se que a TC é um espaço de promoção comunitária, podendo suscitar em seus participantes atitudes de reivindicação, junto a órgãos competentes, de serviços necessários ao bem-estar de sua comunidade.

Quanto à resolubilidade, este estudo identificou, através dos discursos de usuários e terapeutas, que a TC vem sendo eficaz para ajudar pessoas com problemas de perda, violência social, depressão, insônia, baixa autoestima, dificuldades de diálogo, busca da autonomia entre outras questões ocasionadas por situações estressantes do dia a dia.

A questão da medicalização e da medicamentação é grande desafio nos dias atuais. A medicalização da vida tão explanada por vários autores neste

estudo é algo tão preocupante que vem merecendo um cuidado específico, precisando ser amplamente divulgado nas universidades e nos serviços, e denominado de prevenção quaternária que busca estabelecer critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica como terapêutica, da biomedicina.

Neste estudo, entre os usuários da TC, ainda permanece forte o poder biomédico e o uso de medicação “controlada” (principalmente benzodiazepínicos e psicotrópicos) prescrita principalmente por médicos psiquiatras. O diálogo entre profissional médico e usuário ainda é pautado na queixa-conduta, o que causa insatisfação nos usuários que desejam um diálogo pautado na contextualização de suas queixas.

Muitos dos usuários do estudo, confirmado por relatos dos terapeutas, consideraram que a participação nas rodas de TC possibilitou a redução, ou mesmo, a eliminação do remédio “controlado” em sua vida. Relataram que ações promovidas pela TC, como escuta atenciosa, atenção, carinho, apoio comunitário, promoção da autoestima e da autovalorização, são, entre outras questões, dispositivos que possibilitaram essa nova relação com a medicação.

O estudo também demonstrou que dentre os usuários que participaram da pesquisa alguns foram reduzindo ou eliminando o medicamento de sua vida, enquanto também participavam de outras atividades terapêuticas, como grupos de auto-estima, biodança, massoterapia. Por isso mesmo, não se pode afirmar que a TC, isoladamente, promoveu a mudança no consumo medicamentoso, mas somente que ela contribuiu.

Os terapeutas em estudo acreditam que a TC funcione como uma ferramenta contra a medicalização social, pois ressaltam que, ao invés de a TC oferecer um medicamento para a dor ou o sofrimento de alguém, ela oferece um espaço para que se fale dessa dor, para que se busque contextualizá-la. No entanto, não há uma condenação ao uso da medicação, em alguns casos; ao contrário, consideram pertinente que algumas pessoas, diante de suas reais necessidades, associem a TC e à medicação. Mas condenam o uso abusivo e deletério de alguns medicamentos, assim como o ato de medicalizar a vida e as relações.

O estudo também vem demonstrar que a TC, para agir como promotora de saúde, precisa apresentar ênfase no social e no coletivo, promover uma visão positiva da saúde, fomentar nos indivíduos sua autonomia e buscar uma integralidade, seja com outros serviços de saúde mental, como com outros elementos governamentais e não governamentais do seu território. Portanto, avalia-se que ela, assim como outros serviços da rede, estão a caminho dessa promoção em saúde, enfrentando alguns percalços, mas buscando esse objetivo.

Em relação ao fluxo da terapia comunitária e sua interlocução com os serviços substitutivos, percebe-se que muitos serviços já reconhecem a TC como espaço coletivo para resolver transtornos leves e situações de pessoas que sofreram situações traumáticas, acarretando alterações psicológicas e de humor. A TC é referenciada por hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, CAPS, PSF, igrejas, mídia, além do popular “boca a boca”, principalmente de pessoas que tiveram uma experiência positiva direta ou indireta com a TC.

Como esse estudo foi realizado em dois movimentos sociais comunitários, a TC compõe um elenco de projetos apresentados por esses movimentos e, devido a isso, possuem uma grande inter-relação com massoterapia, biodança, grupos de autoestima, reike, ações estas inerentes aos movimentos.

Quanto à integração da TC com a atenção básica, através do PSF, com o CAPS e com outros elementos de assistência em saúde mental, como hospitais gerais ou psiquiátricos, visualiza-se que há uma comunicação através das referências entre estes, o que caracterizaria uma rede de atendimentos, mas que há necessidade de relações de diálogo entre esses serviços para caracterizar a integralidade.

A proposta do apoio matricial surge como uma alternativa provável na melhoria da atenção ao usuário, pois o modelo propõe uma rede de cuidados de base territorial e possibilidades de intervenções transversais com outras políticas públicas. O modelo aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo a responsabilização compartilhada dos casos, como forma de combater a lógica dos encaminhamentos.

A TC apresenta-se com uma proposta terapêutica que aposta no acolhimento, como sua principal bandeira, além de promover um espaço para a fala

e a escuta, espaço este tão necessário hoje em dia. Para tornar-se terapeuta comunitário, não é necessário ser profissional de saúde, mas é imprescindível ser alguém com grande capacidade de escuta, que saiba acolher e valorizar as diferenças e que, principalmente sinta-se gente cuidando de gente, ou seja, reconheça-se com potenciais, limites, subjetividades, assim como as pessoas que vão participar das terapias.

Os terapeutas em estudo relataram que alterações positivas ocorreram em sua vida (profissional e pessoal), após a formação em TC onde destacam, entre outras questões: melhor conhecimento de si mesmos, melhor capacidade de escuta, melhora nas relações interpessoais, maior dinamicidade no trabalho, reconhecimento de dividir tarefas. Reconhece-se que essas são alterações de comportamento necessárias, para que a humanização se concretize nos estabelecimentos que atendem pessoas, sejam eles na saúde ou em outros segmentos. Apenas reforça que, para lidar com as dores e os sofrimentos das pessoas, é necessário se desenvolver uma maior sensibilidade, e esse ponto foi bastante ressaltado nas falas e nas ações dos terapeutas comunitários em estudo, o que possibilitou satisfação e reconhecimento dos usuários.

Nosso estudo possui limitações por se tratar de pesquisa realizada em apenas dois espaços de terapia comunitária – Projeto Quatro Varas e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, além de representar apenas um ponto de vista da realidade desses movimentos. Mas acredita-se que é um estudo importante para a realização de questionamentos e pontos de partida para outras pesquisas.

Não foi objetivo se esgotarem as possibilidades de estudo sobre a Terapia Comunitária, ao contrário buscou-se mostrar que a TC possui um campo muito vasto para pesquisa. Procurou-se mostrar a compreensão da TC, como dispositivo de cuidado na atenção comunitária, através dos terapeutas e dos usuários, a partir de seus saberes e de suas práticas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**. Rio de Janeiro, 2003. Sub-Tema: 2-D. Disponível em <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj> Acesso em 13 de janeiro de 2010.
- ANDRADE, J.T. A. e COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.497- 508. 2010.
- ASSIS, M.M.A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado**. Ribeirão Preto, 320 p. 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003- fev.2004.
- BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária passo a passo**. – Fortaleza: gráfica LCR, 2005.
- BECK, C. L. C e MINUZI D. O Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, vol. 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. Editora: Vozes. 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética e Pesquisa (BR). **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. - 2.ed. – Brasília:Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.1)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** – 5. ed. Ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**

Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. – Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. **Diário Oficial da União** 2002; 19 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. **Circular Conjunta** n. 01 e 03 de 13/11/2003 – (2003).

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008. Disponível em <<http://WWW.psicologia.ufrj.br>> Acesso em 13 de janeiro de 2010.

CAMPOS G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 1999, v.4, n.2, p.393-403.

CAMPOS G.W.S, DOMITTI A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In. **Cad. Saúde Pública**, Fev 2007, v.23, n.2, p.399-407.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. Editora: HUCITEC. 2.a edição aumentada, 2002).

CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Rev. Saúde Pública**; 2004, vol.38, n 05, pp. 615-622.

CENTENO, M. J. O **conceito de comunicação na obra de Beteson: interação e regulação**. Coleção: Estudos em Comunicação. 2009. Disponível em < <http://WWW.livroslabcom.ubi.pt>.> Acesso em 20 de maio de 2010.

DANESE, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F. O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 70-76, maio/ago. 2001.

DELFINI, P.S.de S. et. all. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1483-1492, 2009.

DIAS, C. A. GRUPO FOCAL: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v.10, n.2, 2000. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br>> Acesso em 28 de maio de 2010.

FERRI, S.M.N. et.all. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FLACH, F.. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro R.; Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

FREIRE, P. **Paulo Freire ao Vivo**. São Paulo: Loyola, 1983.

FURTADO, J. P. ; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano VIII, n.1, mar/2005,109-122.

GAMA, C.A.P.da; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humana**. Brasília:Liber Livro Editora, 2005.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4.a edição, São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1981.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. Editora: HUCITEC. 2.a edição aumentada, 2002).

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LIMA, R.de C. C. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. HUCITEC, São Paulo, 2010, p.75-92.

MARQUES G.Q; LIMA M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2004, abr 25; (1) 17-25.

MERHY, E. E Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.(Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 269 p.

MINAYO, M. C. de S. (ORG.) ASSIS, S. G.(ORG.)SOUZA, E. R. de(ORG.). **Avaliação por triangulação de métodos** : abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 243p.

NETO, P.P.; CAPONI, S. Medicalização, revisitando definições e teorias. In: **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. HUCITEC, São Paulo, 2010, p. 35-51.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** [on

line]. 2009. Vol. 25, n.9, pp. 2012-2020. Disponível em <<http://scielosp.org>> Acesso em 13 de janeiro de 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 204p.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M.. Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. Editora: HUCITEC. 2.a ed. aumentada, 2002).

PINHEIRO, D. Patrícia N.. A Resiliência em discussão. **Psicologia em estudo**. [on line]. 2004, vol. 9, n.1, pp.67-75. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br>> Acesso em novembro de 2009.

RALHA-SIMÕES, H.. Resiliência e desenvolvimento pessoal. In: TAVARES, José.(org.) **Resiliência e educação**. pp.95-114. São Paulo: Cortês, 2001.

REIS, A.O.A. et. all. **A humanização na saúde como instância libertadora**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C.. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. Editora: HUCITEC. 2.a edição aumentada, 2002).

SANTOS, A. M. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoas – BA**, 229p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, BA, 2005.

SILVA, M. B. B. e Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

SILVA, J. C. J.; MUNIZ, V. L. P.. **Terapia comunitária e alcoolismo**. Disponível em <http://abratecom.org.br/publica_ac1.html> Acesso em 12 de novembro de 2009.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, José.(org.) **Resiliência e educação**. pp. 43-76. São Paulo: Cortês, 2001.

TESSER, C. D. (org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. HUCITEC, São Paulo, 2010.

TESSER, C. D. A atenção a saúde na construção cotidiana da cultura e da medicalização social. In: **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. HUCITEC, São Paulo, 2010 p.74-107.

TESSER, C. D. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para clínica na atenção básica. In: **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. HUCITEC, São Paulo, 2010 p.108-130

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. In: **Rev. Saúde Pública** [on line]. 2008. Vol. 42, n.5, pp. 914-920. Disponível em <<http://scielosp.org>> Acesso em 13 de janeiro de 2010.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In:

Medicalização social e atenção à saúde no SUS. HUCITEC, São Paulo, 2010p. 131-150.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; JUSTINO, A. L. Medicalização social e prevenção quaternária: conceito e prática na Atenção Primária a Saúde. In: **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** HUCITEC, São Paulo, 2010p. 151-206.

TOTUGUI, M.L. et.all. O crack: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** Hucitec, São Paulo, 2010, p.93-112.

VASCONCELOS,E.M. (org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** Hucitec, São Paulo, 2010.

VASCONCELOS,E.M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** Hucitec, São Paulo, 2010, p.17-72.

SITES:

<http://www.abratecom.org.br/>Acesso em 20 de janeiro de 2010.

<http://www.4varas.com.br/> Acesso em 20 de janeiro de 2010.

<http://www.ibge.gov.br/> Acesso em 27 de maio de 2010.

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/>Acesso de 27 de maio de 2010.

<http://www.msmcbj.org.br/>Acesso em 27 de maio de 2010.

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>Acesso em 03 de junho de 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista semi-estruturada para terapeutas Comunitários

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA
ORIENTADORA: PROFA DRA MARIA SALETE BESSA JORGE

PESQUISADORA: AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(Terapeutas comunitários)

SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA:
a terapia comunitária como dispositivo de cuidado.

Número da Entrevista: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados: _____

Hora: Início _____ Fim: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Iniciais do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Nível de escolaridade: _____

Formação: _____

Tempo de atuação como terapeuta comunitário: _____

Instituição onde realiza as terapias: _____

Tempo de funcionamento da instituição: _____

QUESTÕES ABERTAS

1. Fale sobre a importância da terapia comunitária (TC) para a atenção básica e para a rede de saúde mental local.
2. Discorra sobre como se tornou terapeuta comunitário e que contribuições ocorreram para a sua vida profissional.
3. Como as pessoas chegam à terapia comunitária? Qual o fluxo atualmente?
4. Quais os eixos teóricos da terapia comunitária? Em que momentos são visualizados no desenvolvimento da TC?
5. Em sua opinião, em que a TC exerce maior resolubilidade? Quais os limites de atuação?
6. Como avalia a integração TC, atenção básica e rede de saúde mental? Que pontos são identificados como fortes e vulneráveis?
7. O que compreende por medicalização social?
8. Como avalia o processo de medicalização entre os participantes da TC?
9. Como analisa a relação TC e medicalização social?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(Usuários da Terapia Comunitária)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA
ORIENTADORA: PROFA DRA MARIA SALETE BESSA JORGE

PESQUISADORA: AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(Usuários da Terapia Comunitária)

SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA:
a terapia comunitária como dispositivo de cuidado.

Número da Entrevista: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados: _____

Hora: Início _____ Fim: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Iniciais do entrevistado: _____

Idade: _____

Sexo: M () F ()

Nível de escolaridade: _____

Formação: _____

Tempo de participação na terapia comunitária: _____

Instituição onde realiza as terapias: _____

Tempo de funcionamento da instituição: _____

QUESTÕES ABERTAS

1. O que é saúde para você?
2. O que é saúde mental para você?
3. O que significa cuidado para você?
4. Você acha que a terapia comunitária exerce cuidado? Quando e como?
Você considera a TC um tratamento?
5. Como você chegou a terapia comunitária?
6. Por que veio a TC?
7. Que representação a TC tem na sua vida?
8. Há quanto tempo você participa ou participou da TC?
9. Você faz ou fez uso de medicação contínua para algo ou algum problema de saúde? Qual e discorra sobre isso
10. Como você descreve sua vida antes e depois da TC, o que mudou e o que não mudou?
11. Em que ela lhe ajuda e em que ela não consegue lhe ajudar?
12. Além da TC o que mais você tem ou teve feito para superar seus problemas?

APÊNDICE C - TEMÁRIO 1 PARA GRUPOS FOCAIS

(participantes de Terapia Comunitária dos cenários A e B)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA
ORIENTADORA: PROFA DRA MARIA SALETE BESSA JORGE

PESQUISADORA: AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA

Título: TERAPIA COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA: projeto terapêutico que possibilita a redução da medicalização?

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

Primeira Sessão

Tema a ser investigado:

- ✓ Motivos que os levaram a procurar a Terapia Comunitária (TC).
- ✓ Como chegaram as rodas de terapia comunitária. Relação de vínculos com a atenção básica e a rede de saúde mental.
- ✓ Resposta da TC na resolução de seus problemas.
- ✓ Representação da TC na vida dos participantes.

Objetivos:

- Compreender a representação da TC na vida dos participantes.
- Conhecer o fluxo percorrido pelos participantes até chegarem às rodas de TC.
- Avaliar a interação TC, rede de saúde mental e atenção básica.
- Analisar o impacto da TC na vida dos participantes.

Duração prevista: 2h.

Questões de Orientação:

Questão Chave 01: Quais os motivos que os levaram a procurar a terapia comunitária?

- Conhecimento e reconhecimento das fragilidades pessoais, familiares e comunitárias.

Questão Chave 02: Como chegaram as rodas de terapia comunitária?

- Conhecimento da rede de assistência que envolve a TC.
- Avaliação da interação ou falta de integração entre atenção básica, rede de saúde mental e terapia comunitária.

Questão Chave 03: Qual a repercussão da TC na vida dos participantes?

- Avaliação do grau de resolubilidade da TC.
- Conhecimento das potencialidades individuais e coletivas da TC.
- (In) dependência dos participantes em relação a TC.

Planejamento da sessão:

1. Dinâmica de apresentação/integração:

Procedimento: Após todos os participantes acomodados em uma roda, o moderador se apresenta, reforça o objetivo do encontro e convida o grupo a cantar uma música de acolhimento e pede sugestão ao grupo, uma vez que todos já participaram de sessões de terapia comunitária, onde essas músicas são sempre apresentadas.

Logo após pede-se para que o grupo realize dois círculos, um interno e outro externo, de forma que o círculo interno dê as costas ao círculo externo e vice-versa. Ensina-se outra música de acolhimento que deverá ser cantada na movimentação dos círculos.

Os círculos deverão girar em sentidos opostos (um em sentido horário e outro em sentido anti-horário). O grupo canta e gira. Ao término da música, todos procuram encostar as costas de quem esteja mais próximo. Viram-se, apresentam-se e dirigem-se palavras de boas vindas.

O processo deverá repetir-se por três vezes.

Duração prevista: 20 min.

2. Tema de investigação: Terapia comunitária: repercussão na vida dos participantes.

Procedimento: O grupo discutirá o tema de acordo com as respostas fornecidas nas questões de orientação. O foco principal é como, cada participante discorre sobre o impacto e a história da TC em suas vidas.

Duração prevista: 80 min.

3. Encerramento da Sessão

Procedimento: O moderador investiga os sentimentos do grupo lançando a seguinte pergunta norteadora, comum aos momentos de terapia comunitária: “o que eu estou levando do encontro de hoje?” Após ouvir o grupo, agradece a participação de todos, combina aproxima sessão, esclarece dúvidas e finaliza a sessão convidando para um lanche coletivo.

Duração prevista: 20 min.

TEMÁRIO 2 PARA GRUPOS FOCAIS

(participantes de Terapia Comunitária dos cenários A e B)

Título: TERAPIA COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA: projeto terapêutico que possibilita a redução da medicalização?

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL

Segunda Sessão

Tema a ser investigado:

Representação do medicamento na vida dos participantes da terapia comunitária.

Motivação para o uso de medicação contínua.

Tipos de medicações utilizadas e situações de uso.

Interferência da TC no consumo de medicação contínua.

Conhecimento dos prescritores das medicações.

Relação: profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde.

Objetivos:

- Identificar a representação do medicamento na vida dos usuários da TC.
- Avaliar os motivos que levaram os usuários da TC a utilizar medicação contínua.
- Analisar a interferência da TC no uso de medicação contínua.

Duração prevista: 02h.

Questões de Orientação:

Questão Chave 01: A Terapia Comunitária auxilia no processo de redução da medicalização contínua?

- Identificação das causas que levaram os usuários da TC a fazerem uso de medicação contínua.
- Conduta após a identificação das causas do uso de medicação contínua.
- Repercussão da terapia comunitária quanto ao uso de medicação contínua entre seus participantes.

Planejamento da sessão:

1. Dinâmica de apresentação/integração:

Procedimento: Após todos os participantes acomodados em uma roda, o moderador reforça o objetivo do encontro e convida o grupo a cantar uma música de acolhimento. Logo após pede ao grupo que identifique bem quem está a sua direita e esquerda, convidando a todos a caminhar pela sala aleatoriamente, de forma que todos caminhem em direções diferentes. Enquanto caminham ouvirão uma música que propõe ao grupo a realização de gestos como sacudir o braço direito, mexer a cabeça, entre outros. Ao término da música todos deverão ficar parados onde estão, tentando encontrar quem estava a sua direita e esquerda, para pegar nas mãos dos mesmos, caracterizando um nó. Em seguida, o grupo tenta desfazer o nó sem soltar as mãos. Desfazendo o nó breves comentários sobre a dinâmica realizada.

Duração prevista: 20min.

2. Tema de Investigação: Terapia Comunitária e medicalização.

Procedimento: O grupo discutirá o tema de acordo com as respostas fornecidas nas questões de orientação. O foco principal é como, cada participante discorre sobre o impacto da medicalização em suas vidas e a relação com a terapia comunitária.

Duração prevista: 80 min.

3. Encerramento da Sessão

Procedimento: O moderador investiga os sentimentos do grupo lançando a seguinte pergunta norteadora, comum aos momentos de terapia comunitária: “o que eu estou levando do encontro de hoje?” Após ouvir o grupo, agradece a participação de todos, combina um próximo encontro para apresentação do resultado da coleta de

dados do grupo focal, esclarece dúvidas e finaliza a sessão convidando para um lanche coletivo.

Duração prevista: 20 min.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS)

Prezado (a) senhor (a):

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado. Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora Amália Gonçalves Arruda, mestranda do Curso de Pós Graduação em Saúde Pública da UECE, e orientada pela Profa. Dra Maria Salete Bessa Jorge. Tem como objetivos:

- Discutir:

Como os dispositivos de cuidado na terapia comunitária interferem na (medicamentação) e na medicalização

Como se dá o fluxo de atenção à saúde mental dos usuários da Terapia Comunitária

- Descrever quais os limites, avanços e estratégias da Terapia Comunitária na produção de cuidado em saúde mental
- Identificar como se dá o atravessamento dos saberes e práticas no exercício da Terapia Comunitária
- Analisar como se constrói o projeto terapêutico dos usuários da Terapia Comunitária e sua articulação com as intervenções substitutivas

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada, com duração aproximada de 1 hora. A entrevista será gravada para melhor assimilação dos dados coletados. As informações fornecidas contribuirão para a avaliação da Terapia Comunitária como ferramenta na rede da atenção básica e saúde mental.

Eu, _____

tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, tais como:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas, antes e

depois da entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como estar assegurado o sigilo das informações por mim reveladas;

- A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;
- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;
- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda da pesquisadora, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Concordo em participar da referida pesquisa.

Assinatura do (a) entrevistado (a): _____

Pesquisadora Responsável Mestranda Amália Gonçalves Arruda: _____

Orientadora Profa Dra Maria Salete Bessa Jorge: _____

Atenciosamente,

Fortaleza-CE, _____, de _____ de 2010.

Contatos:

1. Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi - Fortaleza/CE Tel: (085) 3101-9600
2. Pesquisadora Amália Gonçalves Arruda. Tel (085) 87101679.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES DA TERAPIA COMUNITÁRIA)

Prezado (a) senhor (a):

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre SAÚDE MENTAL NA REDE BÁSICA: a terapia comunitária como dispositivo de cuidado.

Este estudo está sendo realizado pela pesquisadora Amália Gonçalves Arruda, mestranda do Curso de Pós Graduação em Saúde Pública da UECE, e orientada pela Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tem como objetivos:

- Discutir:

Como os dispositivos de cuidado na terapia comunitária interferem na (medicamentação) e na medicalização

Como se dá o fluxo de atenção à saúde mental dos usuários da Terapia Comunitária

- Descrever quais os limites, avanços e estratégias da Terapia Comunitária na produção de cuidado em saúde mental
- Identificar como se dá o atravessamento dos saberes e práticas no exercício da Terapia Comunitária
- Analisar como se constrói o projeto terapêutico dos usuários da Terapia Comunitária e sua articulação com as intervenções substitutivas.

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada, com duração aproximada de 1 hora e de um grupo focal com duração aproximada de 2 horas. A entrevista e o grupo focal serão gravados para melhor assimilação e fidedignidade dos dados coletados. As informações fornecidas contribuirão para a avaliação da Terapia Comunitária como ferramenta na rede da atenção básica e saúde mental.

Eu, _____

tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos, tais como:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas, antes e depois dos grupos focais, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como estar assegurado o sigilo das informações por mim reveladas;
- A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;
- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;
- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda da pesquisadora, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Concordo em participar da referida pesquisa.

Assinatura do (a) entrevistado (a): _____

Pesquisadora Responsável Mestranda Amália Gonçalves Arruda: _____

Orientadora Profa Dra Maria Salete Bessa Jorge: _____

Atenciosamente,

Fortaleza-CE, _____, de _____ de 2010.

Contatos:

1. Pesquisadora Amália Gonçalves Arruda. Tel (085) 87101679.
2. Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi - Fortaleza/CE Tel: (085) 3101-9600.

ANEXO 1-PARECER COMITÊ DE ÉTICA