



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE

**A Terapia Comunitária como instrumento
de inclusão da Saúde Mental na Atenção
Básica: avaliação da satisfação dos
usuários**

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

JOÃO PESSOA

2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção
Básica: avaliação da satisfação dos usuários

FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE

Dissertação apresentada à
Coordenação do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem
em Nível de Mestrado da
Universidade Federal da Paraíba
como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia
e Saúde

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA

2009

FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE

**A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da
Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação
dos usuários**

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Orientadora
(UFPB)

Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa
Membro Externo
(UFRN)

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Membro
(UFPB)

Profa. Dra. Antonia Oliveira Silva
Membro
(UFPB)

“Dedico a Ti Senhor Deus este estudo, e Lhe sou grata por me dares inteligência e coragem para não enterrar o talento que a mim foi confiado, pois acredito que as dádivas que recebi são frutos do Teu amor incondicional por mim”.

AGRADECIMENTOS

A **minha orientadora** e amiga **Professora Dra Maria de Oliveira Ferreira Filha** pela sua capacidade impar como docente e acima de tudo amiga, no tocante não apenas ao seu conhecimento na área de saúde mental, mas por compreender e cuidar de também de minha saúde psíquica. Nosso trilhar já tem algum tempo, mas percebo que muitos frutos colhemos juntas.

Ao meu amigo **Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna** pela sua presença como pesquisador e colaborador no desenvolvimento deste estudo.

À **Professora Dra Maria Djair Dias** que em muito contribuiu com suas opções sobre o trilhar desse estudo no momento da qualificação.

À **Professora Dra Iris do Céu Costa Clara** por ter se mostrado sempre presente, dedicada e amiga com suas contribuições grandiosas e acima de tudo sinceras para que este estudo emergisse com qualidade.

À **Professora Dra Antonia Oliveira Silva** que esteve presente como docente e amiga em minha caminhada no mestrado, bem como neste estudo com suas opiniões enriquecidas de conhecimento, sem esquecer pelo seu zelo junto à coordenação deste Programa de Pós Graduação.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela colaboração na manutenção da bolsa de estudo para que este trabalho fosse construído com qualidade e objetivando retorno para o conhecimento no âmbito da Enfermagem.

A **todos os professores do Mestrado**, que contribuíram pedagogicamente em minha formação no mestrado.

Aos **colaboradores na coleta de dados** bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) Samilla e Mariana e alunos da graduação Marina, Renata, Fabiana, Maira, Fabrícia, Simone, Thaysa por terem mostrado o zelo pela continuidade da pesquisa em Enfermagem.

Aos meus **amigos do Mestrado**, *Cristina Katya (Cris)*, *Édija (estimada Anália)*, *Sandra (number four)*, *Janaina (Jana)*, *Gisele (Raqueli)*, enfim a todos aqueles que compartilharam comigo os sofrimentos e alegrias na vivência *stricto sensu*.

Aos **funcionários do Mestrado** *Dona Luzinete, Seu Ivan, Raquel e Dona Maria* pela dedicação no trabalho que vem dando em suas funções, muito obrigada pela paciência que tiveram comigo.

Aos **colaboradores desse estudo** (usuários da Terapia Comunitária, bem como terapeutas comunitários), que livremente forneceram informações sobre o estudo.

Aos **meus pais**, *José Serafim e Maria Salete*, por sempre me darem apoio e acreditarem no meu esforço, dedicação e sempre testemunharem com a vida o seu amor por mim.

Aos **meus irmãos**, *Flávio, Cláudia, Tiago e José Filho*, bem como aos meus cunhados que se mostraram como verdadeiros e únicos amigos, no que se refere ao seu companheirismo e amor.

Aos **meus amigos** (Professor Rolando, Alessandra (leleka), Alexandra, Fhirly, Sérgio, Alfares, Kécia, Cassiano,) e a todos aqueles que de modo direto ou indireto fazem parte de minha vida.

E enfim a **Deus** por ter sido Fiel e Misericordioso comigo, refletido por meio de Sua providência e livramento contra todos os males em minha vida. Muito obrigada Senhor pela certeza de Sua presença, bem como a **Nossa Senhora Aparecida** pelo exemplo de obediência, sabedoria e prudência em minha caminhada acadêmica.

OBRIGADA POR TUDO!

“O homem moderno é um ser solitário, isolado dentro da sua própria sociedade, um homem que sabe que tem fragilidades, inseguranças, temores, momentos de hesitação e apreensão, mas tem medo de reconhecê-los, de assumi-los e de falar sobre eles. Tem consciência da necessidade de falar de si mesmo, contudo opta pelo silêncio e faz dele seu melhor companheiro (...), porque não ter ninguém para conversar abertamente sobre suas crises existenciais. As dores da existência, tanto as físicas, principalmente, as psicológicas, deveriam ser aliviadas (...). O ser humano aprende facilmente a lidar com seus sucessos e ganhos, mas tem grande dificuldade de aprender a lidar com seus fracassos e perdas. Vivemos em sociedades que negam as dores da existência e superdimensionam a busca pelo sucesso. Qualquer pessoa aprende a lidar bem com as primaveras da vida, mas só os sábios aprendem a viver com a dignidade nos invernos existenciais...”

Augusto Cury
(Análise da Inteligência de Cristo)

RESUMO

ANDRADE, F. B. **A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica:** avaliação da satisfação dos usuários. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem / Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2009, 150p.

A busca por um modelo democrático de saúde despertou a atenção do governo para o estabelecimento de prioridades e estratégias, que impulsionaram a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de aproximar a equipe de saúde da comunidade e, assim, implementar ações de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento. Nessa perspectiva a Terapia Comunitária (TC) emerge como uma tecnologia de cuidado voltada à saúde mental na Atenção Básica de Saúde. Desde 2007, a TC vem sendo desenvolvida no município de João Pessoa/PB por profissionais da ESF: enfermeiras, agentes comunitários de saúde, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, além de psicólogos, entre outros. O presente estudo teve como objetivos: avaliar a satisfação dos usuários em relação à TC na Atenção Básica no município de João Pessoa/PB; medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado; identificar elementos importantes para a satisfação em relação à TC por parte dos usuários; discutir de que modo a TC fortalece o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica de Saúde. Trata-se de um estudo avaliativo, transversal e observacional, realizado no período de maio a agosto de 2009. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR, bem como um instrumento de perguntas complementares utilizado pelos terapeutas comunitários. Os resultados revelaram que dos 198 (100%) entrevistados, 105 (53%) verbalizaram satisfação e 93 (47%) muita satisfação nos encontros de TC, o que evidencia que a totalidade da amostra está satisfeita com a terapia. Os elementos importantes que concorreram para a satisfação dos usuários da TC foram: respeito, dignidade, escuta, compreensão, acolhimento, apoio nas necessidades e boas instalações dos locais onde ocorre a terapia. A TC vem fortalecendo o cuidado à saúde mental, por se constituir como uma tecnologia de prevenção, diminuindo o consumo de psicofármacos e fortalecendo a porta de entrada para a rede de saúde mental e de apoio psicossocial. A implantação e o desenvolvimento da TC na Atenção Básica de Saúde consolida os objetivos dessa terapia, uma vez que se propõe a ser um espaço de escuta, alívio do sofrimento e uma tecnologia de prevenção do adoecimento mental. Conclui-se, portanto, que a TC vem se destacando como instrumento de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Saúde mental, Atenção Primária em Saúde, Enfermagem

ABSTRACT

ANDRADE, F. B. **A Community therapy as instrument of inclusion of the Mental Health in the Basic Attention**: evaluation of the users' satisfaction. (Master's degree in Nursing) - Program of Pós Graduação in Nursing / Federal University of Paraíba, João Pessoa/PB, 2009, 150p.

The search for a democratic model of health woke up the government's attention for the establishment of priorities and strategies, that impelled the implantation of the Program of Health of the Family (PSF), now denominated Strategy Health of the Family (ESF), in order to approximate the team of the community's health and, like this, to implement actions of promotion of the health and of prevention of the disease. In that perspective the Community Therapy (TC) it emerges as a care technology returned to the mental health in the Basic Attention of Health. Since 2007, TC has been developed in the municipal district of João Pessoa/PB by professionals of ESF: nurses, community agents of health, doctors, odontólogos, physiotherapists, nutritionists, besides psychologists, among others. The present study had as objectives: to evaluate the users' satisfaction in relation to TC in the Basic Attention in the municipal district of João Pessoa/PB; to measure the level of the participants' of TC satisfaction in relation to that tool of the care; to identify important elements for the satisfaction in relation to TC on the part of the users; to discuss that way TC strengthens the care with the mental health in the Basic Attention of Health. It is a study evaluative, traverse and observational, accomplished in the period of May to August of 2009. It was used as instrument of collection of data the Scale of Evaluation of the Satisfaction of the Users with the Services of Mental Health - Satis-BR, as well as an instrument of complemented questions used by the community therapists. The results revealed that of the 198 (100%) interviewees, 105 (53%) they verbalized satisfaction and 93 (47%) a lot of satisfaction in the encounters of TC, what evidences that the totality of the sample is satisfied with the therapy. The important elements that competed for the users' of TC satisfaction they were: I respect, dignity, listens, understanding, reception, support in the needs and good facilities of the places where it happens the therapy. TC is strengthening the care to the mental health, for constituting as a prevention technology, reducing the psicofármacos consumption and strengthening the entrance door for the net of mental health and of support psychosocial. The implantation and the development of TC in the Basic Attention of Health consolidate the objectives of that therapy, once he/she intends to be a space of he/she listens, relief of the suffering and a technology of prevention of the mental disease. It is ended, therefore, that TC is highlighting if as instrument of inclusion of the mental health in the Basic Attention in the attendance to the users of the Unique System of Health.

Descriptors: Mental health, Primary Attention in Health, Nursing

LISTA DE SIGLAS

- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CAPs** - Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- DESPP** - Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria
- DS** - Distrito Sanitário
- EDIPAT** - Programa para Análise Epidemiológica e Dados Tabulados
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- GEPSMC** - Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária
- IAPs** - Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS** - Sistema Nacional de Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional da Previdência Social
- MISC** - Movimento Integrado de Saúde Comunitária
- MISMEC** - Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
- MPAS** - Ministério da Previdência e Assistência Social
- NASF** - Núcleos de Assistência a Saúde da Família
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- OPAS** - Organização Panamericana de Saúde
- PACS** - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
- PNAB** - Política Nacional da Atenção Básica
- PNPIC** - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
- PNSM** - Política Nacional de Saúde Mental
- Prev-Saúde** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- RSB** - Reforma Sanitária Brasileira
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SRT** - Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TC** - Terapia Comunitária
- UFC** - Universidade Federal do Ceará
- UFPB** - Universidade Federal da Paraíba
- UPHG** - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
- USF** - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Demonstrativo das USF existentes no município com Terapeutas Comunitários por Distrito Sanitário. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa, Paraíba, 2009.	62
Tabela 2: Distribuição das frequências os 13 itens que medem o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.	72
Tabela 3: Distribuição das médias e desvio-padrão sobre os treze itens que compõe a escala de satisfação dos usuários. João Pessoa/PB, 2009.	76
Tabela 4: Distribuição das frequências dos 8 itens que compõem a escala de validade concomitante da satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.	78
Tabela 5: Distribuição das médias e desvios sobre oito itens que compõe a escala de validade concomitante da satisfação dos usuários. João Pessoa, 2009.	80
Tabela 6: Distribuição das frequências sobre os itens descritivos do Satis-Br, segundo os participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.	84
Tabela 7: Caracterização da amostra segundo descrição sócio-demográfica. João Pessoa, 2009.	89
Tabela 8: Distribuição das palavras significativas da classe 1.	93
Tabela 9: Distribuição palavras significativas da classe 2.	94
Tabela 10: Distribuição das palavras significativas à classe 3.	96
Tabela 11: Distribuição das palavras significativas à classe 4.	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição da média de participantes da TC por USF e por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2009.	63
Quadro 2. Distribuição das classes/categorias semânticas.	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das Unidades Saúde da Família com Terapia Comunitária Implantada por Distrito Sanitário. João Pessoa - PB, 2009. 61

Figura 2: Dendograma – Classificação Hierárquica Descendente 92

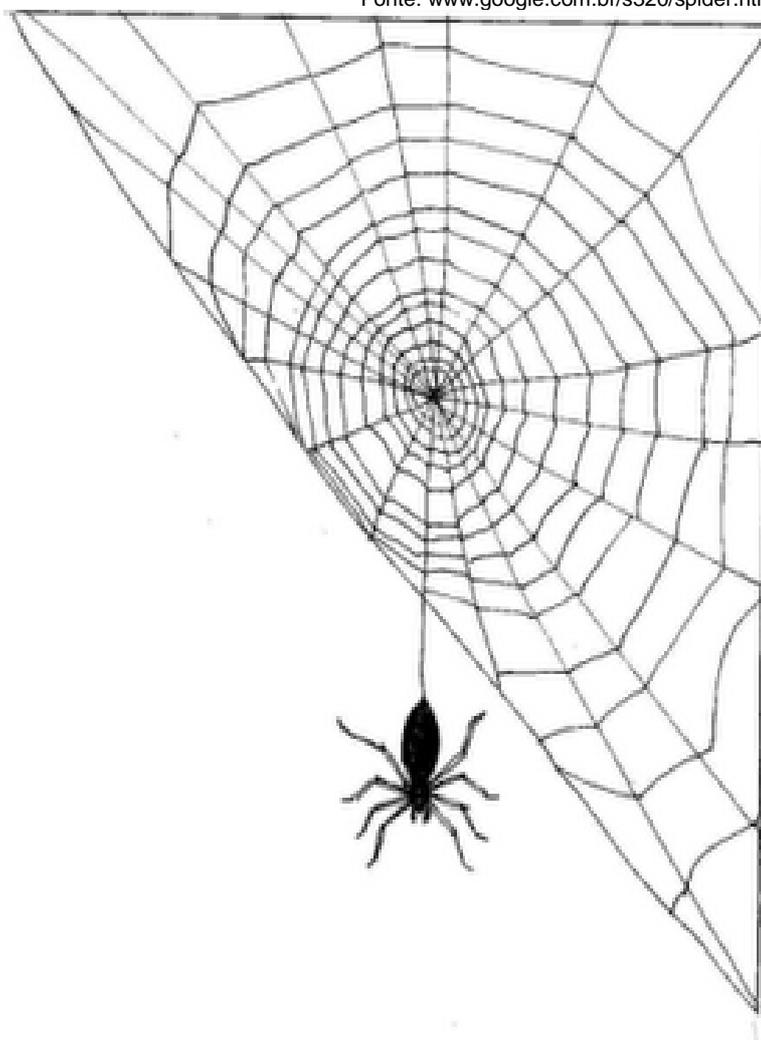
LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição curva descendente, segundo a média, dos treze itens que medem o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009. 77
- Gráfico 2:** Distribuição curva descendente, segundo a média, dos oito itens que medem a validade concomitante no que diz respeito ao grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009. 81
- Gráfico 3:** Distribuição da média do grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária, segundo os Distrito Sanitários. João Pessoa/PB, 2009. 81
- Gráfico 4:** Distribuição da média do grau de satisfação, segundo a escala de validade concomitante em relação à Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009. 82

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	O contexto do objeto de estudo	17
1.2	Objetivos	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Terapia Comunitária: conceitos, finalidades e bases teóricas	26
2.2	As Políticas de Saúde no Brasil e a inclusão da Terapia Comunitária como tecnologia de cuidado na Atenção Básica de Saúde	37
2.3	A rede de serviços de saúde mental: em busca da integralidade	49
3	MÉTODO	58
3.1	Tipo de estudo: justificativa para o paradigma	59
3.2	Local da Pesquisa de Campo	61
3.3	População e Amostra	62
3.4	Instrumento e técnica de coleta de dados	64
3.5	Aspectos éticos	66
3.6	Procedimento para coleta de dados	67
3.7	Análise de dados	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1	Satisfação dos participantes em relação à Terapia Comunitária (TC)	71
4.1.1	Satisfação em relação à TC: respeito, dignidade e compreensão	71
4.1.2	Satisfação em relação à TC: acessibilidade, encaminhamento, ambiente físico e controle social	83
4.2	A TC como instrumento de inclusão na atenção básica de saúde: construção da teia solidária	92
4.3	Terapia Comunitária: fortalecimento do cuidado da saúde mental na Atenção Básica de Saúde	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICES	127
	Apêndice I	128
	Apêndice II	129
	ANEXOS	130
	Anexo I	131
	Anexo II	143
	Anexo III	151

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



1 INTRODUÇÃO

1.1 O contexto do objeto de estudo

Desde o surgimento do movimento da reforma sanitária brasileira, na década de 1970, até os dias atuais, as mudanças ocorridas no cenário da saúde têm levado a sociedade e, mais especificamente, os profissionais da área da saúde a repensarem o papel do Estado e demais instituições e entidades na construção de um projeto político com ênfase na ampliação dos direitos do cidadão, destacando-se dentre eles o direito à saúde.

A última década do século XX foi marcada por transformações profundas na Constituição Brasileira para assegurar a implantação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, criado por meio da Lei 8.080/90. O SUS propõe mudanças radicais na forma de fazer saúde no país, dentre elas a inversão do modelo privatista da atenção à saúde, que se perpetuava através de lobbies empresariais, para um sistema de saúde universal, integral e equânime; outra inversão importante foi direcionada para o eixo do cuidado, que se centrava, a priori, no modelo individual e curativo, passando a prioridade para o modelo comunitário e preventivo (BRASIL, 2001a).

Entretanto, para que tais mudanças viessem a acontecer várias estratégias foram traçadas no plano político, econômico e educacional. Foi necessária a reformulação de planos, projetos e ações que influenciaram o modo de pensar e agir, principalmente, de gestores dos serviços de saúde bem como dos profissionais que neles atuavam, para garantir o direito à saúde, previstos pela Constituição Brasileira de 1988.

A busca por um modelo democrático de saúde chama a atenção do governo vigente para o estabelecimento de prioridades e estratégias de longo alcance para a população até então desassistida. Como a oferta de serviços de saúde ainda era pequena para garantir uma ampla cobertura populacional, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família-PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família-ESF, para fazer com que a oferta de serviços de saúde de atenção primária, pudesse chegar mais perto das famílias e comunidades, principalmente daquelas economicamente menos favorecidas e em situação de risco de adoecimento (FERREIRA FILHA, DIAS, 2006).

O PSF inicia a expansão da rede de serviços de atenção básica, direcionando as ações do cuidado para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento, na tentativa de diminuir os gastos com o modelo hospitalar e, ao mesmo tempo, garantir mais recursos para investimento no modelo comunitário. A implantação desse modelo também faz com que o país atenda as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que, desde a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978, estimula os países a priorizarem maior assistência no nível primário, ou seja, na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Nesses últimos anos do século XX e início do século XXI, o Ministério da Saúde tem trabalhado na perspectiva da implantação do modelo comunitário de atenção à saúde. Contudo, algumas áreas do cuidado ainda carecem de tecnologias de base comunitária para expandir a sua oferta de serviços. A área de saúde mental busca estratégias para enfrentar esse desafio, pois ao longo de sua trajetória histórica construiu seu modelo de cuidado focalizado no eixo hospitalar e, somente com o andamento do projeto de reforma psiquiátrica, ficou mais evidente a reversão do modelo hospitalocêntrico, e as discussões sobre esse modelo aparecem mais fortemente, dando ênfase à construção de um modelo de base comunitária.

Com a aprovação da lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, os atores sociais envolvidos com o projeto da reforma psiquiátrica passaram a investir mais fortemente na construção do modelo de saúde mental de base comunitária e as equipes de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família passaram a ser o foco para a construção desse modelo (BRASIL, 2001b).

Com a expansão da oferta de serviços de saúde, através da ESF, houve um aumento considerável na demanda de cuidados para a rede básica de saúde. Essa demanda, no caso da saúde mental, foi detectada pelo aumento do consumo de psicofármacos.

Estudo realizado no ano de 2004 em um serviço municipal público de saúde da cidade de Panambi, Rio Grande do Sul, revelou um quantitativo de 781 consumidores, dos quais 535 (68,5%) eram do sexo feminino e 246 (31,5%) masculino. Os dados mostram ainda que há uma homogeneidade no percentual de consumidores de drogas psicoativas nas diferentes faixas etárias, em que a idade superior a 30 anos mantém-se entre 13,2% a 19,1%, tendo um menor percentual de

usuários com idade inferior a 20 anos (20,7%). Essas informações mostram o expressivo número de pessoas que utilizam substâncias psicotrópicas em idade economicamente ativa, o que pode comprometer o desempenho da atividade laboral. Dentre os motivos para iniciar o uso de medicamento psicotrópico, a ansiedade encontra-se em destaque, com 578 (73,9%) casos. Na seqüência aparecem às manifestações de ordem clínica, com 135 (17,3%) indivíduos. A doença mental se apresenta em terceiro lugar com 31 (4,0%) usuários. Tentativa de suicídio aparece a seguir com 11 (1,4%) situações e, em menor proporção, a dependência química com 09 (1,2%) pessoas, e retardo mental, com 02 (0,3%) ocorrências. Em relação ao tipo de droga utilizado, os antidepressivos aparecem como sendo a substância com maior percentual de uso, totalizando 257 (32,9%) indivíduos, seguidos dos ansiolíticos em 218 (27,9%) dos casos e, em terceiro lugar as drogas anticonvulsivantes (HILDEBRANDT et al, 2004).

Esses dados são preocupantes, pois pode haver realidades semelhantes em outros municípios do país, o que deixa em alerta gestores e profissionais da área de saúde mental, por se saber da deficiência de habilidades específicas da ESF em lidar com pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Os relatórios da OMS/OPAS revelaram que, no ano 2000, os transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de anos vida ajustados por incapacitação (AVAI), perdidos em virtude das doenças incapacitantes (os transtornos depressivos, a esquizofrenia, as resultantes do abuso de substâncias, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência e a doença de Alzheimer), e que no ano 2020 a carga dessas doenças crescerá para 15%, sendo que apenas uma minoria recebia tratamento adequado (OMS/OPAS, 2001).

A OMS e a OPAS, desde a última década do século XX até os dias atuais têm considerado a saúde mental como uma prioridade que os governos latino-americanos devem encarar, pois, segundo essas organizações, os sofrimentos psíquicos aumentam ostensivamente e a maioria deles é prevenível. Tais organizações entendem também que a área de saúde mental pode contribuir para controlar e reverter os processos de desumanização nas organizações sociais, em particular naquelas de atenção à saúde mental e que os profissionais de saúde mental não devem ocupar-se apenas em prevenir o sofrimento psíquico e atender os que dele padecem, mas também, de atender as múltiplas dimensões psicossociais da saúde em geral. Para tanto, detecta-se a necessidade de investimentos na área

de saúde mental para impulsionar planos e projetos direcionados para o modelo comunitário.

O início do século XXI foi fortemente marcado pela expansão de serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, cujo objetivo fundamental é promover a desospitalização, diminuindo as reinternações, bem como a reabilitação e inclusão social dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, pode-se afirmar que têm sido dados passos importantes em busca de consolidação do modelo de saúde mental de base comunitária, pois já existem no país mais de 1.000 CAPS, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Contudo, esse número ainda está aquém do que a comunidade necessita, e percebe-se a insuficiência de investimentos financeiros e de recursos humanos no sentido de implementar planos e projetos para promover a saúde mental, prevenir o adoecimento e reduzir o consumo de psicofármacos pela população.

As universidades, que sempre tiveram um papel de destaque nesse cenário de mudanças, começaram a se preocupar com essa situação e, em algumas delas, foram iniciados estudos, em nível de graduação e pós-graduação, para identificar possíveis obstáculos que dificultam esse processo de transformação, evidenciados pela falta de investimentos para a formação de especialistas no campo da saúde mental, pela dificuldade de aceitação por parte das ESF em lidar com pessoas em situação de sofrimento emocional e, ainda, pelo empobrecimento de conteúdos políticos dentro dos currículos de cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde mental (ALENCASTRE, 2000).

Partindo do conhecimento de algumas experiências inovadoras no campo da saúde mental comunitária, que vêm sendo realizadas com sucesso em vários municípios brasileiros, a exemplo da terapia comunitária, duas docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESPP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) iniciaram, em 2004, uma atividade pioneira no Estado da Paraíba, com a implantação de um projeto de extensão denominado “Terapia Comunitária: uma ação básica de saúde mental”. Tal projeto foi implantado na Unidade de Saúde da Família – Ambulantes, do Bairro de Mangabeira, no município de João Pessoa/PB, junto com a Equipe de Saúde da Família, com a

finalidade de avaliar a viabilidade e o impacto da terapia na redução do sofrimento emocional entre os usuários da referida unidade de saúde.

A Terapia Comunitária (TC) originou-se na comunidade Pirambu, bairro pobre da periferia da cidade de Fortaleza/CE há aproximadamente 21 anos. Foi criada pelo Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, médico psiquiatra, docente da Universidade Federal do Ceará, do Departamento de Saúde Comunitária. Ela se realiza por meio de encontros na comunidade em que as pessoas participantes relatam inquietações e problemas advindos do cotidiano que muitas vezes, transforma-se em sofrimento emocional. Nesses encontros, resgata-se por meio do diálogo a fortaleza dos moradores, e a cada dia se experimenta o (re) fazer de elementos imprescindíveis na composição de sua identidade comunitária.

A experiência realizada em Mangabeira, bairro de João Pessoa/PB revelou que tanto os profissionais da Equipe da USF – Ambulantes, como os participantes da TC perceberam repercussões positivas no processo de trabalho da equipe, como a diminuição do sofrimento emocional dos usuários, evidenciada pela redução das queixas durante os atendimentos, no fortalecimento dos vínculos afetivos e sociais e na retomada da fé e de mais esperança no prosseguimento da trajetória da vida (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2007).

Diante dessa repercussão, a TC ganhou visibilidade no município, e houve interesse por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa em expandir a TC para outras Unidades de Saúde da Família. Em 2007, foi iniciado o processo de formação de terapeutas comunitários, e atualmente o município conta com 61 terapeutas formados, 65 em processo de formação, sendo que todos eles já realizam a TC nos territórios onde atuam (SMS/JOÃO PESSOA, 2009).

Segundo dados da SMS de João Pessoa/PB (2009), após um ano do início da formação de 61 terapeutas já haviam sido realizadas 894 rodas de TC, atendendo a mais de 13.845 (treze mil oitocentas e quarenta e cinco) pessoas nas comunidades. Os terapeutas relatam que a terapia comunitária tem ajudado a melhorar o processo de trabalho da equipe, bem como os vínculos com a comunidade.

É importante ressaltar que a TC também se expandiu no cenário nacional e internacional. Neste último, a TC é desenvolvida na França e Suíça desde 2004 e, em 2009, a TC chegou ao Uruguai, Argentina e Venezuela, através da formação de terapeutas comunitários pelo Pólo de Formação Movimento Integrado de Saúde

Comunitária (MISC) da Paraíba, para atuarem em serviços comunitários. A expansão no Brasil foi mais evidente no ano de 2006, através de um convênio entre a Secretaria Nacional Antidrogas e o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC) do Ceará para formar 900 terapeutas em todo o país, para atuarem como promotores de saúde no combate às drogas. No ano de 2008, o Ministério da Saúde firmou um convênio com a Universidade Federal do Ceará – UFC, para que fossem formados como terapeutas comunitários mais 1.050 profissionais da ESF, de vários municípios brasileiros, desta vez buscando incluir a TC na atenção básica à saúde, através das Equipes de Saúde da Família. No ano de 2009, o convênio foi renovado com o Ministério da Saúde, e mais 950 terapeutas da ESF estão sendo formados, espalhados pelo território nacional. É importante mencionar que o Pólo de Formação do MISC/PB é parceiro nesse convênio e formou, no ano de 2009, 55 terapeutas que atuam em cidades do sertão paraibano, e mais 70 estão em processo de formação, também no sertão paraibano, tendo sido incluído um município do Rio Grande do Norte. Isso confirma a expansão da TC e sua aplicabilidade na rede de serviços comunitários, em diferentes contextos populacionais de diferentes culturas (FERREIRA FILHA; DIAS, 2007).

No momento atual, entendemos que se faz necessária uma avaliação da satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado, para que se possa continuar conhecendo o seu impacto na atenção básica de saúde e, mais especificamente, no campo da saúde mental, uma vez que a terapia comunitária vem se expandindo dentro do Estado da Paraíba com o apoio técnico financeiro do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Ceará, através do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - MISMEC/CE, do Movimento Integrado de Saúde Comunitária – MISC/PB, e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária - GEPSMC, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB.

Atualmente existe, no cenário da saúde coletiva, o interesse em avaliar práticas de saúde que tenham competência reconhecida e que sejam compatíveis com os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade e equidade. A Terapia Comunitária é uma ferramenta que atende a esses princípios e, ao longo de sua trajetória, tem demonstrado ser uma tecnologia de baixo custo para a população em situação de risco de adoecimento e com sofrimento emocional, visto que seus encontros acontecem na comunidade onde residem os usuários, que comungam de

realidades semelhantes e usam estratégias de enfrentamento com base na história de vida de cada indivíduo em uma sintonia participativa de pessoas de qualquer idade, sexo nacionalidade ou religião. A TC acontece em locais onde as pessoas têm acesso fácil e não se limita a um número absoluto de pessoas. Além disso, qualquer pessoa pode ser terapeuta comunitário, seja elemento da ESF ou usuário da comunidade, desde que atenda ao requisito mínimo, ou seja, o desejo de ajudar outras pessoas a encontrar soluções para os problemas do cotidiano.

Existe um forte interesse por essa estratégia de promoção de saúde mental, tendo em vista o Pacto pela Saúde firmado pelo governo Federal, através da Portaria do Gabinete do Ministro, de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o qual chama a atenção para mudanças significativas, tendo em vista a consolidação do SUS (BRASIL, 2006). Como a TC vem emergindo como estratégia que pode ampliar e fortalecer a prática dos profissionais da ESF em direção ao modelo comunitário de saúde, a realização deste estudo se faz importante para conhecer o nível de satisfação da população usuária do SUS em relação a essa ferramenta de cuidado.

João Pessoa/PB é um dos municípios brasileiros que mais tem terapeutas comunitários envolvidos com a Estratégia Saúde da Família. Portanto, ainda que os resultados deste estudo não possam ser generalizados, pode-se, contudo, saber qual a probabilidade de esse instrumento ser aceito, ou não, em outros municípios brasileiros dentro da ESF. Interessa, também, contribuir com reflexões sobre o uso dessa ferramenta pelos terapeutas comunitários e apontar caminhos para subsidiar outros municípios com interesse na TC para fortalecer a atenção à saúde mental na rede de cuidados primários de saúde.

Assim, para guiar este estudo, foram elaboradas as seguintes indagações: Qual é o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado? Em que aspectos os participantes da TC estão satisfeitos com essa ferramenta? A TC fortaleceu o cuidado em relação à saúde mental dos usuários, nas ESF?

1.2 Objetivos

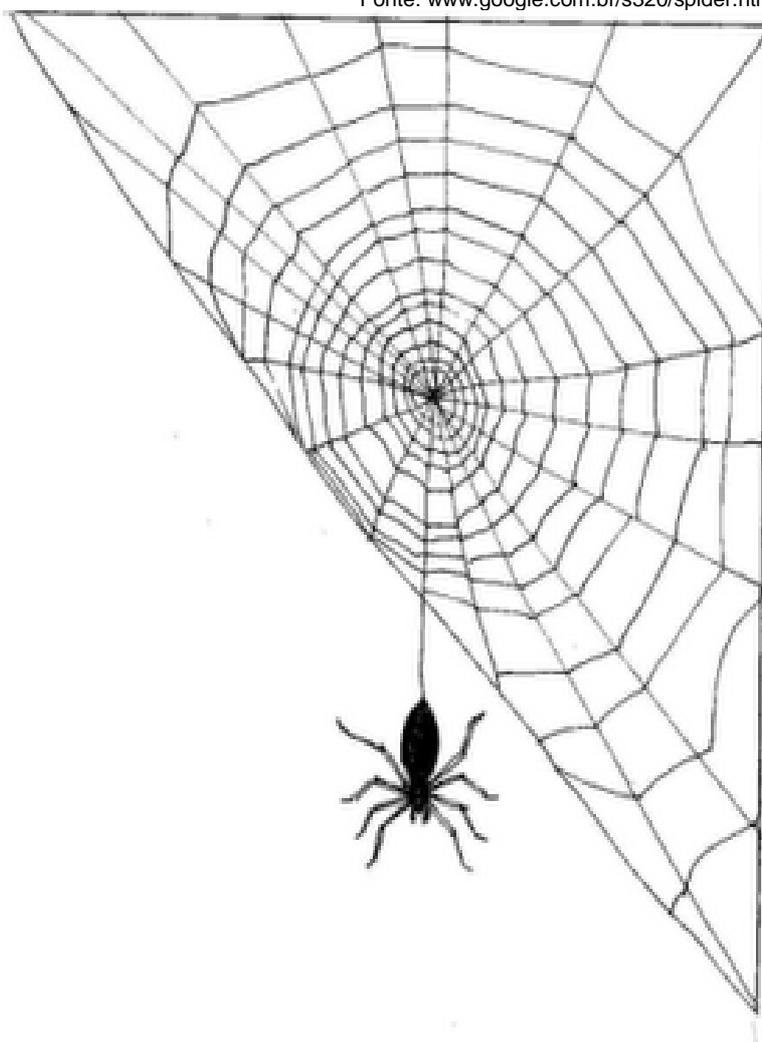
~~Objetivo~~ Objetivo Geral

- Avaliar a satisfação dos participantes em relação à Terapia Comunitária (TC) na Atenção Básica, no município de João Pessoa/PB.

~~Objetivos~~ Objetivos Específicos

1. Medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado;
2. Identificar elementos importantes para a avaliação da satisfação em relação à TC por parte dos participantes;
3. Discutir de que modo a TC fortalece o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica de Saúde.

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Terapia Comunitária: conceito, finalidades e bases teóricas

O termo terapia tem origem grega – *therapeia* – cuja etimologia significa acolher, tornar-se caloroso, servir ao outro em suas necessidades. Já a palavra refere-se a comunidade – entendida não só como um grupo de pessoas com objetivos e finalidades comuns, mas também como um grupo de pessoas com afinidades, que buscam alívio do sofrimento e soluções para superação dos obstáculos em sua vida (BARRETO, 2005). A palavra comunidade é carregada de significados e de sensações, trazendo consigo a idéia de lugar “cálido”, confortável e aconchegante. Independente de seu significado é bom ter uma comunidade, é bom estar em comunidade, pois é sempre o lugar dos desenraizados (BAUMAN, 2003).

A Terapia Comunitária (TC) realiza-se na comunidade, seja com diferentes grupos ou em diferentes contextos populacionais. Ela se baseia na troca de experiência e vivências da comunidade a fim de nutrir a autonomia dos participantes que, através da partilha de vida e de experiências de forma horizontal, tornam-se co-responsáveis pela busca de soluções (BARRETO, 2008).

Corroborando com a afirmativa acima a definição de Townsend (2002), p. 704, para o termo comunidade como:

“Um grupo de pessoas vivendo em íntima proximidade e tendo alguma interdependência. A comunidade compreende o local onde as pessoas vivem, trabalham, criam seus filhos e em geral realizam as atividades necessárias para a vida diária. Uma determinada comunidade é composta pelas pessoas que estão engajadas em algum grau de interação social dentro de uma área geográfica definida e que têm uma ou mais ligações em comum. A comunidade é o ambiente social no qual os riscos são vivenciados e os apoios são prestados”.

Já é conhecido que os efeitos de um contexto desagregador, agravados pelas condições sócioeconômicas, provocam não apenas a pobreza econômica, mas uma pobreza cultural dos laços sociais, das capacidades de organizações e, sobretudo, uma pobreza da imagem de si, que muitas vezes culmina com a perda da própria identidade. Quando os recursos institucionais disponíveis além de serem insuficientes, são de difícil acesso, agravam mais ainda o quadro de abandono e sofrimento de grande parcela da população que é excluída do sistema de produção econômica, ficando à margem das políticas sociais e dos benefícios da democracia.

Nessas condições, as comunidades, muitas vezes, desconhecem que possuem todo um potencial armazenado, que mobilizado e explorado, pode se constituir em uma força motriz capaz de promover as transformações necessárias para que o homem resgate sua cidadania e sua dignidade humana.

Barreto (2005) menciona que a TC se propõe a ser um instrumento que irá promover o aquecimento e o fortalecimento das relações humanas em um mundo cada vez mais individualista e conflitivo. Sabe-se que a comunidade age quando ocorre falha da família e das políticas sociais, de modo que a resolutividade se encontra no coletivo, no compartilhar, no enfrentar e no respeitar as diferenças de outrem.

Nessa direção, a TC desponta como uma tecnologia de cuidado, que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, áreas afins, e pela própria comunidade, no sentido de construir e fortalecer vínculos solidários, levando as pessoas e a própria comunidade a um processo de construção da sua identidade coletiva, sem perder de vista as singularidades (FERREIRA FILHA; DIAS, 2007). É a partir do cuidado com o outro que o ser humano desenvolve a dimensão da alteridade, do respeito e dos valores fundamentais da experiência humana (BOFF, 2001).

A TC é caracterizada por três componentes básicos: 1) o engajamento de todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade para viabilizar a discussão e a realização de um trabalho de saúde mental; 2) o fortalecimento do figura de grupo, a fim de promover o encontro de mulheres, homens, idosos, funcionando como instrumento de integração social; 3) a criação da consciência social, para que o indivíduo cada vez mais tome consciência da miséria e do sofrimento humano, facilitando a descoberta de suas potencialidades terapêuticas (BARRETO, 2005).

Nessa perspectiva, salientam-se as redes de relações no momento em que as pessoas estão unidas em torno de um objetivo comum, suscitando ações transformadoras da realidade social. Dessa forma, a TC possibilita a criação de uma teia de relação social que potencializa as trocas de experiências, o resgate das habilidades e a superação das adversidades, baseada na formação de recursos sócio-emocionais e na conquista de poder individual e coletivo.

Nos encontros de TC as pessoas sentam-se lado a lado, de modo que seja possível a visualização dos participantes entre si. Tais encontros se desenvolvem de acordo com cinco etapas, a saber: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento. Anteriormente a primeira fase – *acolhimento* – o terapeuta acomoda os participantes, de preferência, em grande círculo a fim de que todos possam ter uma visão do todo, permitindo o olhar para a pessoa que está falando, de modo que a terapia é iniciada com o clima de companheirismo. Nesse momento, são verbalizadas as regras da terapia: fazer silêncio, falar da própria experiência, não dar conselhos e nem julgar, sugerir uma música, piada, poesia, conto que tenha alguma ligação com o tema (BARRETO, 2005).

Na TC permite que cada elemento resgate a sua prática de ser e fazer na comunidade, a partir de um acolhimento caloroso e que reflete os componentes de sua identidade no momento de realização das rodas.

A segunda fase – *escolha do tema* – o terapeuta estimula os participantes a falar sobre a situação que os está fazendo sofrer. Após esse momento, é feita uma síntese dos problemas apresentados para que o grupo escolha o tema a ser aprofundado (BARRETO, 2005). Nessa fase é percebido que um conjunto de variáveis emocionais se apresenta em um misto de alegrias e tristezas, dependendo do tema escolhido. Muitas vezes, a pessoa que apresentou seu problema passa a escolher o tema da outra pessoa, concretizando naquele momento a realidade de que o problema do outro passa a ser mais sério que o seu, criando em cada indivíduo a certeza da fortaleza.

Na próxima etapa – *contextualização* – são colhidas mais informações sobre o assunto escolhido, permitindo a utilização de perguntas a fim de facilitar a compreensão e o esclarecimento do problema que foi escolhido no seu contexto. As perguntas formuladas ajudam a pessoa que está falando do seu problema a refletir sobre a situação vivida (BARRETO, 2005).

O momento em que todos comungam da contextualização do tema escolhido é algo grandioso, haja vista que o mergulhar no contexto do outro requer dos participantes da roda despojamento e liberdade. Acontece, nesse momento, um encontro entre o contexto daquele que está falando de si na roda e o do outro que apenas ouve, comovendo-se, fortalecendo e se preparando para contribuir com o amenizar daquele sofrimento a partir da explanação de suas histórias de vida.

Na quarta etapa – *problematização* – o terapeuta comunitário apresenta o *Mote*, que no âmbito da TC significa a pergunta chave que vai permitir a reflexão do grupo, e a pessoa que expôs o problema fica em silêncio. Durante a TC, aquelas pessoas que vivenciaram momentos semelhantes, ou que guardam alguma relação com o tema do mote, passam a refletir a experiência vivida e de que modo foi enfrentada determinada situação de sofrimento, o que permite o nascimento de estratégias de enfrentamento usadas pelas pessoas, evidenciando o processo resiliente. Desse modo, a pessoa que teve seu problema escolhido elege as estratégias mais adequadas a serem utilizadas na resolução de seu problema (BARRETO, 2005).

Nesse momento ocorre a complementaridade de suas realidades a partir da partilha de situações semelhantes, em que as riquezas emergidas de cada identidade passam a se fazer presentes, naquele meio coletivo, onde todos ouvem, alguns falam, mas o coletivo se fortalece com a partilha de vida de cada pessoa. Isso é promover a cidadania e a fortaleza no meio social.

Barreto (2005) revela que a quinta e última fase – *conclusão/encerramento* – dá-se com todos os participantes unidos através da junção das mãos em um grande círculo com rituais próprios, como cantos religiosos ou populares, orações, abraços e o relato de cada um da experiência adquirida naquele encontro. A execução desse momento permite a construção de redes sociais e solidárias, que une cada indivíduo da comunidade. O término da sessão é o começo para a utilização dos recursos que a comunidade dispõe para a resolução dos seus problemas.

A formação dos vínculos na comunidade já começa a se fazer presente, e o ser humano necessita de momentos calorosos, assim como versa a TC, sem esses momentos a sua identidade não se encontra completa. No momento do encerramento todos se sentem não só amigos, mas responsáveis pela continuidade do viver e do conviver na coletividade ali presente.

Nos encontros de TC, à medida que cada tema é trabalhado, vem sendo fortalecida também a formação dos vínculos entre as pessoas. A terapia tem servido, ainda como instrumento de reflexão sobre a realidade da população atendida no Programa de Saúde da Família e facilitado o trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família no sentido de melhorar o relacionamento com a comunidade, no entendimento de suas necessidades. Participam desses encontros pessoas de faixas

etárias diferentes, tanto homens como mulheres, que podem recuperar sua autoestima e, através do processo de resiliência, empoderar-se, tornando-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta de vida. Todos são co-responsáveis pela busca de soluções, pela construção de uma vida solidária e pela superação dos desafios do cotidiano, promovendo ações positivas no âmbito da saúde mental, traduzidas em aspectos de empoderamento e, por sua vez, na melhoria da qualidade de vida para todos (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

A escuta das histórias de vida de cada pessoa concorre para que todos se tornem co-responsáveis pela superação dos desafios do dia-a-dia, despertando para a solidariedade, a partilha, valorizando-se a dinâmica interna de cada ser humano, bem como sua capacidade de transformação social e coletiva, promovendo uma cultura de paz, podendo esta ser pautada na experiência da espiritualização (ALVES; ELÓIS, 2005).

A TC valoriza as histórias de vida dos participantes, resgate da identidade humana, restauração da auto-estima e auto-confiança, ampliação da percepção dos problemas e possibilidades, cujo poder resolutivo surja de competências locais, tornando o indivíduo autônomo e independente, caracterizando-se em um instrumento psicossocial na saúde pública como espaço de acolhimento, escuta, palavra e vínculo. A TC não tem pretensão de substituir os outros serviços, mas apenas de complementá-los (BARRETO, 2008).

Para que essa partilha seja possível, é proposto pela TC que na vivência grupal circulem os atributos das pessoas resilientes: 1) alta capacidade de resistência; 2) facilidade de construção coletiva; 3) alta capacidade para amar; 4) alta capacidade para crescer profissionalmente e 5) alta capacidade de troca com o mundo (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007).

A TC funciona como uma estratégia não só de fortalecimento da Atenção Básica, mas como um espaço de partilha no tocante às ações de saúde mental, haja vista que para não adoecer faz-se necessário verbalizar os sentimentos, as emoções que são escondidas, reprimidas. É preciso desabafar, confidenciar, partilhar a intimidade, pois o diálogo, a fala, a palavra, é um poderoso remédio, uma excelente terapia, que se concretiza por meio dos encontros, resgatando e fortalecendo o exercício da cidadania (SILVA; BORGES, 2007).

A cidadania é experimentada quando o cidadão respeita e participa das

decisões de sua comunidade, de onde representa a parte, a fim de melhorar sua vida e a de outras pessoas, sem jamais esquecer que estas necessitam do apoio umas das outras. Nessa realidade se encontra a TC que promove esse resgate da cidadania nos participantes das rodas dessa ferramenta de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a TC representa uma importante ferramenta de cuidado capaz de promover o resgate da cidadania aos participantes das rodas de terapia.

A análise do processo e dos resultados alcançados no que diz respeito à manutenção, mudança e/ou transformação do modelo de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), supõe a identificação, descrição e análise da forma como se inseriu a problemática da organização dos serviços de saúde no debate acadêmico e seus desdobramentos na cena política e institucional, algo que revela uma das características do processo brasileiro de Reforma Sanitária, que impulsionou a ocorrência de uma difusão de idéias reformadoras no espaço de formação de pessoal em saúde, no *lócus* institucional onde se assentaram as bases conceituais e doutrinárias dessa reforma (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

Para Barreto (2005), a TC enquanto prática de cuidado possui os seguintes objetivos: 1) reforçar a dinâmica que perfaz o interior de cada indivíduo; 2) fortalecer a autoestima individual e coletiva; 3) redescobrir a capacidade de cada pessoa, em seu desenvolvimento como sujeito; 4) valorização do papel da família e de outras pessoas que compõem a rede de relações no meio em que vive; 5) fazer emergir em cada pessoa, família e grupo social, sentimentos de união e descoberta de identidade cultural; 6) promover o desenvolvimento comunitário, prevenindo a desintegração dos indivíduos e das famílias; 7) promover e valorizar as instituições culturais tradicionais na comunidade, a fim de proteger a identidade cultura ali presente; 8) permitir a comunicação entre as diferentes formas de saber popular e saber científico; 9) promover a conscientização do grupo, por meio do diálogo e da reflexão, permitindo-lhe ser protagonista de sua própria transformação.

A TC, enquanto ferramenta utilizada na atenção básica no âmbito do SUS mostra a sua relevância na redução do sofrimento psíquico e está ancorada em cinco pilares teóricos, são eles: Pensamento Sistêmico; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência.

O *Pensamento Sistêmico* está relacionado a uma nova forma de abordagem

que compreende o desenvolvimento humano sob a perspectiva da complexidade que, para percebê-lo em uma abordagem sistêmica lança seu olhar não apenas para o indivíduo de modo isolado, mas acima de tudo procura compreender o seu contexto e as relações nele existentes, por exemplo, quando o funcionamento da família é afetado pelo comportamento de um ser familiar, este, por sua vez, também é afetado. Então se pode falar em co-participação e co-responsabilidade, ou seja, o sintoma que o indivíduo apresenta é resultante do material patogênico da família, se esta não funciona de forma saudável (PENSAMENTO SISTÊMICO, 2008).

A mudança do pensamento sistêmico está relacionada com a mudança de paradigma do pensamento linear, visto que este último simplifica a realidade, como se as perguntas possuíssem somente uma resposta. Apesar de anteceder o pensamento sistêmico, o pensamento linear é um conceito necessário e fundamental para algumas áreas do conhecimento que necessitam de uma abordagem de causa e efeito. Contudo, essa abordagem não é suficiente nos casos que envolvem sentimentos e emoções, entendidos na existência do todo que norteia a vida do ser humano. Por outro lado, o pensamento sistêmico, ou holístico, admite que as perguntas não possuam apenas uma resposta, sabendo que pode haver várias respostas e que, muitas vezes, são até contraditórias.

Segundo Barreto (2005), o sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interações interdependentes que organizam um todo e que têm funcionamento próprio para a formação desse todo. Desse modo, aquelas situações problemas experimentadas e vivenciadas pelo indivíduo na comunidade podem ser categorizadas como a parte que impreterivelmente está contida no todo, em uma relação simbiótica, em que o indivíduo também se constitui parte da sua solução. Os problemas são sistêmicos, isto é, estão interligados e são interdependentes. Não podemos compreendê-los no âmbito de uma metodologia fragmentada.

Há uma grande discussão em algumas áreas do conhecimento humano que reivindica uma nova visão de mundo que propõe superar a crise epistemológica e psicológica que se abate sobre a ciência, sobre a tecnologia, sobre a educação, sobre a cultura e sobre a sociedade, pois a referida crise na ótica dos pesquisadores é causada pelo excesso de racionalismo, reivindicando a mudança de olhar e a inserção da visão sistêmica (ZANINI, 2008).

Segundo Ferreira Filha; Dias (2007), na visão paradigmática do pensamento sistêmico, tudo se encontra interligado, cada coisa faz parte de um complexo sistema integrativo; os sintomas estão interligados a outros, em uma rede de contextos da vida cotidiana, fazendo com que a comunidade se torne uma fonte inesgotável e criadora de inúmeras possibilidades de enfrentamento dos problemas advindos desse cotidiano.

Para que haja a utilização desse paradigma, faz-se necessária a análise desse contexto, que pode ser a comunidade considerada como o suprassistema, sendo a família seu subsistema ou ainda tendo como foco a família; os indivíduos que a compõem seriam os subsistemas. Portanto, o contexto pode ser definido a partir do olhar com o qual se quer compreender o funcionamento de um sistema. Assim, em uma comunidade constituída de subsistemas, as interseções entre esses sistemas definem o modo como seus membros constituem sua identidade.

Barreto (2005) fala que a utilização do modelo circular concebe a causalidade como um processo que tem mão dupla. Considera o contexto, as inter-relações, os processos, não se restringindo a um pensamento linear, que não questiona, não aprofunda, esquece das relações com a família, com a comunidade e a sociedade em geral. Na visão sistêmica há a substituição do pensamento unicausal pela causalidade circular ou circularidade.

A *Teoria da Comunicação* está relacionada à prática imprescindível de (con)viver no âmbito da sociedade, haja vista que todo ser humano é por si só social, devendo este traçar relações, cujo embasamento é fortalecido pela troca de informações entre as outras pessoas.

Segundo Cloutier (1975), a comunicação entendida do ponto de vista etimológico, do latim *communis*, expressa a idéia de comum, comunidade, preza o fato das pessoas poderem entender umas às outras, expressando pensamentos e até mesmo unindo o que está isolado, o que está longe da comunidade. Sob a ótica histórica, a comunicação está baseada na cooperação, como um elemento de equilíbrio entre a humanidade, agindo na neutralização de forças contraditórias, e até negativas, propiciando o resgate diacrônico imprescindível ao avanço do homem em direção ao futuro. Se não fosse a existência da prática da comunicação, não haveria a ampliação das possibilidades de coexistência mais pacífica entre os homens, o que os torna mais fortes. A comunicação atua na forma de sobrevivência social e no

fundamento da existência humana.

De acordo com Barreto (2005), todo comportamento, atos verbais ou não, individuais ou grupais, tem um grande valor no âmbito da comunicação, pois passa a ser um desafio entender os múltiplos significados e sentidos da realidade comunitária.

Os homens têm necessidade inerente de estar em constante relação com o mundo e, para que isso seja possível, lançam mão do uso da comunicação como mediadora na interação social. Os sociólogos entendem a comunicação como fundamental nos dias de hoje, para o bom entendimento da sociedade e para a construção social do mundo, onde quanto mais complicada se torna a convivência humana, mais se faz necessário o uso adequado e pleno das possibilidades de comunicação (CLOUTIER, 1975).

A TC se encontra fundamentada também nesse pilar, pois a fala é um dos principais pontos exercitados no momento das rodas de terapia, por fortalecer a coragem de desabafar os sofrimentos cotidianos, bem como promover o alívio daquilo que precisa ser verbalizado.

A TC também se ancora na *Antropologia Cultural*, pois os valores culturais existentes no seio coletivo são, muitas vezes imprescindíveis, para o entendimento das situações que provocam o sofrimento mental. Cada indivíduo introjeta em sua personalidade um elenco de variáveis que compõe sua identidade cultural. E é essa identidade que o guia, fazendo com que ele estabeleça relações em seu meio, o que garante a sua convivência grupal.

A antropologia é o estudo do homem como ser biológico, social e cultural, sendo que a antropologia cultural reúne um conjunto de sistemas simbólicos, crenças, religião e comportamento. Deve-se lembrar que para o antropólogo a palavra cultura assume outra dimensão, diferente da que é convencionalmente entendida, não a identificando apenas como aquilo que é erudito ou sofisticado, mas sim a definindo como tudo aquilo que o homem faz, pois, cultura é a forma de vida de um grupo de pessoas, uma configuração dos comportamentos aprendidos, aquilo que é transmitido de geração em geração por meio da língua falada e da simples imitação. Não se trata de um comportamento instintivo, mas algo que resulta de mecanismos comportamentais introjetados pelo indivíduo (ANTROPOLOGIA CULTURAL, 2008).

Na TC, a cultura assume um grande papel, sendo referenciada por cada membro de um grupo que nela se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. O comportamento do indivíduo é fortemente influenciado pela cultura, por isso sua relevância para tentar compreender alguns aspectos relacionados ao cotidiano de cada um, como a organização social da comunidade em que vive, as influências políticas e econômicas, as crenças e os valores (BARRETO, 2005).

A cultura é simbólica, uma vez que é permeada por símbolos que podem ser um objeto, artefato ou sequência de sons que tem significado para aquele que a utiliza. Além disso, possui um significado social. Portanto, a cultura envolve um conjunto de significados por meio de símbolos e sinais (ANTROPOLOGIA CULTURAL, 2008).

Para Taylor apud Mello (1991), a cultura diz respeito a um conjunto complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costumes e várias outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade.

Pode-se afirmar que a cultura tanto é estável como dinâmica. Ela é estável quando a tradição e a institucionalização dos comportamentos é mantida através de gerações, e é dinâmica quando se observa a superação de condutas e comportamentos ocorridos no passado (ANTROPOLOGIA CULTURAL, 2008).

A *Pedagogia de Paulo Freire* também vem sendo usada como um pilar teórico. Barreto (2005) revela que a pedagogia freiriana é utilizada nas rodas de TC, uma vez que a aprendizagem de cada elemento social se dá por meio do exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, da valorização do saber acumulado, das experiências de vida em um exercício em que o conhecimento não se encontra separado do contexto de vida.

O fundamento da pedagogia de Paulo Freire está contemplado no diálogo libertador, e não no monólogo opressivo, visto que na relação dialógica estabelecida entre o educador e o educando faz com que este aprenda a aprender em uma relação de respeito a si e, principalmente, a sua cultura, descobrindo-se como produtor de cultura e como sujeito na esfera social (FREIRE, 2005).

Ainda segundo Paulo Freire apud Barreto (2005), o diálogo é intitulado como coletivo, pois é capaz de (re) criar, (re) fazer por meio da ação e reflexão, descobrindo novas formas de intervir na realidade.

A *Resiliência* é também considerada um pilar teórico da TC, pois é compreendida como aquela capacidade de transformar sofrimento em aprendizado, de transformar os desafios em contextos de crescimento e desenvolvimento de autonomia, uma vez que a TC não é um contexto para resolver problemas, mas para desenvolver a resiliência (GRANDESSO, 2007).

Vicente (2008), em seu “Guia de Promoção de Resiliência” afirma que é um termo utilizado para definir a capacidade humana de transformar as experiências adversas sucessivas em momentos de bons desenvolvimentos no modo de responder as dificuldades e de tornar tais eventos promotores de habilidades para a vida daqueles que experimentaram momentos de sofrimento.

Para Grandesso (2007), comunidades carentes pedem por soluções concretas para seus problemas. Isso tem levado muitas prestações de serviço à comunidade a desenvolverem um trabalho de cunho assistencialista, mobilizadas pelas tentativas de melhora da qualidade de vida das pessoas. No entanto, a grande mudança para os indivíduos é a libertação dos problemas que oprimem, reprimem e encolhem as pessoas, restringindo sua crença na vida e na possibilidade de seu amanhã ser de fato um novo dia em que seu valor e sua dignidade possam ser reconhecidos.

Barreto (2005) afirma que as crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um, expostos no grupo, são utilizados como matéria prima em um trabalho de criação gradual de consciência social para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano.

A TC é considerada um espaço que favorece a fala, a escuta, a socialização e o compartilhamento do sofrimento constituem-se, também, em um poderoso instrumento que estimula o desenvolvimento do processo resiliente das pessoas que participam de seus grupos (FERREIRA FILHA, DIAS, 2007).

Os atributos da resiliência propõem que, estando a comunidade envolvida na vivência grupal, se desenvolva alta capacidade de resistência; facilidade de construção coletiva; alta capacidade para amar; alta capacidade para crescer profissionalmente e alta capacidade de troca com o mundo, construindo uma nova história para seu sofrimento (CAMAROTTI, 2005).

Vicente (2008) lembra que o atributo da resiliência tem uma dimensão ética que não pode ser negada, que só é possível quando existe esperança no futuro e um sentido anunciado, uma meta, um horizonte ético que atija para frente, sabendo que

um dos fatores de destruição do trabalho de um educador social ao lidar com vidas difíceis é a descrença que nasce do modelo do dano.

Um modelo no qual predomina a observação apenas dos problemas e das dificuldades, algumas vezes com muita precisão, mas que não insere na análise qualquer perspectiva ou alternativas de resolução. Desse modo, pode-se inferir que o incremento do poder das comunidades, por meio da posse e controle dos seus próprios esforços e destino, produz ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, entendidas em ações de empoderamento, que constitui um fortalecimento da autonomia pessoal e coletiva das pessoas, influenciando a tomada de decisão, a definição de estratégias de enfrentamento e o fortalecimento da saúde mental.

2.2 As Políticas de Saúde no Brasil e a inclusão da Terapia Comunitária como tecnologia de cuidado na Atenção Básica de Saúde

Para que haja um melhor entendimento de como a Terapia Comunitária (TC) pode ser inserida como uma ferramenta de cuidado na Atenção Básica, faz-se necessário realizar uma breve explanação de como se deram as mudanças das políticas públicas de saúde no Brasil.

A história de saúde do Brasil tem forte ligação com a Europa Ocidental, caracterizando-se a Era Moderna pela ocorrência de três fenômenos: urbanização, industrialização e acumulação de riquezas, e como decorrência a estruturação do Estado. Na Idade Média os tratamentos eram exercidos ora nas casas, ora nas ruas; ora pelos curandeiros, ora pelos médicos populares, os quais indicavam remédios que eles mesmos preparam. Da Idade Média para a era moderna surgiu um novo registro que identificava as pessoas como cidadãs, remetendo-as à idéia de cidade e de Estado, fortalecendo com isso a figura do próprio Estado (AS ORIGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS..., 2007).

As políticas de saúde em todos os países vêm ocorrendo desde o final do século XIX, de modo que desde então os modelos de políticas de saúde que atendessem as necessidades e respondessem as reivindicações de cada sociedade passassem a ter destaque (BAPTISTA, 2007).

A medicina moderna nasce, então, trazendo a idéia de salvação individual da alma, canalizada pela igreja, fortalecendo o Estado e contribuindo para a acumulação de riquezas. Essa medicina considerou o cuidado eminentemente individual, pois estava permeada de uma visão capitalista, restrita à relação médico-doente, configurando, de fato, uma medicina social.

A partir de meados do século XVIII, a Europa experimentou o crescimento de sua população, cujo contingente urbano excedeu a disponibilidade de habitação, levando o meio ambiente a sofrer deteriorações, propiciando o adoecimento disseminado causado pelas más condições de saúde (AS ORIGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS..., 2007).

Foucault (1979) registra no trabalho sobre as origens da medicina social a sua procedência vinculada à polícia médica, na Alemanha, à medicina urbana, na França, e a medicina da força de trabalho, na Inglaterra, mostrando que o capitalismo contribuiu não para a passagem para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvido em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho (NUNES, 2007).

A rede de assistência separa os espaços lucrativos e não lucrativos, as ações individuais e as coletivas, a cura e a prevenção, a exemplo da rede de atenção desenvolvida no Brasil, onde até a década de 1980 as organizações que se fortaleceram foram aquelas que apresentaram maior capacidade para incorporar equipamentos e algumas especialidades (BRASIL, 2005).

Baptista (2007) afirma que a garantia do direito de saúde no Brasil é uma configuração de uma política abrangente de proteção social em saúde, que foi concretizada logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há um movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde, de modo que as transformações no âmbito da saúde brasileira tiveram repercussões das reformas européias, como mencionado anteriormente (MENDES, 1999). Contudo, reformas sociais, em ambiente democrático, são lentas e ao mesmo tempo politicamente custosas (AS ORIGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS..., 2007).

Segundo Rosen (1963), citado por Nunes (2007), o investimento na área do capitalismo esteve ligado ao biológico, ao somático, ao corporal. Assim, o corpo de um operário somente seria levantado como problema na segunda metade do século

XIX, mas a partir dos anos 40 desse século é que se criam as condições para a emergência da medicina social. Às vésperas de um movimento revolucionário que se estenderia por toda a Europa, muitos médicos, filósofos e pensadores assumiram o caráter social da medicina e da doença.

As mudanças sociais repercutiram diretamente nos hábitos de vida das pessoas que experimentavam estágios de desequilíbrio em sua saúde, de modo que a prevenção era convertida em um modelo curativo, haja vista a situação em que se encontrava a saúde comunitária.

Durante o desenrolar da Primeira República no Brasil, o movimento sanitarista trouxe a situação de saúde como questão política e social, ou seja, o obstáculo da civilização. Um dos seus efeitos políticos está na ampliação da autoridade estatal sobre o território, e por sua vez, na criação das bases para a formação da burocracia em saúde pública. Sendo assim em 1920, foi criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), favorecendo o fortalecimento do governo central e a verticalização de ações, pois a integralidade das ações de saúde ainda não era uma prioridade dos governantes que excluía parte da população do direito a ações básicas de saúde (BAPTISTA, 2007).

Em se tratando de estrutura organizacional, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), e com isso, configurando um esboço de sistema de proteção social brasileiro, formado não mais por empresas, mas por categorias profissionais, facilitando a participação de empregados e empregadores (BRASIL, 2001a).

Os avanços do desenvolvimento econômico geraram riquezas, impulsionando mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema de saúde brasileiro, que repercutiu no sistema de saúde, em 1966, com a unificação dos IAPS e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), permitindo uma uniformização dos institutos, no tocante aos benefícios prestados. Essa unificação levou à centralização do poder dos IAPS no Estado e ao afastamento decisório dos trabalhadores (BAPTISTA, 2007).

O segundo momento – modelo médico assistencial foi originado em consonância com o movimento de universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadoria e Pensões até chegar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que fora criado em 1966, com abordagem no modelo privativista, a partir dos seguintes objetivos: cobertura previdenciária; privilégio da prática médica curativa,

individual, assistencialista e especializada; criação através da intervenção do Estado de um complexo médico-industrial; desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada pela lucratividade do setor saúde (MENDES, 1999).

A saúde passava a assumir um caráter mais abrangente, e o ideal da Reforma Sanitária exigia uma mudança na forma de operar do Estado, cuja concentração de poder necessitava ser alimentada pela intenção democrática. Assim, a década de 1980 deu início à redemocratização, em que a esfera social vivia ainda mudanças e a saúde propunha expansão da área da assistência médica da previdência, sendo realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) com a proposta de reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) (BAPTISTA, 2007).

No ano de 1975, surge o II Plano Nacional de Desenvolvimento, através da Lei 6.229 que institucionalizou o modelo médico assistencial privatista. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (INAMPS), que cresceu induzido pelas políticas públicas de terceirização da atenção médica (MENDES, 1999).

No âmbito da saúde, essas mudanças levaram ao fortalecimento do movimento sanitário, que construía a sua base apoiada nas instituições acadêmicas, divulgando as condições de saúde no Brasil. Esse movimento objetivava a reversão da lógica assistencial em torno das seguintes proposições: a saúde é um direito de todo cidadão; as ações de saúde devem estar integradas em um sistema único; a gestão administrativa e financeira deve ser descentralizada; deve haver participação e controle social pelo Estado (BAPTISTA, 2007).

No que diz respeito às ações de saúde coletiva, há uma coincidência com as propostas internacionais de cuidados primários em saúde decorrentes da realização da Conferência de Alma Ata, que versava sobre a necessidade de expansão a fim de atingir uma cobertura de populações excluídas (BRASIL, 2001a).

No relatório da VIII CNS constavam as seguintes propostas: saúde como direito; direito à saúde, de modo que as afirmativas presentes neste documento, contudo não foram concretizadas de imediato, mas por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma proposta política de descentralização da saúde do orçamento, possibilitando uma maior autonomia dos Estados e das atividades de programação. Ao mesmo tempo, ocorria a discussão da Assembléia

Constituinte acerca do relatório, com discussão sobre a reforma, que aprova o Sistema Único de Saúde (SUS) (BAPTISTA, 2007).

As transformações econômicas e políticas, ocorridas na década de 1980 concorreram para o esgotamento do modelo médico assistencial privatista, sendo substituído o modelo de atenção à saúde de base preventiva (MENDES, 1999).

Logo após a legalização do SUS, com a publicação da Lei 8.080/1990, buscou-se definir novas regras para garantir o financiamento dos serviços de saúde, contudo ainda existem áreas a serem definidas, as quais se inserem em um contexto amplo da política pública – a seguridade social – que envolve não só as políticas de saúde, mas as políticas de previdência e assistência social, o que significa a formulação no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro em que a saúde passou a ser direito de todos e um dever do Estado (BAPTISTA, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) como processo social, bem como dimensão política, vai sendo constituído em um ambiente democrático, configurando na arena sanitária vários atores sociais, além de dimensão ideológica, que parte de uma visão ampliada do processo saúde doença e de um novo paradigma sanitário (MENDES, 1999).

O SUS trouxe consigo os seguintes princípios: universalização do acesso aos serviços de saúde, que consiste na garantia de atendimento a todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, que será garantido por uma rede de serviços hierarquizada; integralidade da atenção, que trata da garantia de acesso ao conjunto de ações e serviços preventivos e curativos; descentralização com direção única do sistema, que tem o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde; participação popular, que trata da garantia constitucional de que a população poderá participar da formulação de políticas (BAPTISTA, 2007).

Essas transformações nortearam os rumos das políticas de saúde e fez emergir no âmbito sanitário novos sujeitos sociais que tinham interesse no projeto sanitário brasileiro (MENDES, 1999).

A legislação que regulamenta a implantação do SUS cria os mecanismos para efetivar as condições da participação popular, fato esse fortalecido pela criação das conferências de saúde e dos conselhos de saúde existentes nas três esferas de governo. O conselho de saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução

da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente (COSTA, NORONHA, 2003).

Há, ainda, o desafio da construção de uma política universal e integral de saúde, para favorecer ações integradas que exigem cada vez mais dos técnicos, gestores e trabalhadores à disposição das práticas que versem sobre os princípios que direcionam o cuidado à saúde na ótica do SUS (MENDES, 1999).

O SUS é um sistema formado por várias instituições que propõem uma mudança profunda no modo de organização dos serviços de saúde a fim de desenvolver ações sobre o ambiente e os indivíduos, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1998).

No Brasil, foi formulada a proposta de mudança do sistema, incorporada ao conjunto de princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), sistematizada no documento denominado *Cebes, Saúde e Democracia*, adotando a perspectiva que fundamentava os sistemas de saúde baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, em um momento em que se propunha a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços, reforçando a perspectiva adotada em países europeus como Inglaterra e Itália (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

Com o intuito de melhorar essas ações de saúde, um novo olhar vem sendo incorporado aos serviços de saúde, especificamente na atenção básica, em que os profissionais passam a se encontrarem mais próximos da realidade da comunidade, sendo capazes de estabelecer vínculos mais afetivos e, por sua vez, identificar as situações de sofrimento emocional, para desenvolver intervenções específicas a cada caso.

As Unidades de Saúde da Família (USF) se constituem como a porta de entrada do sistema de saúde, onde muitos problemas que acometem a população podem ser trabalhados pelas equipes do programa saúde da família. A promoção da saúde, a prevenção de doenças, riscos e danos à saúde são partes das ações estratégicas de trabalho do Programa Saúde da Família.

A importância dessa estratégia para a extensão de cobertura da Atenção Básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de

fato, a mudança de conteúdo das práticas e da organização do processo de trabalho previstas nos documentos oficiais.

Alguns estudos evidenciam que a prática das equipes do programas se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos, como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de Atenção Básica ao grupo materno infantil, que incluem planejamento familiar, pré natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecção respiratória e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível da atenção (TEIXEIRA; SOLLA, 2004). Desse modo, fragmentam-se as populações sob assistência, os cuidados a serem assegurados, os padrões de acesso aos serviços e às tecnologias, as práticas multiprofissionais e tudo que compete à integralidade.

A compreensão de que as práticas de saúde, nas sociedades contemporâneas, abarcam uma gama de objetos recortados na realidade social, como enfermidades, agravos à saúde, condições de saúde e necessidades de saúde (individuais e coletivas). Ao mesmo tempo determinam sujeitos (profissionais, trabalhadores de saúde e usuários) envolvidos na reprodução social dessas práticas, em seus diversos níveis de organização, dos serviços aos sistemas de saúde, os quais, em função da forma de financiamento ou gestão adotada, apresentam-se concretamente como públicos, privados ou mistos (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

Contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como um exercício ampliado de múltiplos profissionais em relação entre si e com o usuário (MERHY, 1997). O exercício da clínica traduzido em atos de fala e escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissionais e usuários.

O atual modelo assistencial desenvolveu-se no século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionado pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera excesso de

encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as dimensões do sujeito e usuário. Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo algo além de um problema de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

As origens da proposta do ESF remontam ao surgimento e à difusão do movimento de medicina familiar, estruturado em meados da década de 1960 nos Estados Unidos com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, esse movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu como proposta de formação pós graduada em medicina geral e comunitária, vindo posteriormente a ser absolvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primário à Saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

As propostas de gestão democrática constituem a saúde como direito da cidadania e dever do setor público, voltada para a defesa da vida individual e coletiva, uma vez que a problematização do conceito de integralidade seria uma de suas características, sendo motivo para a flexibilização dos critérios clássicos de hierarquização. A rede básica seria vista como lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiva para conjuntos cada vez maiores de problemas de saúde conforme puder ser a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade sem prejuízo para a qualidade da atenção. O conjunto da rede de serviços de saúde precisa incorporar as noções de cuidado e integralidade (BRASIL, 2005b).

Após a aprovação do Pacto pela Saúde, que versa sobre o Fortalecimento da Atenção Básica, no Pacto em Defesa da Vida, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, cuja discussão se deu em meio a um contexto de descentralização, controle social, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Desse modo, a PNAB discorre sobre as responsabilidades sanitárias dos três entes federados entendidas em seus direitos e deveres (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).

Em relação à rede básica, inicialmente, imaginar-se como ela pode contribuir ou não para melhor performance da assistência especializada. Maior resolutividade da assistência prestada em níveis das unidades básicas de saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e por exames, especialmente aqueles de maior complexidade.

O modelo de saúde hegemônico expressa interesses sociais que desenham certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em saúde, que diminui ou mesmo anula a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como a menor produção de sua autonomia, promovendo a submissão dos processos decisórios sobre a organização dos sistemas de saúde à busca da padronização do processo saúde doença, à focalização das intervenções e ao arranjo dicotômico entre cestas de ações básicas e filas para serviços altamente especializados (BRASIL, 2005b).

De fato, uma análise da concepção brasileira do ESF evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo de saúde pública e coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e a programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) da Atenção Básica (MENDES, 2002).

O mais interessante e, sem dúvidas, mais relevante politicamente é que a ESF, formulado como um programa vertical para as regiões Norte e Nordeste do país, onde existia a necessidade de se interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início da década de 1990, foi reapropriado e redefinido por um conjunto heterogêneo de atores políticos, no nível estadual e, posteriormente, federal, que viram no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a enfrentar para a mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de

forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico-hegemônico, o fluxo das necessidades de uma unidade básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho nesse caso, carece de interação de saberes e práticas necessárias ao cuidado integral à saúde. Prevalece o atual modo de produção em saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1997). Mudar o modelo assistencial requer inversão das tecnologias de cuidado a ser utilizado na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

O termo tecnologia diz respeito a um conjunto de coisas, de objetos materiais denotando de modo específico sua técnica nos processos produtivos, em que não haveria restrição, se ela não correspondesse também a um movimento de omissão do aspecto essencial desses instrumentos, agora chamados tecnológicos, que só vivem e ganham existência concreta no trabalho enquanto expressarem relações, provisoriamente, adequadas, estabelecidas entre os homens e objetos com os quais trabalham (GONÇALVES, 1994).

A Terapia Comunitária (TC), em nível de Brasil, inicia sua inclusão na atenção básica de saúde no ano de 2008, como objeto da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, por meio de um convênio firmado entre O Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Ceará, através do Movimento Integrado de Saúde Comunitária - MISMEC/CE. É importante destacar que a TC já vinha sendo utilizada como estratégia de cuidado na atenção básica de saúde em municípios como Londrina/PR, Sobral/CE e João Pessoa/PB.

O Ministério da Saúde, interessado em promover a complementação das ações de saúde com foco na integralidade, apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS através da publicação da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. A PNPIC apresenta passos para o pluralismo da saúde, a fim de defender o princípio de que os cidadãos são socialmente iguais em direitos e deveres, contudo podem ser diferentes em percepções e necessidades (Brasil, 2006d), de modo que se faz necessário compreender que a implementação da PNPIC no SUS é um aprofundamento do cuidado em saúde, em busca da integralidade da atenção, acesso aos serviços e exercício da cidadania.

Cumprе ressaltar que várias práticas complementares têm sido utilizadas na rede pública estadual e municipal de saúde em diferentes Estados brasileiros de modo desigual devido à ausência de normas específicas. A PNPIC traz também as responsabilidades sanitárias dos três entes federados, para que essas normas façam parte da rede de cuidados de cada localidade, promovendo a articulação intersetorial, entre outras institucionalidades, que revelam a PNPIC comprometida com a defesa da construção de um paradigma prudente para uma vida com dignidade.

Desde 2008, a TC vem sendo implementada no âmbito da Atenção Básica como uma modalidade de tecnologia leve de cuidado e de formação de vínculos, partindo-se de uma situação problema e inserida em um contexto que permite a resolutividade a partir da escuta e da fala no seio comunitário, onde a partilha de estratégias resolutivas vem cada vez mais resgatando a solidariedade entre as pessoas, criando verdadeiras redes de apoio psicossocial, e conseqüentemente, fortalecendo os princípios norteadores do SUS na ESF.

A tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde. A tecnologia, portanto, permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo para a construção do saber (e em sua própria expressão); ela se apresenta desde o momento da idéia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Ou seja, ela é ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA et al, 2008).

Diante do conceito de cuidado existem várias acepções de tecnologia. O termo tecnologia possui como definição etimológica: *tecno*, do grego *techné*, que é o saber fazer, e *logia* que vem de *logos*, razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. A tecnologia pode ser classificada de acordo com seu conteúdo, natureza ou emprego. Portanto, pode ser incorporada a mercadorias (tecnologia de produto) e/ou fazer parte de um processo (tecnologia de processo). Assim, é um processo que envolve diferentes dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos.

Desse modo, tecnologia envolve saberes e habilidades e precisa ser distinguida de equipamento ou aparelho tecnológico, o qual se configura como expressão de uma tecnologia, resultante desses saberes que possibilitaram esse produto, convertido, então, em equipamento. As tecnologias podem ser classificadas em leve, quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura, quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas (ROCHA et al, 2008).

O cuidado, entendido em uma dimensão redentora da presença propriamente humana nos modelos assistenciais, é essencial para a resistência ao seu controle, visto que nos processos relacionais encontram-se muitos desafios que precisam ser constantemente superados para que o cuidar se torne uma ação contínua e não coercitiva do ponto de vista dos serviços de saúde. A dinâmica da continuidade gera uma relação colaborativa e solidária, em que os vínculos passam a compor o cenário do cuidar.

Boff (1999) menciona que o cuidado significa desvelo, solicitando diligência, zelo, atenção, bem trato. Pode ser dito ainda em relação a uma atividade fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si, centrando-se no outro com desvelo e solicitude.

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, haja vista que eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, se complementam. Juntos constituem a integralidade e por outro lado, a espiritualidade; o equívoco consiste em opor uma dimensão a outra e não as ver como o modo de ser do único e mesmo ser humano. Desse modo, o resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho e, sim, mediante uma forma diferente de entender e de realizar o cuidado e descobrir o modo de ser cuidado (BOFF, 1999).

Para uma melhor compreensão acerca do vínculo, Campos (2007) sugere a utilização de um conceito que tem origem na psicanálise, mas que pode ser adaptado para a análise em questão: a transferência. Ao se vincular a algo ou alguém, transferi-se afetos, que, de acordo com o autor, são sentimentos imaginários, que podem ser positivos ou negativos. No primeiro caso, servem de apoio para a realização de algo julgado complicado.

A construção do vínculo também perpassa a responsabilização dos profissionais da equipe pela saúde dos usuários, tanto de forma coletiva quanto

individualmente, como considera Campos (2007). Esse processo, segundo o autor, não é simples, pois depende não apenas da disposição do profissional, mas de conhecimentos sobre a interrelação entre pessoas com necessidade de ajuda e a equipe com recursos para realizar as intervenções.

Verifica-se, então, a importância do estabelecimento e cultivo do vínculo serviço-usuário, uma vez que é através dele que a equipe pode satisfazer as necessidades dos usuários, fazendo-os se sentirem apoiados em seus problemas. Para isso é importante partir de um ponto inicial que é perceber as limitações encontradas nos serviços públicos de saúde.

A Terapia Comunitária vem se constituindo em espaço de partilha, em que momentos marcados pela subjetividade passam a compor o cenário dos usuários que procuram no serviço de atenção básica a melhora de seu sofrimento mental.

Para Ortner (2009), a subjetividade diz respeito a uma parte necessária do entendimento de como as pessoas manifestam a tentativa de agir no mundo, sendo essa subjetividade erguida e fortalecida a cada dia por meio dos eventos de vida, como sentimentos, pensamentos e significados atribuídos pelas pessoas, concorrendo para a formação de uma consciência cultural e historicamente específica.

Para isso, um conceito de subjetividade é substancializado e configura-se em princípios de interioridade, passando a ser pensado em termos históricos, sociais e políticos, apresentando-se contemporaneamente de cunho crítico, como alternativa a uma problematização da identidade, haja vista buscar dar conta das diferenças que se constituem no seio da sociedade (PRADO FILHO; MARTINS, 2007).

A comunidade se refere às iniciativas dos serviços de saúde mental que planejam as ações, mas considerando as consequências que tais ações possam ter sobre a comunidade, em um sentido social cotidiano. Nas discussões que envolvem a psiquiatria na comunidade, as iniciativas atravessam o trabalho da saúde mental e buscam ser mais acessíveis à população, como, por exemplo, na atenção primária à saúde.

2.3 A rede de serviços de saúde mental: em busca da integralidade

A organização da rede e dos serviços de saúde tem sido um dos temas centrais do debate conceitual e político no âmbito do movimento pela Reforma

Sanitária Brasileira (RSB) ao longo dos últimos trinta anos. Esse debate vem alimentando a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudanças na gestão, no financiamento e, principalmente, na organização dos serviços e das práticas de saúde, no contexto de construção do Sistema Único de Saúde - SUS (TEIXEIRA; SOLLA, 2004).

Para Teixeira; Solla (2004), a análise do processo e dos resultados alcançados, no que diz respeito à manutenção, mudança e/ou transformação do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, supõe a identificação, descrição e análise da forma como se inseriu a problemática da organização dos serviços de saúde no debate acadêmico e seus desdobramentos na cena política e institucional, algo que já revela uma das características do processo brasileiro de Reforma Sanitária. Isto é, a ocorrência de uma difusão de idéias reformadoras no espaço de formação de pessoal em saúde, *locus* institucional onde se assentaram as bases conceituais e doutrinárias do movimento pela reforma sanitária brasileira.

É sabido que a internação de pessoas que padeciam de transtornos mentais no Brasil data da metade do Século XIX, de modo que a atenção a essa clientela foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. Vale salientar que a oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A partir da década de 1970, têm início experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas), concorrendo para a instauração de um modelo centrado na comunidade, substituindo aquele até então vigente.

Com a criação do SUS, em 1990, são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Esse fato, somado às experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e por sua vez às recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Declaração de Caracas (1990), fez com que o Ministério da Saúde, a partir da década passada, reorientasse uma nova política de saúde mental, redirecionando os recursos pertencentes à rubrica da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária (OPAS, 1990).

Contudo, somente em 2001, com a publicação da lei 10.216, que garante a reforma da assistência psiquiátrica brasileira, são estabelecidas as condições políticas e econômicas para a criação da rede de serviços de saúde mental em todo o país. Com isso, incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, determinando a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização das ações direcionadas a essa clientela específica (BRASIL, 2005c).

A reforma psiquiátrica propõe a ampla mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade (AMARANTE, 2007).

Essa mudança de modelo vem sendo impulsionada pela operacionalização da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, e o Governo brasileiro, objetivando a melhoria no atendimento aos usuários com transtornos mentais, propôs a implementação de alguns serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); a implantação do programa de "De Volta Para Casa"; e, por fim, a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica.

A PNSM traz como metas: a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Percebe-se, também, a preocupação do governo com a política de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, bem como a necessidade de um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica. Estimula-se a promoção dos direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado, almejando tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2007).

A criação e implantação dos CAPS, orientada pelas Portarias 189/91 e 224/92, foi estratégica para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que demonstrou a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É sua função: prestar um cuidado refletido em atendimento clínico, em regime de atenção diária, reduzindo e, até, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com enfermidades

mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Desse modo, cabe ao CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, promovendo a reabilitação e inclusão social, articulando os recursos existentes na rede local, como variáveis sócio-sanitárias, jurídicas, e educacionais, entre outras, promovendo a autonomia dos usuários e a vida comunitária (BRASIL, 2007).

O crescimento do número de CAPS no país, embora ainda com distribuição desigual entre as regiões, foi resultado do decréscimo de leitos psiquiátricos. Observa-se que esse serviço também impulsionou outras mudanças no trabalho das equipes de saúde mental: houve deslocamento da responsabilidade com o tratamento, antes centrada na figura do médico psiquiatra, para a equipe multiprofissional (ANDREOLI, 2007).

No tocante aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), também chamado de residência terapêutica ou simplesmente "moradia" (são casas localizadas no espaço urbano, formadas para atender às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não). O número de usuários pode variar 1 indivíduo até um pequeno grupo de 8 pessoas, que deverão usufruir de um suporte profissional que possa responder as suas necessidades (BRASIL, 2007).

O Programa De Volta Para Casa versa sobre a regulamentação do auxílio, com fins de reabilitação psicossocial, fruto da Política Nacional de Saúde Mental, sendo esse programa instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com enfermidades mentais, com história de internação psiquiátrica acima de dois anos, com o objetivo de promover e reinserção social (BRASIL, 2007).

Todavia, outros serviços ainda não se encontram configurados com equipamentos de atenção aos usuários portadores de transtorno mental, como os hospitais gerais e o mal funcionamento da atenção básica, instituída como porta de entrada para definição da necessidade desse usuário, situação melhorada, principalmente, após inserção de outros profissionais especializados, através dos Núcleos de Assistência a Saúde da Família (NASF), que complementam a qualidade da assistência prestada a esses usuários. Enfim, pontos que necessitam ser considerados e trabalhados para implementação de serviços equitativos e integrais.

Na Atenção Básica, segundo a área estratégica de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a PNSM propõe que as práticas de saúde mental, especificamente da ESF, devam acontecer de modo substitutivo ao modelo tradicional, ou seja, não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Essa nova visão impulsiona a discussão dos sujeitos envolvidos no cuidado em determinado território, entendida na articulação da rede, tendo como objetivo a integralidade, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas. O que se pretende na ESF é o resgate da singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento com o tratamento, apostando em seu protagonismo, na tentativa de romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a sua salvação.

Nessa direção, a TC destaca-se como uma ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. Barreto (2008), criador da TC, corrobora com a idéia de que há uma diferença entre doença e sofrimento. Este pode ocorrer antes ou acompanhar uma patologia, por outro lado, mas não pode ser medicalizado e tratado com psicotrópicos. É nessa perspectiva que a TC insere-se na atenção básica de saúde como uma prática complementar e não substitutiva, que oferece escuta, acolhimento, partilha de soluções para o sofrimento cotidiano, que ameaça a integridade física e mental do sujeito que sofre. É preciso considerar que o indivíduo está inserido em uma rede de uma comunidade detentora de recursos culturais valiosos e que, através desses recursos, busca soluções para o sofrimento e não para a doença.

É importante destacar que na rede básica de saúde os profissionais lidam com problemas de natureza complexa, tais como a violência doméstica, o maltrato, o abandono de crianças e idosos; estresse, conflitos familiares, desemprego, entre outros que constituem o conjunto de situações existentes na sociedade que provocam sofrimento mental na população (DESJARLAIS et al, 1997).

Desse modo, faz-se necessária, para corroborar com a reversão do modelo de atenção à saúde mental, a implantação de ações complementares na atenção básica para fins de seu fortalecimento, bem como para a existência de um indivíduo empoderado e com bons indicadores de saúde, refletidos em sua qualidade de vida e daqueles que se encontram em seu entorno social.

Dentre os princípios norteadores do SUS, a integralidade constitui-se como eixo fundamental para a organização da rede de serviços. No caso específico da saúde mental, ela é considerada como eixo estruturante tanto da rede de serviços como do cuidado praticado pelos profissionais que atuam nesses serviços. Vale ressaltar que o que deveria estruturar a rede de cuidados seria a pessoa em situação de sofrimento, pois é ela que demanda o cuidado. Isso significa dizer que o cuidado necessita estar compreendido na dimensão da existência do sofrimento do ser humano, ou seja, nas dimensões biopsicossociais e espirituais.

Estruturar serviços públicos, em particular os de saúde, requer políticas, um conjunto de práticas que supram as necessidades desses vários grupos, e uma capacidade de refletir sobre a condição desses segmentos sociais, objetivando a efetividade e a eficácia social. Dessa forma, os processos de exclusão e inclusão social devem ser pensados e, a partir disso, podem ser organizadas práticas no interior dos serviços públicos nas diversas áreas sociais, com a criação de novas formas de articulação em rede, transformando as organizações técnico-administrativas, de modo que elas possam incorporar esses segmentos populacionais em suas necessidades e demandas (CARNEIRO JUNIOR et al, 2006).

Para Gonçalves (1994) há uma tendência a desqualificar o caráter coletivo da ação do saber que oriente essa ação. Esse coletivo é constituído por indivíduo, acima de tudo um indivíduo que se determina como coletivo, sabendo que, independentemente do sentido final das ações orientadas por saberes de natureza coletiva, sempre haverá consequências individuais e coletivas dotados de sentido tanto individual como coletivo, pois quando se aponta um saber, instrumento sob uma concepção coletiva do objeto, como tecnologia que faça referências às práticas de saúde enfatiza-se a consequência de que as incidências individuais dessas práticas serão concretizadas com o seu resultado.

No tocante a esse cuidar, no âmbito da saúde mental na atenção básica, pode-se dizer que ela está associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica, formando uma rede de suporte e cuidados; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes formações; implicar a comunidade; e, por fim, considerar as características da comunidade (REINALDO, 2008).

A identificação da integralidade como resposta governamental a determinados problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos levaria à definição de políticas de atenção, e não mais a programa de assistência ou ação programática para grupos específicos. Essas políticas de atenção consideram ações tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial, na direção de contextualizar os grupos sociais atendidos e buscando a ampliação de seus direitos. Para tanto, faz-se necessária a abertura de espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais por saúde (BRASIL, 2005b).

A mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território onde deve haver uma mudança na concepção e na forma de como deve se dar o cuidado; o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Além disso, deve se fazer presente a utilização da concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Assim, os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, para que os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2007).

Essa discussão subsidia a idéia de que a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado por todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, sendo o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Nesse caso, o trabalho passa a ser partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado, um saber fazer cada mais múltiplo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Os determinantes e condicionantes do sofrimento mental necessitam ser compreendidos pelo usuário e pela equipe que o assiste em princípios inerentes à integralidade, pois as ações de saúde mental precisam compor a agenda de saúde das equipes de saúde da família a fim de amenizar a angústia e a ansiedade que pode acometer a vida de muitas pessoas na comunidade.

A linha de cuidado deve ser construída com base nas necessidades de saúde dos usuários, com foco na construção de uma grande rede solidária que deve se fazer presente na comunidade. O tema de uma rede, na verdade, é a da produção de uma malha em que se conquista a integralidade da atenção dos serviços e pelo

conjunto das ações que se façam necessárias. Para que se alcance a integralidade da atenção em saúde pelo itinerário entre o conjunto dos serviços e das ações, não se poderá pensar em um percurso à base de encaminhamento, mas um percurso onde, progressivamente, se passa de uma regionalização, a hierarquização integradas, que resultaria de uma malha de cuidados ininterruptos, organizados não por complexidade crescente, mas por cuidados progressivos (BRASIL, 2005b).

Os encontros de TC tecem redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças, já que as pessoas da comunidade participam de uma mesma cultura e partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, apresentando afinidades em seus sofrimentos e a busca de soluções para os mesmos (CAMAROTTI, 2005).

Percebe-se também a construção e o fortalecimento de uma rede solidária, em que a institucionalização dessa rede diz respeito a um padrão de interdependência, e os atores envolvidos no processo descrevem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas em busca dos objetivos comuns. Essa constituição da rede resulta do potencial de transformação social, em que os atores e organizações envolvidas possam promover mudanças nos padrões de identidade humana (TEIXEIRA; FLEURY, 2007).

Outra noção de rede é a que propõe a hierarquização por níveis de assistência. Nesse tipo de hierarquização, são definidas atribuições para as unidades básicas de saúde (Atenção Primária), para as unidades de referência e para os hospitais. Aposta-se na vigilância à saúde com expressão da integralidade e do contato com os usuários; na atenção básica com atribuição dos municípios; na regionalização com distribuição geográfica nos serviços; e na participação social focada na educação popular em saúde (BRASIL, 2005b).

A TC, desde o seu surgimento, funciona como base para o desenvolvimento de redes solidárias, reforço da identidade e diversidade cultural das comunidades, uma vez que trabalha perdas, crises e valoriza as competências do indivíduo e da família. Tem na dialogicidade a essência da educação como prática da liberdade e considera que a superação passa pela vivência da emoção e identificação com o sentimento, dando possibilidade de ressignificação, objetivando assegurar o aprofundamento de questões relativas ao Eu (SILVA; BORGES, 2007).

Há um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da

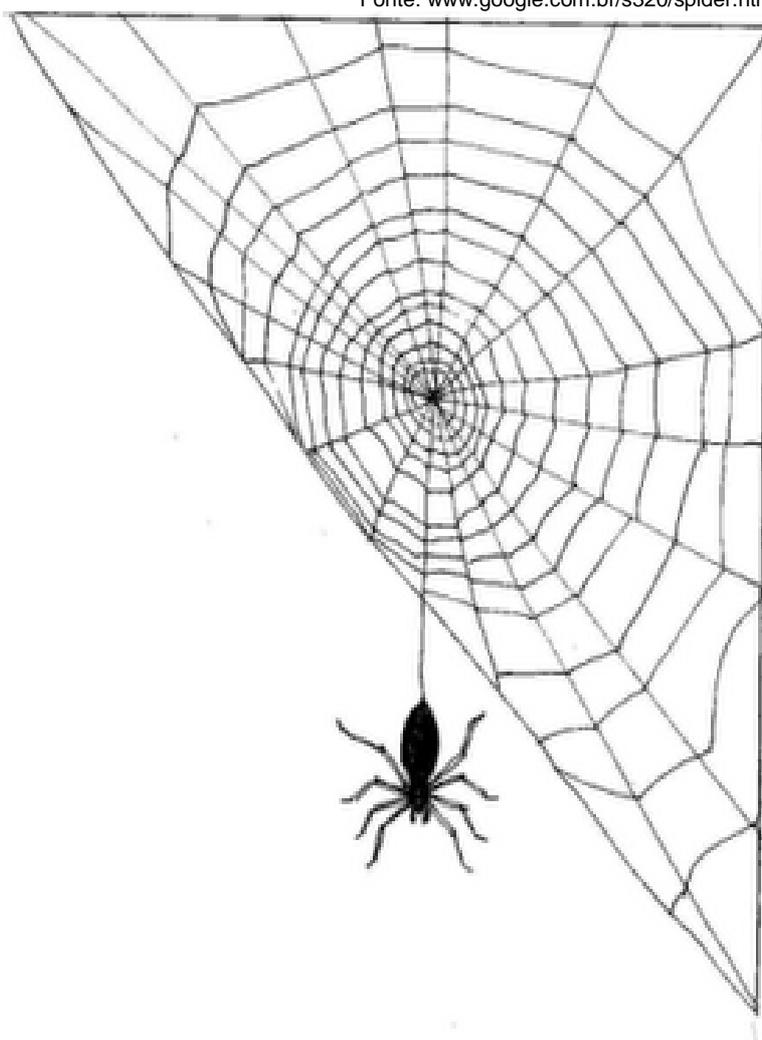
saúde ou de vida mais saudáveis, em que todo problema de saúde passa a ser, também, um sofrimento mental, bem como toda ação que promova a saúde mental é também produção de saúde. Desse modo, a articulação das práticas de cuidados passa a ser critério indispensável na formulação do cuidado em uma grande teia de relações humanas (BRASIL, 2007).

A TC, inserida na Estratégia de Saúde da Família, pode promover a ampliação de vínculos entre a comunidade e os profissionais do cuidado, com base em uma metodologia dinâmica, participativa e integrativa dos grupos, favorecendo a composição do diagnóstico epidemiológico local e redirecionando a demanda do sofrimento para os grupos de Terapia Comunitária. Valoriza, ainda, as práticas populares, incorporando os conhecimentos em remédios medicinais, práticas integrativas, massoterapias e todos os saberes acumulados ao longo da história da população local (BARRETO, 2008).

De qualquer forma, é importante considerar que a construção do Sistema Único de Saúde e a produção de uma rede de cuidados coerentes esbarram em suas diretrizes. Isso é uma forma de gestão que carrega propostas de desenvolvimento organizacional coerentes com outros desenhos organizativos da atenção à saúde, que não o eixo da integralidade (BRASIL, 2005b).

A TC pode ser entendida como uma estratégia para a formação e consolidação da rede de cuidados na atenção básica, em que o ser humano é, então, visto de modo integral, resgatando os atributos de sua identidade e promovendo a melhoria da saúde mental daqueles que se utilizam dessa prática de cuidado.

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



3 MÉTODO

3.1. Tipo de estudo: justificativa para o paradigma adotado

Esta pesquisa trata-se de um estudo avaliativo, transversal e observacional, representativo da população usuária dos serviços de Terapia Comunitária da Atenção Básica do município de João Pessoa, Estado do Paraíba.

A literatura sobre avaliação desprezou, durante muito tempo, a importância do processo avaliativo. O sentido fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços. A utilização dos conceitos torna-se importante na medida em que permitem representar aspectos da realidade, através de construções lógicas estabelecidas de acordo com um quadro teórico de referência. A satisfação pode ainda ser classificada em uma dimensão mais ampla, a depender das seguintes aspectos: relacional, entendida como respeito, consideração, acolhida, gentileza; organizacional, como organização dos serviços; profissional; socioeconômicos e culturais (aspectos relacionados às condições de vida das pessoas). A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários tem ganhado relativa autonomia entre as dimensões da satisfação, sendo privilegiada na mensuração da satisfação (TRAD; ESPIRIDIANO, 2005).

Os estudos de satisfação vêm sendo considerados importantes instrumentos de avaliação da qualidade em saúde mental por considerar a percepção dos segmentos envolvidos nos serviços. Os novos modelos de assistência em saúde mental envolvem a ampliação da oferta de cuidados aos pacientes, exigindo do profissional um envolvimento muito maior com a clientela, o que, no caso dos pacientes graves, pode prolongar-se por toda a vida (REBOUÇAS et al, 2008).

Segundo Trad; Espiridião (2005), os contextos nos serviços de saúde envolvem a satisfação do usuário que passa a ser considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. Na realidade brasileira, os estudos sobre a satisfação desenvolveram-se na década de 1990, tendo sido impulsionados pelo fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por

intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

Rocha et al (2008) afirmam que refletir acerca do cuidado, na perspectiva da tecnologia, leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Para entender o contexto atual que reflete a arte do cuidado inserida em um mundo tecnológico, é necessário compreender o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade.

A satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário (TRAD et al, 2002).

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, que se encontra associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção, sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo. Quando se trata da qualidade do processo, a satisfação refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário. Na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos, e, ainda a satisfação dos usuários constitui um componente da aceitabilidade social. Essa aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (TRAD; ESPIRIDIÃO, 2005).

Para Vaitsman; Andrade (2005), o desenvolvimento histórico desse arcabouço conceitual e metodológico, na área da avaliação da qualidade e da assistência à saúde, tem como uma de suas implicações a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário e, mais recentemente, de responsividade, ou seja, da visão ou da experiência dos usuários dos serviços de saúde. Em um sentido mais amplo, essas pesquisas permitem verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde.

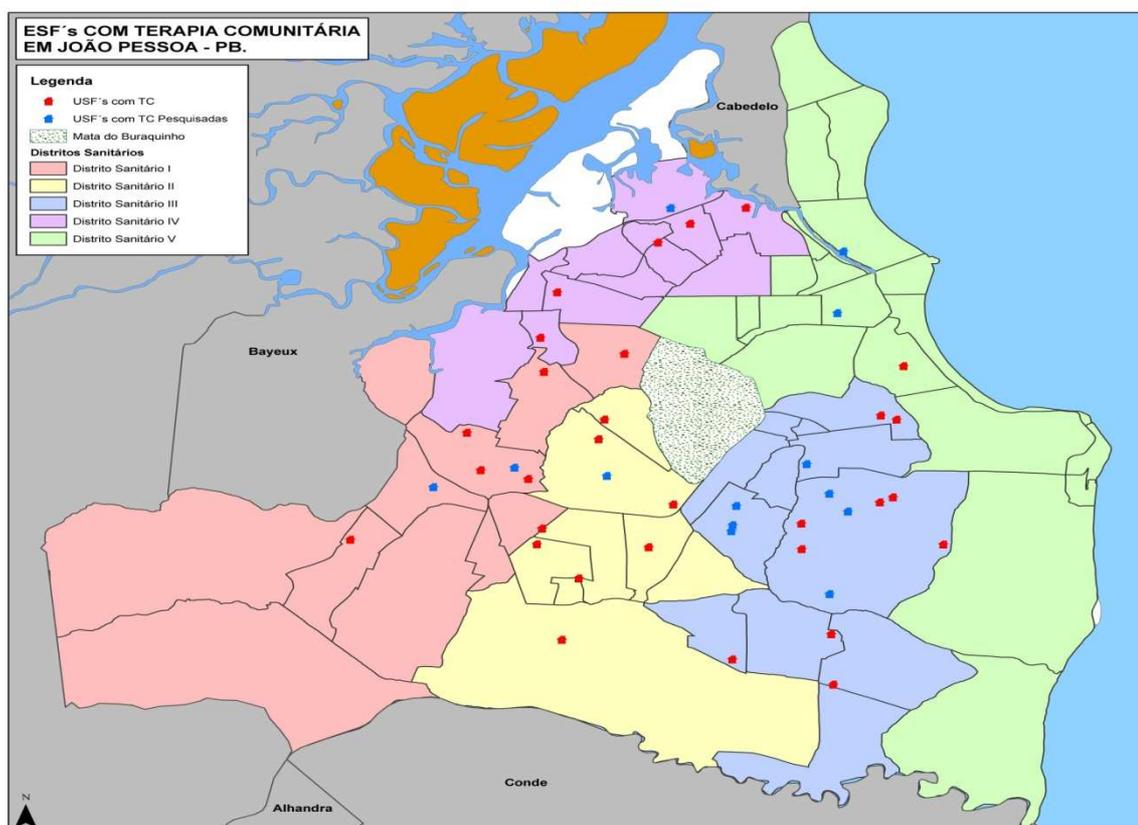
Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço,

uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços (nesse caso da TC) e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (TRAD et al, 2002).

3.2 Local da pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi realizada no município de João Pessoa/PB, junto às Unidades de Saúde da Família onde ocorrem as atividades de Terapia Comunitária, conforme Figura 1.

Figura 1: Distribuição das Unidades Saúde da Família com Terapia Comunitária Implantada por Distrito Sanitário. João Pessoa - PB, 2009.



3.3 População e amostra

A população foi formada por todos os usuários participantes da TC das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, estimada em 5.000 (cinco mil) participantes e pelos 113 terapeutas comunitários que fazem parte das Equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF (ver tabela 1) e que realizam a TC na área onde atuam.

Tabela 1: Demonstrativo das USF existentes no município com Terapeutas Comunitários por Distrito Sanitário. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa, Paraíba, 2009.

Distrito Sanitário	Quantidade de USF	Quantidade de USF com TC	Nº de Terapeutas Comunitários
DS I	44	08	17
DS II	38	09	12
DS III	54	17	42
DS IV	26	06	18
DS V	18	03	24
Total	180	43	113

Fonte: SMS/João Pessoa (2009)

A amostra do estudo foi composta por participantes da Terapia Comunitária e terapeutas comunitários. Para o cálculo da amostra de participantes, utilizou-se como parâmetros uma proporção esperada de satisfação de 80%, com nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 7%, considerando ainda o cálculo de amostra com correção para populações finitas. Estimou-se um número mínimo de 189 participantes. Para compensar as perdas amostrais esse número foi aumentado para 198. Utilizou-se o Programa para Análise Epidemiológica e Dados Tabulados-EDIPAT, versão 3.1, para a realização desse cálculo (OMS/OPAS, 2006).

A seleção da amostra de participantes foi feita aleatoriamente, obedecendo a seguinte ordem: 1) sorteio de 13 USFs, dentre as 43 que possuem a TC inserida na Atenção Básica (tabela 1) (SMS/JOÃO PESSOA, 2009); 2) sorteio dos participantes

das 13 USF, considerando o critério da média de participantes nos encontros de TC por unidade selecionada (partilha proporcional)

A seleção das USF respeitou a representatividade dos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa, conforme mostra Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição da média de participantes da TC por USF e por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2009.

Distrito Sanitário USF	Média de participantes da TC				
	DS I	DS II	DS III	DS IV	DS V
Alto do Céu	-	-	-	10	-
Ambulantes	-	-	14	-	-
Cristo Rei	-	-	20	-	-
Eucalipto	-	-	21	-	-
Feirinha	-	-	10	-	-
Funcionários I	11	-	-	-	-
Jardim Saúde	08	-	-	-	-
José Américo I	-	-	23	-	-
José Américo II	-	-	17	-	-
Laranjeiras	-	-	12	-	-
São José	-	-	-	20	-
Tito Silva	-	-	-	-	10
Vila Saúde	-	22	-	-	-

O critério de inclusão dos participantes na amostra foi o de ter participado de pelo menos uma roda de TC, no território onde mora. Foram excluídas previamente, crianças, pessoas que apresentassem deficiência mental e/ou transtorno mental severo, devido a prejuízos apresentados na área da linguagem e da cognição, o que dificultaria a compreensão das questões e a consequente resposta às mesmas. Foram sorteados em cada unidade os participantes para compor a amostra.

Em relação à amostra dos terapeutas, vale salientar que foram selecionados os terapeutas das 26 USF sorteadas para a pesquisa com os participantes. Cada

USF possuía 2 terapeutas, contudo para este estudo foi sorteado 1 terapeuta comunitário de cada USF, o que equivale a um total de 13 terapeutas.

No que diz respeito ao critério de inclusão dos terapeutas comunitários, foram definidos os seguintes: estar realizando a TC com frequência semanal ou quinzenal; já ter realizado um mínimo de 24 rodas de TC, no período mínimo de seis meses. Esse é o período considerado apropriado para avaliar a ação do terapeuta e, também, da TC, tendo sido esse o critério estabelecido pela pesquisadora.

3.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para este estudo foram: 1) a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR (anexo I) e 2) entrevista estruturada (apêndice 2).

1) A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR foi utilizada para medir a satisfação dos participantes e identificar elementos importantes em relação à Terapia Comunitária.

A Satis-BR constitui um questionário validado no Brasil no ano de 2000 por Bandeira, Pitta e Mercier. Tal questionário consta de 44 itens, dentre os quais se incluem os itens quantitativos das sub-escalas e escala global, que visam avaliar o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços recebidos e as questões referentes a dados sócio-demográficos.

A Satis-BR foi adaptada neste estudo nos seguintes aspectos: a palavra *serviço de saúde mental* foi substituída por *Terapia Comunitária* (TC) (anexo II), por ser a TC um serviço prestado à comunidade ou, melhor dizendo, uma ferramenta de cuidado para a saúde mental, e os aspectos contidos dentro do instrumento aplicam-se diretamente a avaliação da satisfação dos usuários com a TC na Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, para fins deste estudo, o instrumento adaptado ficou com 46 itens. Os acréscimos feitos foram os seguintes: no Item 12, foram introduzidas duas perguntas que dizem respeito a encaminhamentos (12 a e 12 b). Vale lembrar que a inserção desses itens não interferiu na consistência das perguntas que medem a satisfação.

Treze itens do questionário compõem as sub-escalas e a escala global para o cálculo do grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde mental (TC), as quais contém respostas dispostas em uma escala ordinal de tipo Likert com 5 pontos.

Cinco itens abertos de tipo qualitativo (itens 13.1, 28.1, 30, 31, 32,1), fazem parte integrante do questionário e visam avaliar: os aspectos da instituição (terapia) que foram mais apreciados pelos participantes; os aspectos menos apreciados por eles; os tipos de dificuldades que eles possivelmente encontraram no serviço (terapia); as razões pelas quais eles recomendariam ou não a instituição (terapia) aos amigos, assim como suas sugestões para aperfeiçoamento.

O questionário contém ainda 11 itens descritivos (01, 02, 03, 04, 07, 09a, 09b, 12a, 12b, 18, 19, 22, 32) que envolvem os seguintes aspectos: as razões pelas quais os participantes escolheram o serviço em questão (terapia) e o tipo de encaminhamento ocorrido; o tipo de transporte usado, a facilidade de locomoção e o tempo gasto para chegar até à instituição (local onde se realiza a terapia); sua percepção sobre o problema (situação de sofrimento) que o levou à procurar o serviço (a terapia); a duração do seu tratamento no serviço (terapia); sua percepção à respeito de sua participação na avaliação das atividades da instituição (terapia); sua percepção à respeito da participação de sua família no tratamento; e sua percepção sobre a necessidade de melhorias no serviço (local onde a TC se realiza).

Sete itens sócio-demográficos (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39) se referem à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, tipo de moradia, e condições residenciais. A escala Satis - BR possui ainda oito itens do CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), que constitui uma escala padronizada de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen. (1979). A inclusão desses itens permite comparar as respostas dos usuários à presente escala com as respostas dadas aos itens do CSQ-8, o que serviria para reavaliar constantemente a sua validade.

A escala de avaliação de satisfação dos usuários, composta por 13 itens (5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 25, 26), é considerada uma escala global resultante da junção de duas sub-escalas: a primeira sub-escala se refere ao relacionamento do usuário com a equipe do serviço e é dada pelo cálculo da média das respostas obtidas para as questões 13, 14, 16, 17 e 20. Desse modo, foram

calculadas as frequências e a média das respostas obtidas nos 13 itens. Essa média, que varia de 1 a 5, indica um grau maior de satisfação do usuário, quanto mais próxima ela estiver do valor máximo 5.

A segunda sub-escala que trabalha com a apreciação do serviço, o grau de satisfação dos usuários, é avaliada, calculando-se a média das respostas obtidas para os itens 06, 09, 25 e 26. Percebe-se que, uma vez somada as escalas, elas formam o conjunto dos treze itens mencionados anteriormente (itens 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 25, 26), que têm relação com informações sobre acolhimento, respeito digno, integralidade, acessibilidade, ajuda do grupo, entre outros aspectos, revelando o grau de satisfação dos participantes da TC em relação a essa tecnologia de cuidado.

O segundo componente – escala de comparação da satisfação dos usuários – objetiva trabalhar com base em uma análise correlacional a fim de fornecer ao construto da satisfação a validade concomitante, através da comparação dos dados obtidos através dessa escala com os resultados referentes às questões do CSQ-8, uma vez que este último constitui também uma escala validada junto aos serviços de saúde mental. Esse componente é formado pelos itens 10, 12, 15, 23, 24, 27, 28,29.

A escala Satis – BR foi aplicada usando-se a técnica de uma entrevista dirigida, a qual foi realizada por entrevistadores previamente treinados para esse fim.

2) A entrevista estruturada foi aplicada aos 13 terapeutas para discutir aspectos relacionados ao fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica de Saúde.

3.5 Aspectos Éticos

Antes de ser iniciada a etapa de campo propriamente dita, o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), em conformidade com o preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado na 54ª reunião ordinária realizada em 04.05.2009.

3.6 Procedimentos para a coleta de dados

Os procedimentos de coleta obedeceram as seguintes etapas: 1ª) contato com a SMS de João Pessoa para explicar os objetivos do estudo e a sua viabilidade; 2ª) conhecimento da relação dos participantes da TC e das USF sorteadas pela SMS; 3ª) realização de contato com os terapeutas das USF sorteadas para explicação dos objetivos do estudo 4ª) planejamento das estratégias para contato com os participantes da TC por meio de visita domiciliar ou na própria USF.

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2009, e se deu de forma individual, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da amostra. A Satis-BR foi aplicada por um grupo de estudantes de Graduação em Enfermagem que recebeu treinamento de dezesseis horas, para compreensão dos objetivos do estudo e do instrumento de pesquisa, bem como para uniformização da linguagem por ocasião da aplicação do questionário e do procedimento nas entrevistas com os terapeutas. A aplicação dos questionários para os participantes da TC ocorreu por ocasião de visitas domiciliares, muitas vezes, acompanhadas do Agente Comunitário de Saúde – ACS, e as entrevistas com os terapeutas comunitários foram realizadas nos locais onde ocorriam as rodas de TC.

Antes da aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, a garantia do sigilo das informações e o direito de não aceitar participar da pesquisa. Após esses esclarecimentos e tendo a pessoa concordado em responder o questionário, foi, então solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

3.7 Análise dos dados

Concluída a coleta de dados, o instrumento de avaliação (SATIS-BR) foi armazenado em um banco de dados com auxílio dos softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 15.0 for Windows e do *Alceste* 4.8.

Foi feita a análise exploratória dos dados e a verificação de erros e inconsistência de preenchimento de questionário e digitação. Foi feita, ainda, a

análise descritiva dos dados com os cálculos de frequências, médias, desvios-padrões, e consistência interna da escala de avaliação.

Para análise dos dados quantitativos, utilizando-se do SPSS, em que se calculou, as frequências absolutas e relativas e, para aferir a consistência interna, foram realizadas análises propriamente ditas dos índices Alfa de Cronbach obtidos nessa amostra e foram conduzidas estatísticas preliminares que fundamentam esse índice de consistência interna, já que este estudo tem o objetivo de demonstrar a confiabilidade dos valores das médias observadas (Cronbach, 1951). Para Vallerand (1989), se o Alfa estiver acima de 0,70, isso revela a consistência interna da escala.

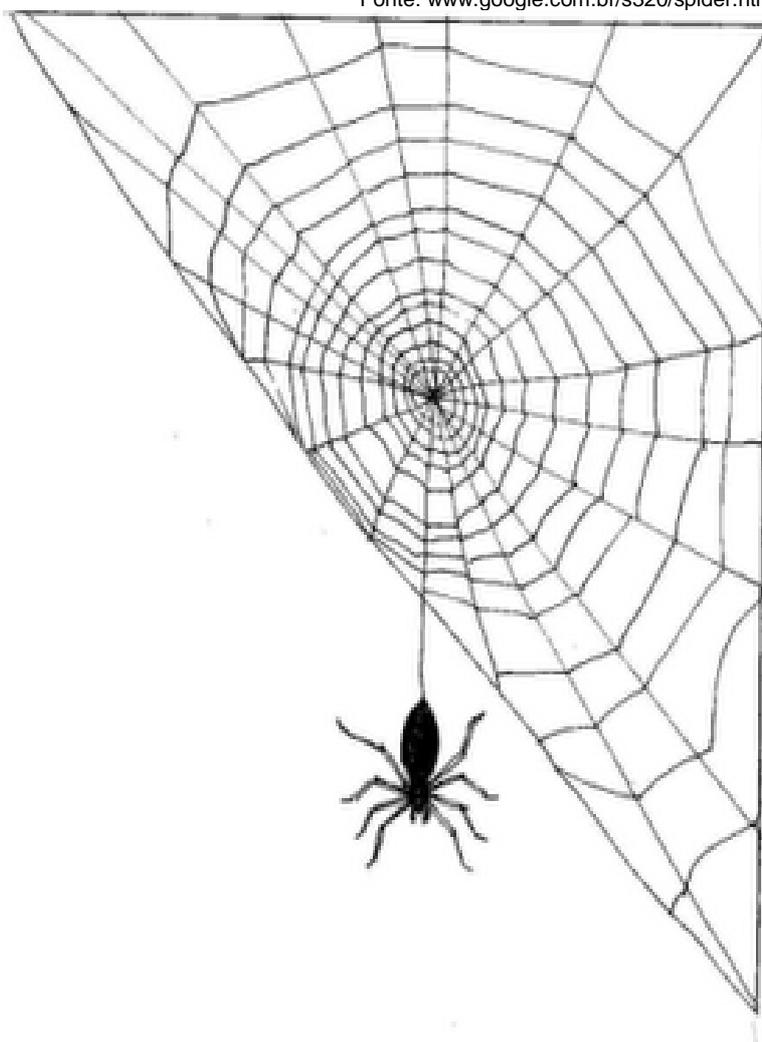
No tocante à análise qualitativa dos usuários da TC, foi utilizado o software Alceste 4.8 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*), ou seja, Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto. Para Camargo (2005), o Alceste classifica de maneira semi-automática as palavras para o interior de um corpus a fim de compor um banco de dados. Para que isso seja possível, o Alceste segmenta o texto e estabelece as semelhanças entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras. Esse método é chamado de classificação método descendente hierárquico e traça pressupostos ou trajetórias de interpretação, respeitando-se as quatro etapas de operação inerentes ao software (A, B, C e D).

O programa se utiliza de um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que são definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. Um conjunto de UCIs constitui um corpus de análise. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e constituição de um dicionário; segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas; análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas e análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma) (CAMARGO, 2005).

Quanto à interpretação das entrevistas dos terapeutas comunitários foram analisados à luz da Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2006), consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com vistas a obter, por procedimentos, seja sistemáticos ou objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, o que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições

de produção, bem como às situações de vida que estão envolvidas com o objeto do estudo. A técnica de análise de conteúdo temática categorial foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: Pré-análise, que por sua vez subdivide-se em: seleção das unidades de análise, para a divisão do corpus em unidades de contexto (parágrafos) e unidades de registro (frases); recorte; codificação; classificação; categorização. Para tanto, partiu-se do processo categorial empírico, definido a *priori* no presente estudo.

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo trata de apresentar o nível de satisfação dos participantes em relação à TC e evidenciar elementos considerados importantes para a avaliação dessa satisfação. Em seguida, será discutido, à luz do referencial teórico e das falas dos terapeutas entrevistados, como a TC vem se fortalecendo como ferramenta de cuidado para a saúde mental na Atenção Básica de Saúde.

4.1 Satisfação dos Participantes em relação à Terapia Comunitária

Do ponto de vista literário, satisfação é o ato de satisfazer, de prover alegria e saciedade, de corresponder ao que se deseja (FERREIRA, 2001). A partir dessa definição, vários aspectos concorrem para que seja caracterizado o nível de satisfação de uma pessoa. Quanto aos usuários dos serviços de saúde, não se pode prescindir, portanto, de uma análise desses aspectos.

Para Trad; Espiridião (2005), no Brasil, os estudos de satisfação ganham destaque a partir da segunda metade da década de 1990, com a introdução das discussões de promoção da saúde e do fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação do serviço prestado, cujo crescimento vem sendo significativo, tornando-o amplo, complexo e difuso. De fato, a incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade desse serviço, mas, acima de tudo, por existir uma adequação maior no uso do serviço, a exemplo dos aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, que, muitas vezes, leva o usuário ao engajamento como um responsável pela avaliação.

4.1.1 Satisfação em relação à TC: respeito, dignidade e compreensão

O grau de satisfação dos usuários com o serviço da Terapia Comunitária, em relação ao respeito, dignidade e compreensão, encontra-se apresentado por meio das frequências dos participantes nas rodas de terapia, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das frequências os 13 itens que medem o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.

Itens	Categoria	N	%
5 - Respeito e dignidade	Mais ou menos	02	1,0
	Geralmente	31	15,7
	Sempre	165	83,3
6 – Escuta	Não me ouviu bastante	01	0,5
	Mais ou menos	01	0,5
	Me ouviu bastante	87	43,9
	Me ouviu muito	109	55,1
8 – Acolhimento e compreensão	Mais ou menos	03	1,5
	Me compreendeu bem	85	42,9
	Me compreendeu muito bem	110	55,6
9 – Compreensão em relação à ajuda solicitada	Não me compreendeu muito	07	3,5
	Mais ou menos	01	0,5
	Me compreendeu bem	92	46,5
	Me compreendeu muito	98	49,5
11 – Apoio dado na TC	Não obtive nenhuma ajuda	01	0,5
	Senti que obtive alguma ajuda	75	37,9
	Senti que obtive muita ajuda	122	61,6
13 – Dificuldade para obter informações da equipe de Terapeutas Comunitários	Muito freqüentemente	01	0,5
	Mais ou menos	01	0,5
	Nunca	110	55,6
	Eu nunca pedi	86	43,4
14 – Satisfação com a reflexão feita na TC sobre a inquietação que foi apresentada na TC	Satisfeito	105	53,0
	Muito satisfeito	93	47,0

(Continua...)

Tabela 2: Distribuição das frequências os 13 itens que medem o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009. (Continuação...)

Itens	Categoria	N	%
16 – Ajuda oferecida pela equipe de terapeutas	Mais ou menos	02	1,0
	Frequentemente	50	25,3
	Sempre	146	73,7
17 – Acolhida dos terapeutas	Nada amigável	01	0,5
	Mais ou menos	02	1,0
	Amigável	57	28,8
	Muito amigável	138	69,7
20 – Competência dos terapeutas	Mais ou menos	01	0,5
	Competente	75	37,9
	Muito competente	122	61,6
21 – Grau de competência dos terapeutas	Competente	82	41,4
	Muito competente	116	58,6
25 – Satisfação com o conforto e a aparência do local onde a TC se realiza	Indiferente	01	0,5
	Satisfeito	132	66,7
	Muito satisfeito	65	32,8
26 – Condições gerais das instalações onde ocorre a TC	Ruins	02	1,0
	Regulares	39	19,7
	Boas	102	51,5
	Excelentes	55	27,8

A tabela 2 revela que dos 198 (100%) participantes entrevistados, 165 (83,3%) verbalizaram que **sempre se sentiram respeitados**, entendida em aspectos de respeito e dignidade; 109 (55,1%) pessoas afirmaram terem sido **muito ouvidas**, seguida de 87 (43,9%) que verbalizaram serem **bastante ouvidas**; 110 (55,6%) das pessoas afirmaram ser **muito bem compreendidas**, seguida de 85 (42,9%) que afirmou ter sido **bem compreendida**.

O respeito, a dignidade, a escuta e a compreensão são atributos que o terapeuta deve aprimorar em sua formação e no exercício da prática da TC. Ser terapeuta significa estar atento às necessidades do outro e respeitar as diferentes formas de manifestação do sofrimento. Esse profissional usa a restituição que consiste em manifestar a compreensão que ele tem em relação a dor do outro. Na restituição, geralmente, usa-se uma frase padrão: *“deixe-me ver se compreendi o seu problema; se não compreendi, por favor me corrija”*. Para Barreto (2008), a

restituição é um ato de cidadania, pois permite que o outro se manifeste confirmando ou não o seu sentimento de ter sido compreendido no grupo.

Segundo Mendes (2009), o conceito de dignidade é assumido como um princípio moral e como uma disposição do direito positivo. No entendimento do referido autor, a dignidade, como um valor autônomo e específico, é inerente aos seres humanos, em decorrência de sua personalidade. A dignidade humana, assim compreendida, é preservada quando o profissional centra a sua atuação nas relações interpessoais, atribuindo importância e respeitando os valores, crenças e desejos, em defesa da autonomia e do respeito às opções das pessoas e ao seu cuidado. A pessoa deve ser respeitada pelo simples fato de Ser.

Quando as pessoas vão à terapia, geralmente, buscam algum tipo de ajuda para a resolução do problema que está vivenciando. Na fase da problematização, o terapeuta geralmente estimula os participantes a contarem alguma situação já vivida e que foi resolvida satisfatoriamente. A pergunta chave, denominada de mote coringa, é: *“Quem já viveu uma situação semelhante e como fez para superar?”*. Nesse momento, pode emergir respostas da comunidade para solucionar o problema apresentado. A problematização é um momento muito rico para a reflexão do grupo sobre o tema escolhido. É a maior fase da terapia, pois dura em média 45 minutos. Geralmente, ela é permeada por experiências ricas em processos resilientes, em que o grupo aprende, com as histórias de outras pessoas, a redimensionar a sua dor, o seu sofrimento. O que antes parecia tão grande, nesse momento, diante de outras histórias, toma uma dimensão menor, e a pessoa tem a sensação de estar aliviada. Outras vezes, ela sente o interesse do grupo no seu problema e vê que não está sozinha, que existe uma rede, uma comunidade que tem interesse na sua singularidade. É o sentido de pertencimento traduzido pela ajuda que recebe do grupo.

Sobre a acolhida dos terapeutas ter sido classificada como amigável, pode-se inferir que o terapeuta geralmente é uma pessoa já conhecida da comunidade com a qual vem mantendo algum vínculo afetivo e profissional. Os terapeutas são pessoas que buscam dar sentido ao próprio trabalho, pela troca de afetos e de reconhecimento. Eles também buscam apoio e ajuda da comunidade para o aprimoramento do seu trabalho. Como diz Prof. Adalberto Barreto, *ele busca um salário afetivo*.

Em relação ao conforto e aparência do local, é importante destacar que, no município de João Pessoa, a TC ocorre em diferentes locais, tais como: Igrejas, Escolas, Serviços de Saúde, associações comunitárias, clubes e também em espaços livres. Geralmente os terapeutas procuram locais agradáveis, amplos, com possibilidade de aglutinar um maior número possível de pessoas, onde tenha cadeiras removíveis para todos e seja livre de barulho externo. Sabe-se que nem sempre essas condições são atendidas por todos. Muitas vezes, os espaços dos serviços de saúde são pequenos e restringem o número de participantes da TC.

Com relação ao grau de satisfação do usuário em relação ao serviço que foi prestado, considera-se o acolhimento como um aspecto decisivo. Na TC costuma-se dizer que é o acolhimento que guia a terapia. Esse é o primeiro momento da terapia e deve ser caloroso, dinâmico e inclusivo, devendo ser criado um clima amoroso e de companheirismo no grupo (BARRETO, 2008).

Revisando-se a literatura, percebem-se inúmeras conceituações, com diferentes enfoques sobre acolhimento. Takemoto; Silva (2007) apreendem duas possibilidades de entendimento do acolhimento: uma é a compreensão do acolhimento como postura diante do usuário e suas necessidades, sendo necessário que haja continuidade na investigação e negociação das necessidades de saúde e formas de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de serviços de saúde; a outra, percebe o acolhimento como dispositivo de reorganização do trabalho, ou seja, constitui-se uma etapa do processo de trabalho que objetiva o atendimento à demanda espontânea, o que aumenta o acesso e humaniza as ações de recepção aos usuários.

Na TC, o acolhimento é o momento em que o participante é convidado para entrar na roda e fazer parte do grupo. Nesse momento, canta-se uma música de boas-vindas, explica-se o objetivo da TC, as regras, celebram-se aniversários ou datas comemorativas, ou alguma conquista e, propõe-se uma dinâmica de aquecimento para preparar o momento seguinte da TC que é a escolha do tema.

Diferentemente do acolhimento entendido como dispositivo de reorganização do trabalho e de organização da demanda, na TC o acolhimento é relação face a face, cujo objetivo é deixar o participante à vontade e garantir o diálogo respeitoso, baseado na troca de informações.

Falar em **acolhimento** implica, também em falar na **escuta**. Sentir que é ouvido é um fator bastante representativo para que os usuários sintam-se satisfeitos

com o serviço que lhe é prestado. Lima et al (2007) considera que a escuta do usuário, além de gerar satisfação e segurança por este sentir-se aceito e próximo de seus cuidadores, contribui para a construção do vínculo com o serviço de saúde (terapia), o que promove a otimização do processo de assistência, assim como propicia aos profissionais o conhecimento de seus clientes.

Para que os resultados acima possam ser considerados consistentes, foi necessário conhecer a média e os desvios padrões sobre as 13 itens que compõem a escala Satis-BR. Esses dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das médias e desvio-padrão sobre os treze itens que compõe a escala de satisfação dos usuários. João Pessoa/PB, 2009.

Itens	Medidas	Média	Desvio Padrão
13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe de Terapeutas Comunitários, sobre questões de saúde, quando você pediu a ela?		4,9464	0,4211
5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?		4,8125	0,4356
16. Você considerou que a equipe de Terapeutas Comunitários estava lhe ajudando?		4,7411	0,4400
11. Qual a sua opinião sobre o tipo de apoio dado a você na Terapia Comunitária?		4,6964	0,5171
17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais na Terapia Comunitária?		4,6429	0,5982
20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe de Terapeutas Comunitários?		4,6161	0,4885
8. Até que ponto a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária pareceu compreender o seu problema?		4,5714	0,5149
21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem trabalhou mais de perto?		4,5714	0,4971
6. Quando você falou com a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária, você sentiu que ele/a ouviu você?		4,5536	0,4994
14. Até que ponto você está satisfeito com a reflexão que foi feita na TC sobre a inquietação (sofrimento, dor, problema, dilema...) que foi apresentado na Terapia Comunitária?		4,5446	0,5002
9. Em geral, como você acha que a equipe da Terapia Comunitária compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?		4,4107	0,6917
25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do local onde ocorreu a Terapia Comunitária?		4,3929	0,4906
26. Como você classificaria as condições gerais das instalações onde ocorre a Terapia Comunitária?		4,2143	0,6497

A Tabela 3 vem mostrar que, nos 13 itens que aferem o grau de satisfação revelem as médias variaram entre 4,2 e 4,9 e o desvio padrão entre 0,4 e 0,6. Esses resultados permitem realizar uma análise das qualidades psicométricas dos dados referentes à TC. O índice de Consistência Interna (CI) das treze itens reveladas através do coeficiente Alfa de Cronbach, apresentou um Alfa (α) de 0,7745, mostrando a consistência dos dados (VALLERAND, 1989). Isso significa dizer que os entrevistados estão satisfeitos com a TC. Para melhor compreensão de quais itens se mostraram mais próximos da escala de cinco (maior satisfação) segue Gráfico 1 que mostra a curva descendente dos itens relacionados à satisfação dos participantes em relação à TC.

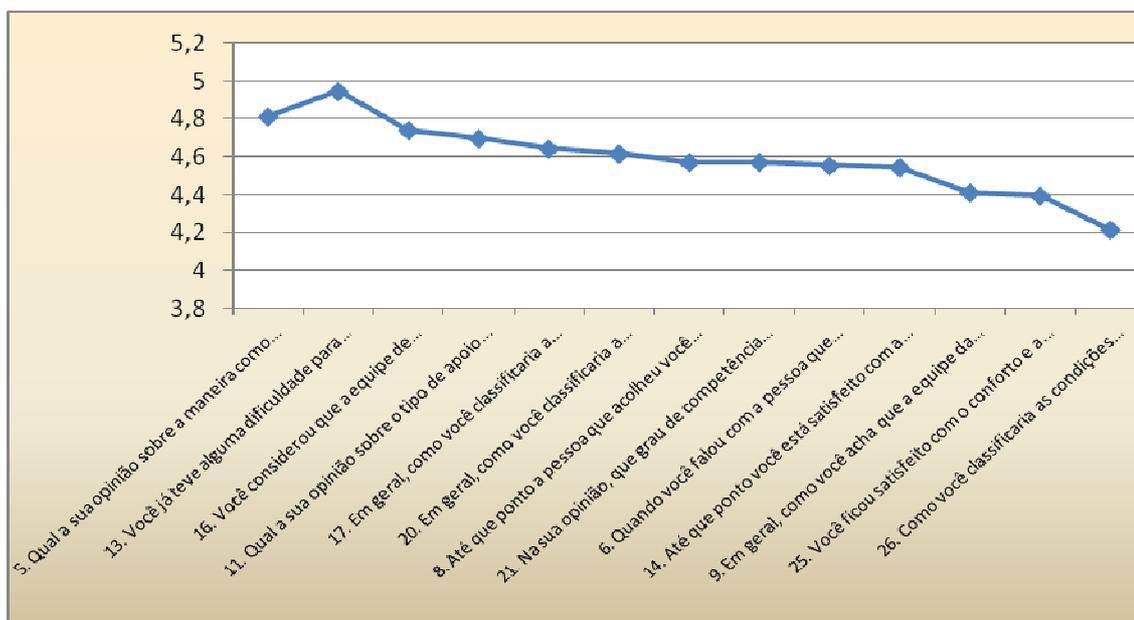


Gráfico 1: Distribuição curva descendente, segundo a média, dos treze itens que medem o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.

O Gráfico 1 revela que, o item que se mostrou mais próximo de cinco foi o de número 13, que trata das *dificuldade encontradas para obter ajuda dos terapeutas em relação às questões de saúde*. Esse dado revela uma situação promovida pela TC, que é a aproximação dos usuários com a equipe e, por sua vez, o resgate dos princípios de acessibilidade e equidade experimentados nas rodas dessa terapia.

Contudo, para fins deste estudo é importante considerar também a fidedignidade da satisfação dos participantes em relação à TC, que é avaliada

através dos 8 itens que compõem a escala de validade, cujo resultado é apresentado nas Tabelas 4.

Tabela 4: Distribuição das frequências dos 8 itens que compõem a escala de validade concomitante da satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.

Itens	Categoria	N	%
10 - A escuta do terapeuta, e a fala dos outros participantes, ajudou na satisfação das necessidades	Satisfatório	146	73,7
	Muito satisfatórias	52	26,3
12 – Apoio e ajuda recebida na TC	Não, eles não ajudam muito	03	1,5
	Sim, eles me ajudam um pouco	50	25,3
	Sim, eles me ajudam muito	145	73,2
15 – Obtenção do tipo de apoio que precisava na TC	Em geral, sim	56	28,3
	Sim, com certeza	142	73,7
23 – Classificação da qualidade do acolhimento recebido na TC	Boa	80	40,4
	Excelente	118	59,6
24 – Satisfação em relação à qualidade da ajuda recebida na TC	Satisfeito	103	52,0
	Muito satisfeito	95	48,0
27 – Se precisasse de ajuda novamente, voltaria à Terapia Comunitária	Sim, acho que sim	28	14,1
	Sim, com certeza	170	85,9
28 – Recomendação da TC a algum amigo (a) ou parente	Sim, acho que sim	20	10,1
	Sim, com certeza	178	89,9
29 – Grau de satisfação com relação aos serviços recebidos na TC	Satisfeito	98	49,5
	Muito satisfeito	100	50,5

A tabela 4 revelou que, 146 (**73,7%**) da amostra afirmaram **satisfação**, seguido de 52 (**26,3%**) com **muita satisfação** no que diz respeito à **escuta** dos terapeutas e a **fala de outros participantes na satisfação de suas necessidades**; 145 (**73,2%**) verbalizaram terem sido **muito ajudados na forma de lidarem de modo mais eficaz com seus problemas**; 142 (**73,7%**) dos entrevistados **tiverem**

certeza sobre o tipo de ajuda que precisavam na TC e 118 (59,6%) afirmaram excelência na qualidade do acolhimento na TC.

Esses dados evidenciam que a TC é uma tecnologia resolutive, ou seja, ela oferece ao participante uma possibilidade de sair do problema, através da oferta de estratégias de superação dos outros participantes. Estudos de Barreto (2008) revelam que as estratégias mais utilizadas pelos participantes das rodas de TC são: empoderamento pessoal (31,7%), busca de redes solidárias e reciprocidade (18,6%), busca de ajuda religiosa ou espiritual (14,5%), relacionamento com a família (14,5%), e ajuda profissional e ações de cidadania (12,0%), entre outros. Para Barreto (2008), a TC é um espaço de socialização de estratégias de enfrentamento dos desafios do cotidiano.

Nas rodas de terapia, frequentemente realizadas em bairros periféricos e favelas, embora não exclusivamente, as pessoas são incentivadas pelos terapeutas comunitários a se lembrarem da sua infância, sua criação, o lugar em que nasceram, as canções, os costumes, os ditos e provérbios. Progressivamente, a pessoa vai voltando a si, volta a ser quem ela é, em um processo que conduz, em casa, na vida profissional, nos seus diferentes papéis como cidadão/cidadã, à recuperação de sua e de seu sentido de vida.

Os dados desse estudo corroboram com Trad; Espiridião (2005), quando afirma que a satisfação do usuário geralmente é caracterizada em uma avaliação de resultados, onde se encontra associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção, sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo. Quando se trata da qualidade do processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário; na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos. A satisfação dos usuários, constitui-se em um componente da aceitabilidade social, que representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população.

A consistência desse resultado acima foi verificada através da média e desvio-padrão dos 8 itens que compõem a escala de validade apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das médias e desvios sobre oito itens que compõe a escala de validade concomitante da satisfação dos usuários. João Pessoa, 2009.

Questões	Médias	Desvio Padrão
28. Se um amigo (a) ou parente seu estivesse precisando desde mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou a ela a Terapia Comunitária?	4,8990	0,3021
27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria à Terapia Comunitária?	4,8586	0,3493
15. Você obteve na Terapia Comunitária o tipo apoio que você achava que precisava?	4,7172	0,4515
12. O apoio que você recebeu na TC ajudou você a lidar mais eficazmente com seus problemas?	4,7020	0,5492
23. Como você classificaria a qualidade do acolhimento que você recebeu na Terapia Comunitária?	4,5960	0,4919
29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?	4,5051	0,5012
24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à qualidade da ajuda que você recebeu na Terapia Comunitária?	4,4798	0,5009
10. Até que ponto a escuta do terapeuta, e a fala dos outros participantes, ajudou na satisfação de suas necessidades?	4,2626	0,4412

Conforme os dados apresentados na Tabela 5, a média variou entre 4,2 e 4,8 no constructo, bem como um desvio padrão entre 0,3 e 0,5. O Alfa de Cronbach encontrado foi 0,7187, revelando consistência interna e, por sua vez, uma validade do constructo de satisfação dos usuários verdadeira em relação à TC. Esse fato, leva a inferência que a TC possui uma validade concomitante verdadeira, ou seja, os participantes estão satisfeitos com as rodas de terapia na comunidade.

Esses dados revelam que a TC pode ser considerada como uma tecnologia leve de cuidado. De acordo com a definição de Merhy (2009), para o êxito desse modelo é necessário a integração das ações de uma equipe multidisciplinar comprometida em desenvolver estratégias para resolver os problemas de saúde da população, fazendo com que esses serviços tornem o usuário incluso, participativo, nas intervenções realizadas pelos profissionais em relação a sua necessidade.

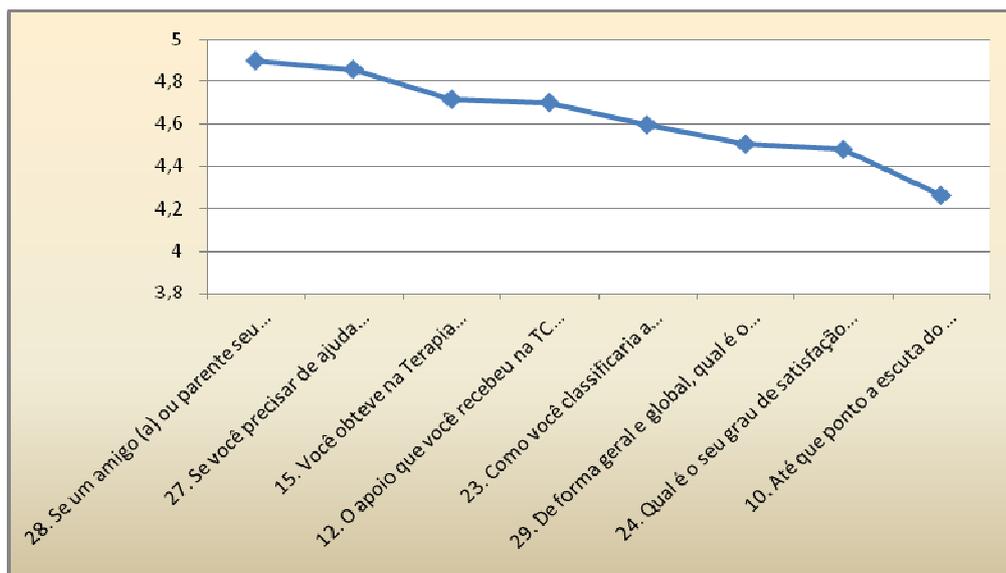


Gráfico 2: Distribuição curva descendente, segundo a média, dos oito itens que medem a validade concomitante no que diz respeito ao grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.

Em relação à saúde mental, no âmbito da Atenção Básica de Saúde, a TC tem beneficiado seus participantes, trazendo-lhes sentimentos de **satisfação** no atendimento de suas necessidades de escuta, acolhimento, formação de vínculos contemplada no palco do acontecimento da TC e também, acima de tudo, o sentimento de pertença fortalecido por meio da ajuda recebida dos terapeutas comunitários e da comunidade.

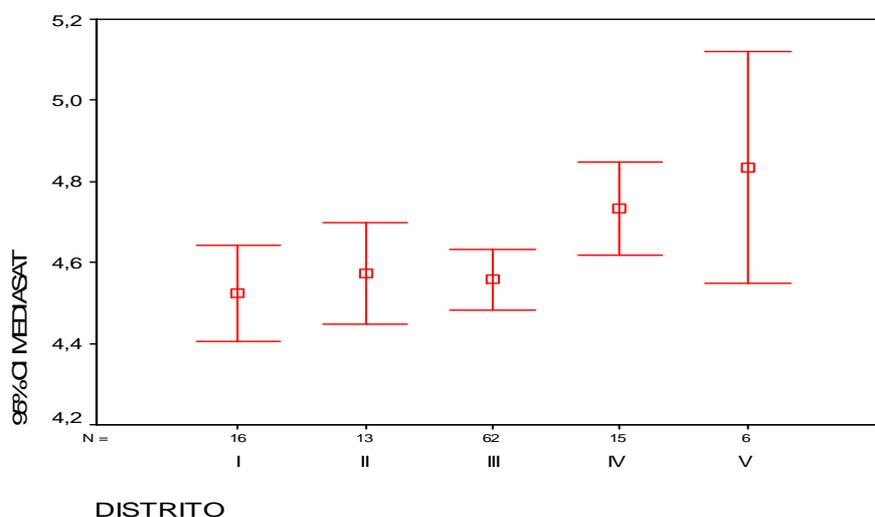


Gráfico 3: Distribuição da média do grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária, segundo os Distrito Sanitários. João Pessoa/PB, 2009.

O Gráfico 3 mostra que o Distrito Sanitário (DS) V revelou maior grau de satisfação em relação à TC, seguido do DS IV. Esse fato pode estar relacionado à vivência dos terapeutas comunitários que partilha formas diferentes de realizar a TC em cada comunidade da cidade de João Pessoa/PB aliado à incorporação dessa ferramenta na vida dos moradores da comunidade. Isso mostra que a TC se configura como uma tecnologia de cuidado na Atenção Básica de Saúde, uma vez que se utiliza das habilidades da comunidade e das equipes de saúde que se encontram responsáveis pelo cuidado.

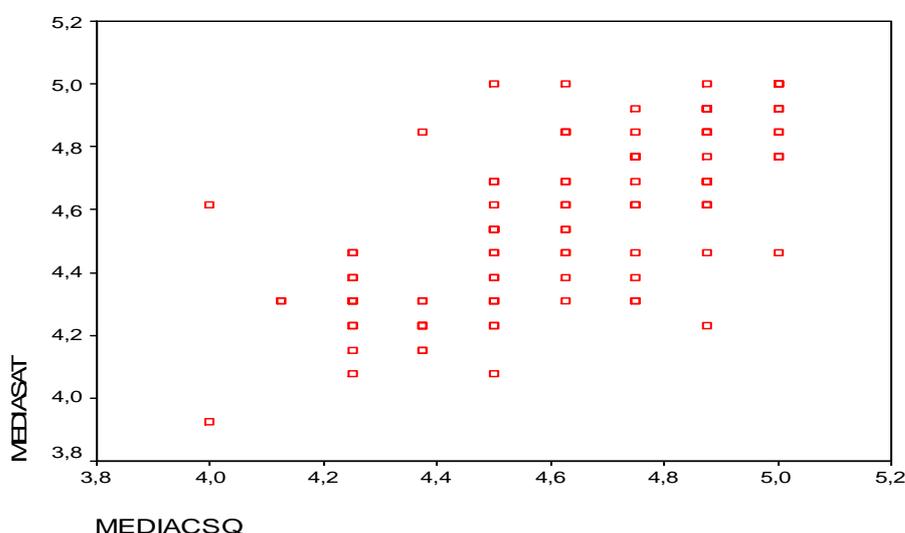


Gráfico 4: Distribuição da média do grau de satisfação, segundo a escala de validade concomitante em relação à Terapia Comunitária. João Pessoa/PB, 2009.

O Gráfico 4 mostra que a média de satisfação *versus* validade concomitante da escala, o qual revela pontos de distribuição espacial que variaram entre e 4 e 5. Isso leva a afirmação da presença de aspectos positivos em relação a satisfação da TC pelos participantes, constituindo-se em uma ferramenta de cuidado com foco na prevenção do adoecimento mental na perspectiva do cuidar horizontalizado.

Rocha et al (2008) afirmam que refletir acerca do cuidado na perspectiva dessa tecnologia leva a repensar a inerente habilidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando a uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal.

Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços (nesse caso da TC) e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (TRAD et al, 2002).

4.1.2 Satisfação em relação à TC: acessibilidade, encaminhamentos, ambiente físico e controle social

A escala Satis-BR possui também 13 itens descritivos que revelam aspectos importantes para compreender o grau de satisfação em relação à TC, tais como: razões pelas quais o usuário escolheu o serviço em questão e o tipo de encaminhamento ocorrido; o tipo de transporte usado, a facilidade de locomoção e o tempo gasto para chegar até o serviço; sua percepção sobre o problema que o levou a procurar o serviço; a duração do seu tratamento no serviço; sua percepção a respeito de sua participação na avaliação das atividades da instituição; sua percepção sobre a participação de sua família no tratamento; sua percepção sobre a necessidade de melhorias no serviço. Vale lembrar, que os referidos aspectos estão relacionados ao grau de acessibilidade junto aos serviços de saúde onde ocorre a Terapia Comunitária. Esses dados estão revelados na Tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das frequências sobre os itens descritivos do Satis-Br, segundo os participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB.

Itens	Categoria	N	%
1 – Encaminhamento ao serviço onde ocorre a TC	Minha própria decisão	36	18,2
	Um amigo	28	14,1
	Um médico/terapeuta	108	54,5
	Um serviço de referência	14	7,1
	Outros	12	6,1
2 – Transporte usado para chegar a este serviço	Transporte (público, próprio, amigos)	13	6,6
	Caminhada	177	89,4
	Outros	08	4,0
3 – Tempo gasto de sua casa até à Terapia Comunitária	0-15 min	164	82,8
	16-30 min	26	13,1
	Acima de 30 min	08	4,1
4 – Facilidade para chegar à Terapia Comunitária	Mais ou menos	22	11,1
	Fácil	86	43,4
	Muito Fácil	76	38,4
	Outros	14	7,1
7 – Problema falado na TC	Um problema físico de saúde	33	16,7
	Um problema psicológico	27	13,6
	Um problema familiar	62	31,3
	Um problema social	24	12,1
	Um problema financeiro e trabalho	28	14,2
	Outros	24	12,6
9a – Primeiro encontro na Terapia Comunitária	Sim	38	19,2
	Não	160	80,8

(Continua...)

Tabela 6: Distribuição das frequências sobre os itens descritivos do Satis-Br, segundo os participantes da Terapia Comunitária. João Pessoa/PB. (Continuação...)

9b – Tempo que frequenta a TC	2 meses	49	24,7
	4 meses	23	11,6
	6 meses	26	13,1
	Mais de 6 meses	100	50,5
12a–Necessidade de encaminhamento para outros serviços	Sim	10	5,1
	Não	188	94,9
12b – Para onde você foi encaminhado	Ação Social	03	1,5
	Psicólogo	03	1,5
	Outros	04	1,5
18 – Motivos de escolha pelas rodas de Terapia Comunitária	A TC foi fortemente recomendado por alguém	64	32,3
	Eu conhecia alguém que estava indo para as rodas de TC	36	18,2
	Eu confiei na recomendação da pessoa que referiu a TC	67	33,8
	Estava dentro de minhas possibilidades	21	10,6
	Outros	10	5,1
19 – Está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos na Terapia Comunitária	Indiferente	03	1,5
	Favorável	72	36,4
	Muito favorável	123	62,1
22 – Participação no processo de avaliação da Terapia Comunitária	De acordo	102	51,5
	Totalmente de acordo	96	48,5
32 – O local onde ocorre a Terapia Comunitária poderia ser melhorado	Sim	86	43,4
	Não	112	56,6

Através da identificação da pessoa responsável pelo encaminhamento do usuário do serviço de saúde para a TC, constatou-se que no município de João Pessoa, a TC já é reconhecida como estratégia de cuidado na Atenção Básica de Saúde. Isso mostra que a terapia é uma atividade complementar ao atendimento médico e que pode ser referenciada para aquelas pessoas que necessitam de apoio psicossocial. Em João Pessoa, existem terapeutas de diversas categorias profissionais: Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras, odontólogos, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outras. A maioria desses profissionais está na rede básica de saúde, onde existe uma grande demanda de pessoas com problemas de naturezas diversas, em busca de remédios para a cura de suas doenças. Essa realidade não difere da de outros municípios brasileiros: onde antes não existia médicos, atualmente há médicos e remédios, mas não curam a dor da alma dos excluídos, que sofrem da síndrome da miséria psíquica manifestada pela baixa autoestima, insegurança e sensação de abandono (BARRETO, 2005).

A TC foi implantada, não exclusivamente, nos contextos de populações esquecidas e marginalizadas socialmente. Portanto, tratava-se de dar uma resposta mais humana para aqueles que peregrinavam nos consultórios das USF, sem encontrar remédios para a sua dor. Diminuir essa peregrinação era uma das metas dos seus idealizadores no município. Assim, os locais de realização da TC deveriam ficar cada vez mais próximos dos seus participantes para garantir a facilidade no acesso ao serviço.

A acessibilidade constitui um atributo dos serviços bastante valorizado pelos usuários, o que gera categorias de satisfação. Partindo desse entendimento, os serviços de saúde baseiam-se em três princípios: atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho descentralizando a atenção do médico, para formação de uma equipe multiprofissional; qualificação para a relação profissional-usuário a partir de métodos humanitários de solidariedade e cidadania (MERHY, 2009).

Pode-se perceber que apenas 33 (16,7 %) dos participantes consideravam que o seu problema, estava na esfera do corpo físico. A maioria, 155 (83, 3%), percebia que seu problema relacionava-se a outros aspectos tais, como: familiar, psicológico, social, financeiro e de trabalho. Isso mostra que os Serviços de Atenção

Básica precisam estar preparados para atender essa demanda e que os profissionais necessitam saber lidar com questões do cotidiano que afetam diretamente a saúde das pessoas, gerando quadros de hipertensão, insônia, transtornos da ansiedade, gastrites, entre outras enfermidades.

É importante destacar que, 160 (80,8%) dos entrevistados não tratava do primeiro encontro na roda de TC; 100 (50,5%) frequentavam a TC há mais de 6 meses e que 188 (94,9%) não precisaram ou de encaminhamento depois dos encontros de TC.

Quanto aos motivos que levaram a pessoa a procurar a TC, 67 (33,8%) afirmaram ter confiança na recomendação dada sobre a TC, 64 (32,3%) foram fortemente influenciada por alguém, seguidas de 36 (18,2%) que tinham alguém conhecido que freqüentava as rodas de TC.

No que se refere ao envolvimento das famílias e dos parentes na TC, 123 (62,1%) participantes afirmaram serem muito favoráveis, seguidos de 72 (36,4%) que são favoráveis; 102 (51,5%) está de acordo com o processo de avaliação da TC, seguido de 96 (48,5%) que são totalmente de acordo; 112 (56,6%) verbalizaram que o local onde ocorre a TC não precisa ser melhorado, embora se tenha conhecimento de outros locais onde a TC é realizada que do ponto de vista dos profissionais merece ser melhorado.

No tocante aos problemas relatados nos encontros de terapia comunitária, 62 (31,3%) da amostra verbalizaram problema familiar; 160 (80,8%) não se tratava do primeiro encontro da TC; 100 (50,5%) frequenta há mais de 6 meses; 188 (94,9%) não precisou de encaminhamento nos encontros de TC.

A família vem se mantendo ao longo da história da humanidade como instituição social permanente, em virtude de sua capacidade de mudança/adaptação, resistência e por receber valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram. Este fato é enriquecido pelas condições que empurram a família para organizar o seu viver, num contínuo crescente, em direção à esfera privada, tornando-se modelo hegemônico de família, nas sociedades industriais modernas, o da família conjugal burguesa. Na esfera política havia o interesse em reverter a alta mortalidade infantil que produzia crescimento negativo de cidadãos; requisitava-se corpos saudáveis para o processo de industrialização emergente, havendo também o interesse no controle das condições sanitárias, precarizadas pelo viver das pessoas nas ruas (RIBEIRO, 2004).

Quanto aos motivos que levaram a pessoa a procurar a TC, 67 (33,8%) afirmaram ter confiança na recomendação dada sobre a TC, 64 (32,3%) foi fortemente recomendada por alguém, seguido de 36 (18,2%) ter alguém conhecido que ia as rodas de TC.

A atenção integral e o cuidado dispensado aos grupos que sofrem as conseqüências dos processos de exclusão social devem rejeitar a visão de que as diferenças criadas, e normalmente incorporadas por meio do estigma e da rejeição, constituam barreiras às ações em saúde, enfim, a inclusão social, essencial à vida, deve prevalecer nas concepções e nas práticas dos serviços, produzindo ações que mantenham a saúde de forma integral e promovam a capacidade dos sujeitos na recuperação de sua autonomia e responsabilidade (CARNEIRO JUNIOR et al, 2006).

No que se refere ao envolvimento das famílias e dos parentes na TC, 123 (62,1%) afirmaram ser muito favorável, seguido de 72 (36,4%) que são favoráveis; 102 (51,5%) da amostra estão de acordo com o processo de avaliação da TC, seguido de 96 (48,5%) que são totalmente de acordo; 112 (56,6%) verbalizaram que o local onde ocorre a TC não precisa ser melhorado. Embora se tenha conhecimento de outros locais onde a TC é realizada que do ponto de vista dos profissionais merece ser melhorado.

O local onde ocorrem as rodas TC, deve prover nos usuários a qualidade e, por sua vez, influencia os seus resultados positivos, determinada através de fatores como nível de relacionamento profissional; capacidade do paciente comunicar seus sintomas; a duração do encontro e qualidade da relação de profissional-usuário. Estes fatores podem ser utilizados junto aos pacientes com sintomas psicológicos, especialmente as desordens mentais, que esperam no momento do atendimento uma satisfação no âmbito do cuidar (GÓMEZ-RESTREPO et al, 2006).

O componente do Satis-BR, elenca ainda as características sócio-demográficas dos entrevistados, que no presente estudo foram traçadas a partir das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, jornada de trabalho, tipo de moradia e convivência, conforme evidencia a Tabela 7.

Tabela 7: Caracterização da amostra segundo descrição sócio-demográfica. João Pessoa/PB, 2009.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	25	12,6
	Feminino	173	87,4
Faixa Etária	15–20	15	7,6
	21–40	49	24,7
	41–60	71	35,9
	61 ⁺	63	31,8
Estado Civil	Solteiro	55	27,8
	Casado	86	43,4
	Separado	16	8,1
	Divorciado	09	4,5
	Viúvo	32	16,2
Moradia	Casa/apartamento própria	141	71,2
	Casa/apartamento alugado	15	7,6
	Casa dos pais ou outros familiares	16	8,1
	Casa dos pais	22	11,1
	Pensão (alimentação e moradia)	04	2,0
Escolaridade	Sem escolaridade	18	9,1
	Escola elementar (1º grau)	106	53,5
	Escola secundária (2º grau)	48	24,2
	Curso técnico	08	4,0
	Universidade	16	8,1
	Pós-graduação	02	1,0
Jornada de Trabalho	Integral remunerada	43	21,7
	Parcial remunerada	14	7,1
	Integral não-remunerada	01	0,5
	Parcial não-remunerada	07	3,5
	Não trabalha	133	67,2
Convivência	Sozinho	11	5,6
	Cônjuge	80	40,4
	Com filho/filha	54	27,3
	Outros membros da família	33	16,7
	Amigo (s), fora do ambiente institucional	01	0,5
	Amigo (s), dentro do ambiente institucional	02	1,0
	Mãe, Pai	17	8,6

A apuração da amostra (198) se encontra revelado na Tabela 7, dando-se subsídios para que possa identificar que a maioria foi formada por mulheres 173

(87,4%); faixa etária entre 41 a 60 anos 71 (35,9%) e na faixa acima de 61 anos 63 (31,8%); estado civil casado 86 (43,4%); 141 (71,2%) dos entrevistados moram em casa/apartamento próprio; quanto à escolaridade 106 (53,5%) possui ensino referente à escola elementar (1º grau); no que diz respeito à jornada de trabalho 133 (67,2%) não trabalha e por último quanto à convivência 80 (40,4%) moram com o cônjuge.

Os dados revelam as características dos participantes da Terapia Comunitária, mostra que o quantitativo de mulheres nas rodas de TC, é maior do que o de homens e que estas possuem diferentes níveis de escolaridade, porém nenhuma delas é considerada analfabeta. Na faixa etária predominou pessoas em idade adulta, que possuem moradia própria e geralmente convivem com mais de 1 pessoa da família; mais da metade da amostra revelou que não trabalha. Esses dados leva a inferir que são as mulheres, donas de casa, que mais participam dos encontros de TC, escolhendo esse espaço coletivo para a partilha de sofrimentos e preocupações advindas do cotidiano.

Para Ribeiro et al (2006) os indivíduos atendidos pelo SUS apresentam como características sociodemográficas o predomínio de mulheres e idosos em proporções semelhantes às observadas para o total de atendidos; predomínio de pretos e pardos; baixa escolaridade. As características sociodemográficas dos indivíduos que procuraram atendimento apontam para maior dificuldade de acesso entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas.

Embora já existam mudanças de comportamento entre os homens na sociedade, culturalmente o cuidado com a família ainda está sob o encargo da mulher e os serviços não dispõem de ações de saúde específicas para o grupo masculino. As rodas de terapia geralmente acontecem no horário diurno onde junta-se mais pessoas que não estão trabalhando. As USF não funcionam em horário noturno, o que dificulta o acesso dos que trabalham no horário diurno. Sabemos que a saúde do homem tem sido motivo de preocupação de gestores do SUS, mas necessário se faz oferecer serviços que contemplem ações de cuidado voltado para os problemas de uso abusivo de álcool, stress, violência entre outros.

Diante dessa realidade pode-se dizer que as políticas de saúde ainda possuem caráter excludente no que tange aos aspectos do cuidado com o gênero masculino, pois pouco tem sido feito para incluir esta população no cuidado preventivo com a saúde. Entretanto, homens e mulheres deveriam ser igualmente

responsáveis pelo cuidado com a saúde da família, pois ambos são importantes e são co-partícipes na manutenção da saúde de suas famílias.

Guimarães (2004) afirma que a família contemporânea vem passando por uma profunda crise de identidade e de valores, onde os papéis assumidos pelos membros da família, definidos historicamente, estão sendo sacudidos pelas mudanças econômicas, sociais, culturais e educacionais, de modo que passam a refletir em seus membros a busca de novos lugares, ou da recuperação do espaço anteriormente assumido.

No que diz respeito à situação de trabalho, segundo Carneiro Junior et al, (2006) os aspectos sócio-demográficos podem ser observados segmentos sociais, onde os processos de exclusão são refletidos por meio da ausência de emprego para populações com baixo nível de escolaridade e com pouca formação profissional. As donas de casa, diferente das domésticas, não possuem salário. Elas passam o dia cuidando da família e do lar e muitas vezes não recebe nem o reconhecimento dos filhos e do marido. A TC torna-se para ela um lugar de encontro, de lazer, de fala e escuta de histórias de vida, muito similar a sua própria história.

Na contemporaneidade, a mulher tem exercido uma diversidade de papéis culturais, seja como cuidadora e mantenedora do lar, como empresária, administradora e provedora de serviços. Contudo, essa diversidade de papéis, resultado do processo emancipatório da mulher, não foi acompanhado de políticas públicas no âmbito da economia e da saúde, para preservar a sua qualidade de vida.

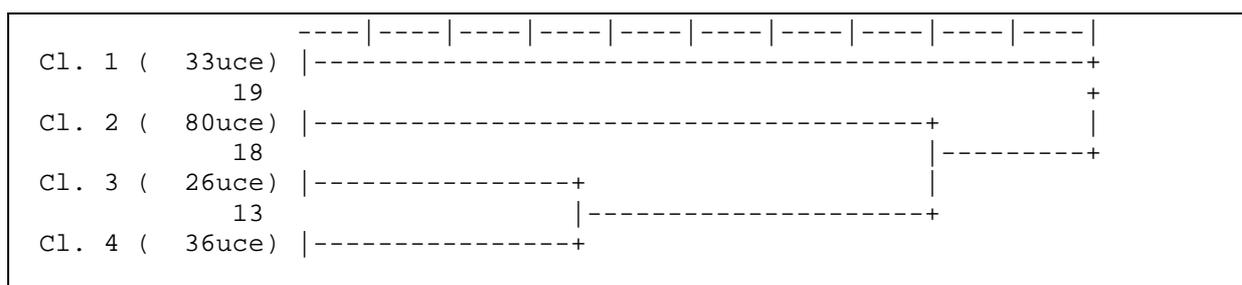
O processo saúde-doença desse contingente populacional é marcado por situações de sofrimento caracterizadas pelo stress constante, independente do papel que ela ocupa socialmente. Desse modo, a Estratégia Saúde da Família vem buscando superar as fragilidades, ainda existentes no que diz respeito ao cuidado com a saúde da mulher. Diante disso, é imprescindível que as pesquisas de saúde mental com mulheres levem em consideração o complexo contexto que as envolve (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007).

4.2 A TC com instrumento de inclusão na atenção básica de saúde: construção da teia solidária

O *corpus* formado por 198 Unidades de Contexto Inicial (UCI) ou entrevistas, emergidas após análise, utilizando-se o programa informático Alceste, verificou-se que o referido corpus foi dividido em 204 Unidades de Contexto Elementar (UCE), correspondendo a 100% do material analisado, dentre estas, 175 UCE foram classificadas, com um aproveitamento de 85,78%.

O material empírico analisado revelou um dendograma formado por quatro classes, apresentadas na Figura 2, contemplando quatro classes/categorias definidas a partir do material analisado.

Figura 2. Dendograma – Classificação Hierárquica Descendente



O dendograma, encontra-se representado por quatro classes estáveis, fruto da classificação hierárquica descendente (CHD), seus conteúdos relacionados nas interclasses.

As quatro classes apresentadas na Figura 2 revelam uma interdependência na conjuntura da Terapia Comunitária, pois o cuidado trabalhado na perspectiva horizontal promove sentimentos de bem estar na comunidade, proporcionando a construção de vínculos solidários e por sua vez a formação do sentimento de empoderamento.

Essa interdependência resgata a integralidade do cuidado à saúde mental, possibilitando o atendimento das necessidades dos usuários, quando se encontram esgotados todos os recursos assistenciais disponíveis na ESF. A referida integralidade age com solidariedade e compromisso no cuidado ao usuário, resolução dos problemas, conhecimento técnico do profissional, ação acolhedora e a formação do vínculo que se estabelece com o usuário, aproximando-o da equipe de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

As classes e seus significados.

As quatro classes ou categorias são descritas e denominadas conforme conteúdos semânticos em seguidas, as quais serão apresentadas e comentadas, exemplificando-as com temas correspondendo a cada uma.

Quadro 2. Distribuição das classes/categorias semânticas.

Classes/Categorias Semânticas	
Classe 1	Escuta no cuidar horizontalizado
Classe 2	Sentimento de bem estar
Classe 3	Construção de vínculos solidários
Classe 4	Sentimento de empoderamento

A **Classe 1: Escuta no cuidar horizontalizado**, formada pelas 33 UCEs, representa 18,86% das UCEs classificadas, segundo mostra a Tabela 8.

Tabela 8: Distribuição das palavras significativas da classe 1.

Palavra	Frequência	χ^2
Aprendi	04	6,99
Consegui	04	12,58
Contar	04	17,61
Esquecer	05	22,15
Escuta	09	23,29
História	06	26,73
Pessoas	10	30,94
Rodas	15	43,10

Pode-se observar, que depois dos encontros de TC, que as partes do coletivo passam a se constituir importantes um para o outro, em um processo de relacionamento contínuo e dinâmico, como pode ser revelado nas falas exemplificadas a seguir.

[...] escutar mais foi uma coisa que aprendi nas rodas de terapia comunitária [...] acabamos por absorver as histórias contadas pelas pessoas nas rodas de terapia comunitária [...] na terapia comunitária temos a oportunidade de falar e de escutar a história do outro, porque todo mundo aprende muito com isso [...] sinto que na terapia comunitária as pessoas realmente nos entendem [...] eu acho que à

medida que as pessoas contam suas histórias na terapia comunitária crescemos um pouco com cada experiência [...] acho que muitas pessoas só precisam ser escutadas e a terapia comunitária proporciona este espaço de escuta dos problemas do cotidiano [...].

Observa-se nos exemplos citados que os participantes da TC enfatizam aspectos associados a: *esquecer, escuta, história, pessoas e rodas* o que reflete o poder agregador dessa terapia, em seus momentos de escuta e fala na comunidade, entendida em atributos importantes de escuta, história de vida, nas rodas formadas pelas pessoas a fim de partilhar as alegrias e sofrimentos.

A escuta das histórias de vida de cada pessoa concorre para que todos se tornem co-responsáveis pela superação dos desafios do dia-a-dia, despertando para a solidariedade, a partilha, valorizando-se a dinâmica interna de cada ser humano; bem como sua capacidade de transformação social e coletiva, promovendo uma cultura de paz, podendo esta ser pautada na experiência da espiritualização (ALVES; ELÓIS, 2005).

Dentre as ferramentas utilizadas na produção do cuidado, a TC apresenta-se como uma tecnologia leve, capaz de construir vínculos solidários, acolhimento e responsabilizações, produzindo transformações nas práticas de saúde.

Para Merhy (1997), a tecnologia leve diz respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado, em que os profissionais colocam em primeiro plano o diálogo e a escuta, valorizando o acolhimento durante o atendimento ao usuário. A tecnologia das relações compreende um dispositivo de atendimento humanizado a fim de atender as necessidades dos usuários nos atributos de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Na **Classe 2: Sentimento de bem estar**, constituída por 80 UCEs, equivalente a 45,71% das UCEs classificadas, onde são apresentados os dados na Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição palavras significativas da classe 2.

Palavra	Frequência	χ^2
Acredito	08	7,13
Quando	18	11,30
Gosto	21	9,99
Irei	15	11,44

Bem	23	12,31
Sinto	22	21,02
Muito bom	13	8,96

A Tabela 9 apresenta as palavras mais significativas para a construção dessa classe com as palavras: *quando*, *gosto*, *bem* e *sinto*. Esses dados podem revelar o desprendimento e sentimento de bem estar nos participantes da TC não apenas enquanto uma estratégia implantada na atenção básica, ao mesmo tempo, denota uma ferramenta de cuidado da saúde mental, atestada nas falas apresentadas a seguir.

[...] na terapia comunitária sempre me sinto querida, acredito que eles também iriam se sentir assim [...] ir a terapia comunitária faz muito bem a saúde, sempre me sinto melhor quando vou [...] só levamos coisas boas da terapia comunitária, acho que eles iriam gostar [...] acho que se eles frequentarem a terapia comunitária irão se sentir tão bem quanto eu me sinto [...] a terapia comunitária é muito boa para mim [...] desperta em nós a humanidade que deixamos de lado, felicidade e o sentimento que ela nos causa [...] quando vou a terapia comunitária sempre me sinto muito bem, é uma coisa da qual eu tenho prazer de participar [...].

Esses dados levam a compreender que na TC cada componente do grupo é visto como um ser repleto de conhecimentos e sentimentos, em que se trabalhando o diálogo aberto e reflexivo sobre seus anseios, seus medos no grupo, ocorre a troca de saberes, gerando pontos importantes na identidade humana, como o prazer de viver e de se sentir bem, e com isso, outros sentimentos como a felicidade, conforto e segurança (ROCHA, 2009).

O sentimento de bem estar é considerado no acolhimento em saúde, um bom recebimento capaz de gerar sentimentos positivos com uma escuta qualificada, objetivando o empenho na resolutividade das necessidades do usuário; o profissional estará promovendo um bem estar ao usuário e com isso, promoverá também a confiança deste, bem como a consolidação da TC na Atenção Básica de Saúde.

A **Classe 3: Construção de vínculos solidários**, constituída por 26 UCEs, equivalente a 14,86% das UCEs classificadas, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10: Distribuição das palavras significativas à classe 3.

Palavra	Frequência	χ^2
Ajuda	21	83,29
Amigos	02	4,00
Consegui	04	10,31
Grande	07	16,88
Ganhar	04	17,27
Precisar	11	31,21
Vida	05	5,23

Na Tabela 10, podem-se evidenciar as palavras que mais contribuíram para a formação dessa classe, de maior significado, como: *ajuda*, *grande*, *ganhar* e *precisar*, onde revelam a formação de vínculos solidários na comunidade, presentes nas falas:

[...] a vida ganha uma grande ajuda com a terapia comunitária parece que tudo melhora [...] consegui me dar a ajuda que precisava, no momento certo, assim eu sempre recomendo [...] quando colocamos os nossos problemas sempre ganhamos uma grande ajuda [...] todo mundo se preocupa em ajudar o outro rede de amizade muito grande [...] além de ajuda, também ganhei muitos amigos [...] participar da terapia comunitária me ajudou a olhar a vida de uma forma diferente [...] estou muito satisfeito com a ajuda que recebi na terapia comunitária [...] o bom é que, além de desabafar, também fiz grandes amigos na terapia comunitária [...].

Neste sentido, percebe-se que a modalidade de ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território, ocorre de modo que o cuidado se dá o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente. Este aspecto é importante para que seja possível a retomada de sua história de vida e a compreensão de seu processo de adoecimento. Além disso, deve-se fazer presente a utilização da concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Saberes e as práticas somente técnicos devem se articular; à construção de um processo de valorização da subjetividade e, assim, os serviços de saúde podem se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2007).

A TC possibilita a criação de uma teia de relação social que potencializa as trocas de experiências, o resgate das habilidades e a superação das adversidades

baseados na formação de recursos sócioemocionais e na conquista de poder individual e coletivo.

Os vínculos permitem a construção e o fortalecimento de uma rede solidária. A institucionalização dessa rede diz respeito a um padrão de interdependência em que os atores envolvidos no processo descrevem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas em busca dos objetivos comuns. Essa constituição da rede resulta potencial de transformação social, cujos atores e organizações envolvidas podem promover mudanças nos padrões de identidade humana (TEIXEIRA; FLEURY, 2007).

A **Classe 4: Sentimento de empoderamento**, representada por 36 UCEs, equivalente a 20,57% das UCEs classificadas, onde se pode observar as palavras mais significativas para essa classe destacadas na Tabela 11.

Tabela 11: Distribuição das palavras significativas à classe 4.

Palavra	Frequência	χ^2
Enfrentar	03	11,79
Penso	06	5,62
Fala	09	15,61
Fico	05	11,54
Poder	08	14,42
Problema	28	94,56
Resolver	05	19,87

A Tabela 11 apresenta conteúdos acerca das manifestações de empoderamento conformadas pelas palavras: *enfrentar*, *poder*, *problema* e *resolver*, podendo ser verificado nas falas:

[...] ao ver os problemas dos outros acabamos por ficar fortes, sempre aprendo muito na terapia comunitária [...] quando despejamos os problemas e choramos na terapia comunitária, ficamos mais aliviados [...] a medida que falamos sobre os nossos problemas ficamos mais aliviados [...] a terapia comunitária é um espaço onde podemos falar dos nossos problemas livremente, eles possivelmente gostariam de participar [...] um dos maiores ensinamentos que obtive na terapia comunitária foi como enfrentar os meus problemas, onde todos deveriam participar e aprender esta lição [...] os nossos problemas e angústias são abordados na terapia comunitária, muitas vezes acabamos nos identificando com os

problemas dos outros [...] lá na terapia comunitária podemos falar livremente sobre o nosso sofrimento, por que isso alivia [...]

Pode-se inferir que, nos momentos de fala e escuta que ocorrem nos encontros de TC, o autorreconhecimento, a aceitação das fragilidades e o modo decisório e a fortaleza podem emergir na constituição humana. Na TC, a comunidade passa a ser o elo de fortaleza e empoderamento dos usuários atendidos naquele espaço geográfico, consideradas suas semelhanças e diferenças (HOLANDA, DIAS, FERREIRA FILHA, 2007).

Esses encontros geram um sentimento de pertença que impulsiona o usuário a ser o ator de sua própria história de vida, tornando-o capaz de identificar suas necessidades emocionais e, com isso, intervir sobre elas na construção de estratégias de enfrentamento, gerando o empoderamento nos usuários que participam dos encontros de TC.

Para garantir a construção de práticas de empoderamento, faz-se necessário mudar o modelo assistencial. Para tanto, exige-se uma reversão das tecnologias do cuidado a serem usadas na promoção da saúde em um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves. É preciso haver condição de um serviço produtor do cuidado, conforme afirma Franco; Magalhães Júnior (2004), p. 32:

“a produção do cuidado é vista de forma de sistema integrado aos demais níveis assistenciais. Assim todos os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiados pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência”.

Partindo da visão que se tem de tecnologias em saúde, pode-se afirmar que os profissionais precisam atuar no campo no qual operam as tecnologias leves, com articulações dos outros tipos de tecnologia oferecidos pelos serviços de saúde (PINHEIRO; GOMES, 2005).

Desse modo, a TC vem se constituindo de fato em uma tecnologia de cuidado à saúde mental, pois trabalha a realidade cotidiana da população em seu contexto social e as formas de valorização pessoal vivenciadas no grupo de TC, sendo esses valores são trabalhados continuamente, impulsionando o desenvolvimento de relações humanizadoras; assim como, mobilizando recursos sociais e culturais na comunidade, melhorando a qualidade da vida dos usuários do Sistema Único de

Saúde (SUS) e, por sua vez, promovendo a inclusão social de ações de saúde mental na Atenção Básica de Saúde.

4.3 Terapia Comunitária: fortalecimento do cuidado da saúde mental na Atenção Básica de Saúde

A assistência em saúde mental encontra suporte no modelo hospitalocêntrico, desde os anos 1980. Esse processo, conhecido como desinstitucionalização em Saúde Mental ou Reforma Psiquiátrica, tem recebido a atenção de governantes e profissionais da área, respaldados nas Conferências de Saúde Mental, na legislação e nas portarias ministeriais, sabendo que um marco teórico importante na área da Saúde Mental para a América Latina é a Declaração de Caracas, que condena a exclusividade dada, até então, aos hospitais psiquiátricos como única forma de assistência às pessoas portadoras de um transtorno mental (OMS, 1990).

A proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando os sujeitos aos diferentes espaços da sociedade. A desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas pressupõe a necessidade de desinstitucionalizar o contexto, isso é, não basta apenas modificar o espaço onde o tratamento se dá, faz-se necessário modificar a lógica institucionalizante e segregadora a fim de que os novos serviços não reproduzam o saber manicomial. No entanto, para que isto de fato aconteça, é preciso desinstitucionalizar os serviços, os profissionais e a sociedade para que estes possam estar abertos à construção de um novo saber/fazer em Saúde Mental (AMARANTE, 2000).

Com desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, tem-se o surgimento do conceito de Saúde Mental como um novo objeto, superando a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da Saúde Mental. Assim, saúde mental é um conceito amplo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença (AMARANTE, 2000).

A Declaração de Caracas, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como os marcos práticos como a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), passaram a dar o embasamento legal para o desencadeamento da

Reforma Psiquiátrica. Além disso, começou-se a delinear um novo modelo assistencial de Saúde Mental, substituindo o modelo manicomial por uma rede de serviços territoriais, de base comunitária, em que os usuários têm à sua disposição equipes interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico e transformam-se em agentes e sujeitos do próprio tratamento, ostentando uma condição de dignidade na busca de sua inserção social (CONSOL; HIRDES; COSTA, 2008).

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas para fortalecimento do cuidado à saúde mental e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) que reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência, necessitando de agilidade no processo de efetivação da ESF (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos juntamente com a criação dos serviços substitutivos, que garantam, além da inclusão social, a devolução de identidade e cidadania aos portadores de sofrimento psíquico. Assim, faz-se necessário que os municípios integrem uma rede de saúde que possibilite a realização de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (BRASIL, 1994).

Nessa realidade, se encontra a ESF contemplada nesse cenário de atenção à saúde mental, vista como nível primário do cuidado, ou seja, a porta de entrada das necessidades de saúde da comunidade, estando o profissional de saúde como o implementador das tecnologias de cuidado, a fim de garantir a prevenção do adoecimento mental.

Esse profissional de saúde está inserido no trabalho e assinala a conquista de uma identidade pela qual é possível adquirir reconhecimento social, passando então o sujeito a pertencer ao mundo da cultura para nesse mundo definir um lugar e uma existência. No esforço de alcançar esse espaço e ser reconhecidos, acontece no

sujeito um elevado gasto de energia psíquica para dar conta de despojar-se de desejos e vontades em nome da civilização. Tendo como saldo um elevado custo emocional, o indivíduo é forçado a gerenciar sentimentos ambivalentes com relação ao universo profissional pertencente à área da sublimação e parcelas de pulsão que permanecem reivindicando outras formas de satisfações. Desse modo, busca-se compreender como se estabelece a relação do sujeito, sua subjetividade no contato com a atividade laborativa, permeada pelos desejos que passam por modificações em sua finalidade e para adequarem-se ao mundo social, tendo como uma das formas possíveis a sublimação, que auxilia na tentativa de aliviar a angústia gerada pelos desejos, embora sua eficácia não seja completa (BERTÃO; HASHIMOTO, 2009).

Para que haja o fortalecimento do cuidado da saúde mental na Atenção Básica de Saúde de Saúde, segundo os dados analisados dos terapeutas comunitários emergiram três categorias temáticas: *Terapia Comunitária: uma ferramenta de prevenção; Diminuição no consumo de psicofármacos e Fortalecimento da porta de entrada para a rede de saúde mental e de apoio psicossocial*, que serão discutidas em seguida.

Terapia Comunitária: uma ferramenta de prevenção

Para Sarraceno (1999) apud Amarante (2000), um trabalho de saúde mental na comunidade visa à promoção, prevenção e tratamento dos casos identificados, bem como ao melhoramento ou à manutenção da saúde da população.

A prevenção em saúde mental tem sido discutida sobre diversos aspectos, do preventivismo de Leavel e Clark ao modelo caplaniano. Contudo, neste estudo, considera-se a prevenção como uma ação que permite uma interlocução sistêmica, onde os riscos ou fatores de riscos não são vistos isoladamente, mas dentro de um contexto, histórico, político, econômico, social, cultural, enfim, onde o sujeito com seus problemas concretos do cotidiano, sente que sua saúde foi afetada, resultando em sofrimento mental.

Tal ação consiste em oferecer o espaço de escuta e acolhimento para este sujeito que sofre, permitindo que o mesmo possa expressar suas emoções sem medo de ser julgado ou criticado, ajudando a refletir sobre a sua dor e oferecendo

um espaço coletivo para troca de experiências enriquecedoras que podem iluminar na resolução do problema.

Barreto (2008) diz que a Terapia Comunitária não se propõe a resolver problemas, mas a formar redes solidárias de fortalecimento da auto-estima de pessoas, famílias e comunidades, de onde a mudança decorre. Contudo, o modelo de saúde ainda vigente nas ESF é centrado na produção do cuidado em termos de número de atendimentos realizados pelos profissionais. Nesse caso, o profissional médico é o que mais tem sofrido por não poder atender satisfatoriamente o usuário do serviço, oferecendo-lhe um espaço de escuta qualificada. Assim, diz-se que o modelo médico de atendimento está pautado na tríade: queixa, consulta, receita.

Muitas vezes, o sofrimento emocional é revelado através de queixas clínicas, algumas de origem orgânica, outras de fundo emocional, que revelam o impacto das variáveis contextuais e de situações que evidenciam o sofrimento cotidiano; tais como: falta de casa, comida, trabalho, salário digno, ausência de respeito, tolerância, dignidade, justiça e paz.

Para compreender o sofrimento mental, faz-se necessário considerar atributos importantes na sua composição, que podem funcionar como fatores de risco para o mesmo. As situações da vida cotidiana que favorecem o adoecimento são, muitas vezes, desconhecidas pelo usuário, e a equipe precisa compreender a gênese do sofrimento emocional para que o seu plano de ação possa contemplar as peculiaridades desse adoecimento. Esse sofrimento se encontra aliviado quando a fala se torna possível, como se pode verificar nos trechos a seguir.

[...] *“desde que começamos a fazer terapia na unidade com certeza houve mudanças, tem pessoas tem desabafado mais e assim aliviando o sofrimento”.*

[...] *“muitas das vezes as pessoas não sabiam do que adoeciam e na verdade elas só queriam uma palavra de apoio”.*

[...] *“embora poucas pessoas frequentem a TC percebemos naqueles que frequentam melhora significativa das queixas/ problema”.*

[...] *“Houve sim, porque com esse momento que eles tinham para falar a gente viu claramente as situações que deixavam eles doentes e como eles ficaram bem de seu sofrimento”.*

[...] *“Sem sombra de dúvida houve redução do sofrimento porque a gente começou a perceber que a tristeza melhorou muito e houve até melhor relação com a gente da unidade”.*

Cada ser humano que habita no seio da comunidade necessita ser entendido em sua individualidade e escutado na coletividade. Coletividade essa percebida no que se refere às suas experiências pessoais, profissionais, familiares, enfim, uma coletividade humana que compreende esse ser, como peça chave da sociedade, como construtor contínuo e mantenedor de vínculos sociais solidários e que, se por algum motivo esses vínculos se encontrarem fragilizados, o mesmo, naturalmente, começará a apresentar cisão em sua identidade. Uma cisão que, se não for partilhada, trabalhada e desenvolvidas estratégias para seu enfrentamento, o sujeito poderá começar a se sentir sozinho, acreditando que seu problema não tem solução e, o que é pior, enquanto ser social, não ter mais importância, de modo que começa a se refugiar em seus medos e decepções, e com isso, fechando-se em um mundo solitário. A fala a seguir é reveladora dessa situação.

[...] *“na minha área, há muitas pessoas ociosas, com ansiedade e notadamente necessitam ser ouvidas”* [...];

O adoecimento é reduzido quando pode ser partilhado, caracterizando-se não apenas em uma partilha de dores, mas de vidas, o que pode ser percebido nos fragmentos a seguir.

[...] *“A TC não deixa crescer o sofrimento que leva ao adoecimento. Nela escutamos outros relatos que nos mostram que todos possuem problemas e que somos capazes de superar;*

[...] *“A terapia, sem dúvida alguma, é uma grandiosa ferramenta curativa em saúde mental e também em prevenção. A maioria das pessoas que participa das rodas de terapias tem melhorado muito”;*

[...] *“A possibilidade do desabafo, de expor o que lhe incomoda e a certeza de que há alguém para lhe escutar, e que aqueles sofrimentos não é só seu, outros passam por essas situações, alivia!”;*

[...] *“A TC ajuda as pessoas a descobrirem que, problemas, todos têm, só mudam de endereço, e vendo dessa maneira ajudam a diminuir o seu sofrimento”;*

O sofrimento é uma condição vivenciada por toda pessoa e serve como uma fermenta de autoaproximação, levando ao autoconhecimento, a fim de viver em maior plenitude, visto que quanto maior o conhecimento que se possui de si mesmo, melhor a aceitação e formas de crescimento da identidade cultural.

O alívio do sofrimento é percebido quando a pessoa que sofre percebe que a dor diminuiu de intensidade e relevância, quando é compreendida na sua expressão oral. Expressão essa que é explanada quando da realização de situações de vida que permitam esse momento. O momento que ocorre na TC permite que as pessoas se sintam chamadas para expressar o seu sofrimento do cotidiano e, por sua vez, concorre para o alívio da dor.

O ser humano traz um sofrimento psíquico, geneticamente herdado, causado pelo excesso, em um resgate da noção freudiana de *pathos*, ingrediente central da essência do humano, de modo que a particularidade da organização psíquica de cada um deve ser compreendida como uma criação impar e única para garantir a sobrevivência da espécie. Freud ainda acrescenta que as neuroses, as perversões e as psicoses são modos de subjetivação encontrados pelo sujeito frente à desmedida pulsional (CECCARELLI, 2005).

É importante destacar que a TC não é apenas uma ferramenta de cuidado para a saúde mental do participante, mas também para o terapeuta, como se pode evidenciar a seguir:

[...] *“A TC não só ajuda os usuários a identificar as causas dos problemas, mas, especialmente, a lidar com eles. Assim como também nos fortalece como profissionais”;*

[...] *“Sim, é uma tecnologia de cuidado não apenas para os usuários, mas para nós da equipe”;*

Sabe-se que o cuidador, nesse caso o terapeuta, necessita se fortalecer cotidianamente para minimizar o seu sofrimento emocional, pois lidar com pessoas que trazem sérias dificuldades emocionais pode repercutir na sua vida, pois ninguém é tão insensível que não seja afetado pelo problema da fome, das drogas, da violência familiar, da fratura de vínculos familiares e sociais, situações de perda, entre outros. Esses problemas são revelados cotidianamente no trabalho da equipe de saúde. Trata-se de fortalecer a expressão relacional que se encontra determinada por uma existência corporal, na relação com o usuário do serviço.

Diminuição no consumo de psicofármacos

A crescente modernização traz mudanças significativas no modo de vida das pessoas, tais como aumento das desigualdades sociais, violência, miséria, desemprego, alcoolismo, competição, entre outros, que repercutem na qualidade de vida das pessoas, tornando-as ansiosas com os eventos que fazem parte do seu dia a dia, fazendo com que lancem mão de outras estratégias de enfrentamento de sua realidade, tal como o uso de psicofármacos.

A psicofarmacologia encontra-se em uma posição particular, e possivelmente, mais difícil que outros ramos da farmacologia terapêutica, uma vez que a patologia, objeto dos psicofármacos, é mais indefinida, seja pela sua origem ou pelos fatores que determinam a sua evolução (BRASIL, 1994).

Os Psicotrópicos são fármacos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo alterações de comportamento, humor e cognição (DELGADO et al, 2007). Esses medicamentos são prescritos para pessoas com sofrimento emocional e psíquico, ou com outros tipos de problemas que afetam o funcionamento da mente. Nem sempre são recomendados para serem usados como único instrumento de terapia dos pacientes, e todos os profissionais que cuidam de pessoas que usam tais medicamentos, devem avaliar especificamente as interações dos psicofármacos com outras técnicas e medidas de intervenção preventiva, terapêutica e de reabilitação, com a finalidade de fazer uma análise sobre a eficácia dos mesmos no tratamento (BRASIL, 1994).

Todos os entrevistados revelaram que houve redução no consumo de psicofármacos pelos participantes das rodas de TC. Embora ainda não existam estudos baseados em evidências que possam comprovar a confiabilidade dessa informação, esse dado aparece neste estudo como um indicador de que merece ser mais bem pesquisado. Os Terapeutas revelam:

[...] *“temos alguns relatos de que ao participar da TC melhorou a qualidade de vida, auto estima e como consequência diminuiu a dependência de medicamentos”*;

[...] *“Os usuários que freqüentam regularmente a TC não só diminuíram a vinda para USF como também alguns reduziram a quantidade de medicamentos”*;

[...] *“Sim, mas esse número ainda é muito baixo, devido a vários fatores: dependência, medo de deixar o medicamento; da prescrição médica constante e a prescrição de psicotrópicos corre com frequência. Os que iniciaram com prescrição do psiquiatra, continuam sem avaliação do mesmo pela carência desse profissional para contratação na rede e a demanda continua aumentando, o que dificulta o retorno do usuário para a devida avaliação, tornando-o cada vez mais dependente”*.

Na atualidade, o consumo crescente de psicofármacos pela população brasileira que frequenta os serviços de saúde parece estar correlacionado a problemas de ordem financeira e afetiva. Muitas vezes, o modo de lidar com problemas dessa natureza, que geram sofrimento emocional, tem sido a busca pela receita, pela droga que apazigua a dor da alma.

A TC vem funcionando como base para o desenvolvimento de redes solidárias, reforço da identidade e diversidade cultural das comunidades, uma vez que trabalha perdas, crises e valoriza as competências do indivíduo e da família. Tem na dialogicidade a essência da educação como prática da liberdade e considera que a superação passa pela vivência da emoção e identificação com o sentimento, dando possibilidade de ressignificação, objetivando assegurar o aprofundamento de questões relativas ao Eu (SILVA; BORGES, 2007).

Assim, quando a pessoa passa a conhecer a origem do seu sofrimento e, a partir de uma tomada de decisão, define suas próprias estratégias de superação, ela se libera da dor que a aprisiona e, muitas vezes, o medicamento passa a ser desnecessário. As falas dos terapeutas ilustram essa situação:

[...] *“Com certeza. Muitas viram que precisavam de ajuda psicológica e não de medicações para resolverem seus problemas”*;

[...] *“Sim, há dois casos de usuários que conheceram sua força interior a partir da TC e deixaram de fazer uso dos medicamentos”*.

É na subjetividade que se realiza o imaginário e nela se encontra a força necessária para romper com velhos dogmas. A subjetividade diz respeito a uma parte necessária do entendimento de como as pessoas manifestam a tentativa de agir no mundo, estando essa subjetividade erguida e fortalecida a cada dia por meio dos eventos da vida, além dos sentimentos, pensamentos e significados atribuídos pelas pessoas, concorrendo para a formação de uma consciência cultural e historicamente específica (ORTNER, 2007).

Dessa forma, um conceito de subjetividade é substancializado e se configura em princípios de interioridade, passando a ser pensado em termos históricos, sociais e políticos, apresentando-se contemporaneamente de cunho crítico, como alternativa a uma problematização da identidade, haja vista buscar dar conta das diferenças que se constituem no seio da sociedade (PRADO FILHO; MARTINS, 2007).

O terapeuta, como orquestrador, permite que o participante resgate sua identidade cultural, afetiva, familiar, entre outras. Ele é um despertador de lembranças, como diz o Prof. Adalberto Barreto. Cabe, portanto, ao terapeuta facilitar o processo de empoderamento, que se realiza na subjetividade em primeiro plano: *“Eu posso, eu sou capaz” !!!* Assim revela o terapeuta entrevistado:

[...] *“os sentimentos emocionais são aflorados durante a roda, as pessoas falam e aprendem a lidar com muitas situações difíceis em sua própria vida”.*

O empoderamento ocorre quando o indivíduo acredita que ele, enquanto sujeito do processo vital que ocorre de modo dinâmico, passa a pertencer a um grupo social. Esse grupo, por sua vez, é capaz de aceitar as diferenças individuais, fazendo surgir a valorização de cada ser humano e o aprendizado de conviver com a diversidade (CECCARELLI, 2005).

É importante destacar que a TC não se propõe a substituir o tratamento medicamentoso, mas a tornar-se complementar ao tratamento da pessoa em uso de psicofármacos, evitando a dependência pelo uso prolongado. Essa função da TC é percebida pelo terapeuta:

[...] *“Na atenção básica, a TC é um instrumento necessário e capaz de prevenir as doenças mentais, auxiliando ainda como coadjuvante no tratamento e recuperação em casos da saúde e conseqüentemente melhorando qualidade de vida”;*

Fortalecimento da porta de entrada para a rede de saúde mental e de apoio psicossocial

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de moléstia ou enfermidade”*, sendo resultado da influência de fatores sócio-econômico-culturais: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e facilidades em serviço de saúde. Por fim, a saúde é um processo dinâmico em que o homem luta contra as forças que tendem a alterar o equilíbrio da sua saúde (KAWAWOTO,1995).

Para que essa saúde possa ser garantida em serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece que a rede de atenção à saúde seja desenhada, respeitando os princípios organizacionais, dentre eles a hierarquização e regionalização, que estabelecem o sistema de referência e contra referência, que se faz presente quando o serviço de saúde que recebe o usuário não consegue em sua missão intrínseca dar resolutividade àquele indivíduo que espera ser atendido em suas necessidades. Isso por ser melhorado quando a TC encontra-se inserida na Atenção Básica de Saúde, conforme se pode verificar nos trechos abaixo relatados pelos terapeutas.

[...] *“ Já realizei um encaminhamento ao CAPS”;*

[...] *“Sim, há casos de encaminhamentos para CAIS e posteriormente para o CAPS infantil”;*

[...] *“Certamente, embora as pessoas ainda não estejam sensibilizadas sobre a importância do trabalho realizado pelos CAPS, ainda supervalorizam a consulta pelo psiquiatra e informam que nos CAPS dão prioridade aos que fazem acompanhamento naquele serviço” .*

A TC não é um serviço isolado no território, apesar de acontecer em diferentes espaços urbanos, e o terapeuta reconhece o seu papel de mediador e facilitador social. Muitas vezes, os problemas trazidos pelos participantes da roda são de origem econômica e social, tais como o desemprego, a dificuldade de conseguir a casa própria, insegurança no bairro, entre outros. Nesses casos, o terapeuta sabe que necessita conhecer os serviços de apoio que formam a rede no território para poder encaminhar os participantes para os setores competentes na tentativa de ajudá-los a encontrar a saída para o problema. A esse respeito, pode ser evidenciado a seguir:

[...] *“durante a TC, identificando mais facilmente as pessoas que necessitam de ajuda de outros serviços”;*

[...] *“porque as situações da TC ajudam a gente da equipe a referenciar o usuário para outro serviço” .*

Nos encontros de TC, à medida que cada tema vem sendo trabalhado, vem sendo fortalecida também a formação dos vínculos entre as pessoas. A TC tem servido como instrumento de reflexão sobre a realidade da população atendida na ESF e facilitado o trabalho dos profissionais da equipe no sentido de melhorar o relacionamento com a comunidade, no entendimento de suas necessidades.

Dessa terapia, participam pessoas de faixas etárias diferentes, tanto homens como mulheres, que podem recuperar sua autoestima por meio do reconhecimento de suas competências e habilidades construídas pela resiliência adquirida. Todos são co-responsáveis na busca de soluções, na construção de uma vida solidária e na superação dos desafios do cotidiano, que vêm promovendo ações positivas no âmbito da saúde mental, traduzidas em aspectos de empoderamento e, por sua vez, na melhoria da qualidade de vida para todos (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA; 2006).

Isso permite não apenas a formação da rede solidária, mas acima de tudo o descoberta das potencialidades e fragilidades do outro que funcionam como molas propulsoras no empoderamento dos usuários que lidam com dificuldades sociais e emocionais, reveladas através da subjetividade de todos que se fazem presentes na roda de TC.

Os terapeutas, em suas falas, revelam o resgate da riqueza de identidade humana, passando a existir a melhora da relação com os demais da comunidade, enquanto ser humano importante nesse espaço coletivo, desenvolvendo ações de sustentação diante das dificuldades que podem causar sofrimento mental àqueles que se encontram sob seus cuidados.

A TC foi evidenciada também como apoio às famílias, conforme pode ser observado a seguir:

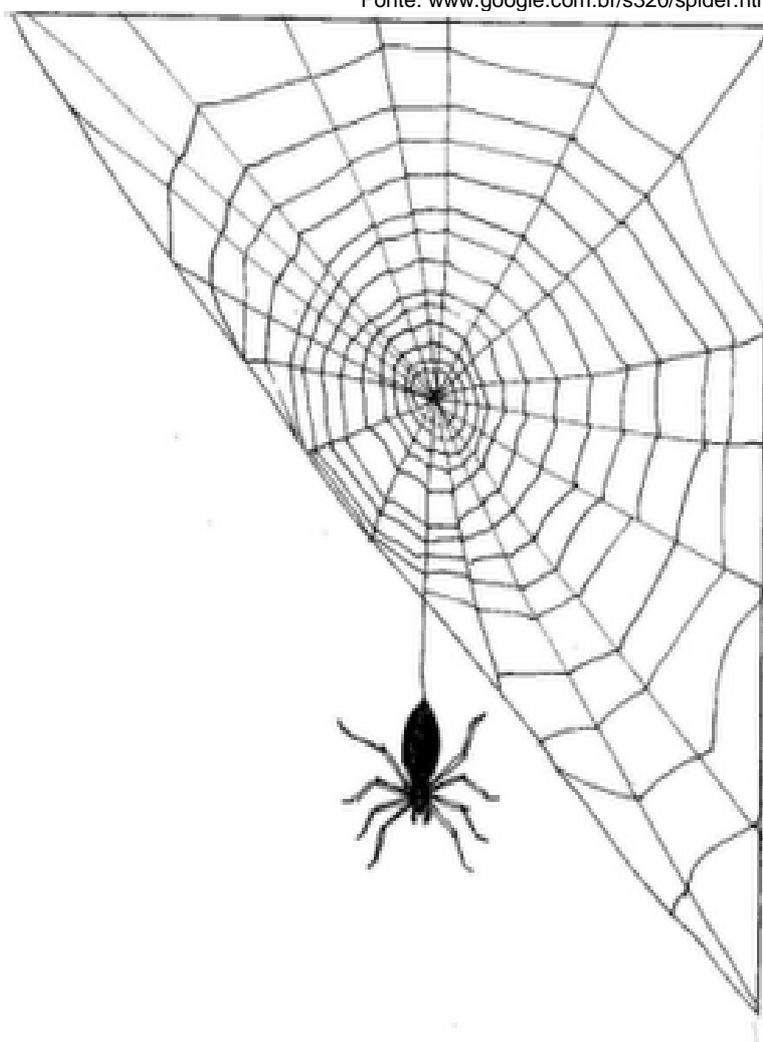
[...] *“A terapia é uma corrente de sustentação para dar apoio às famílias que sofrem. Com a prática descobri a importância da escuta e da partilha dos sofrimentos e da experiência do outro. É uma porta de oportunidades que se abre, tornando aqueles que se propõe em realizar, pessoas especiais e iluminadas”.*

A família tem sido o ponto inicial de onde emergem sofrimentos e também soluções, pois o contexto local traz um misto de relações humanas, em que o apego entre os familiares, aliado aos valores de cada elemento, passam a compor o palco dos encontros e desencontros emocionais.

A TC recebe muitas pessoas em suas rodas, mas a maioria dos relatos e partilhas está relacionada a situações familiares, entendidas não apenas em seus sofrimentos na relação de convivência, mas, principalmente, como cada pessoa se utiliza da TC para criar estratégias de fortalecimento em sua família.

Para Silveira; Vieira (2009), as concepções dos técnicos e profissionais de saúde, sobre a produção de ações em saúde mental na atenção básica, são permeadas por impasses, dado o compromisso, por exemplo, da ESF com ações de saúde comunitária e familiar. Considera-se importante privilegiar a reflexão sobre a temática da saúde mental, entendendo-a como imprescindível para a compreensão do processo saúde doença, que muitas vezes pode estar estreitamente vinculado à dor e ao sofrimento emocional.

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou medir o grau de satisfação dos participantes da Terapia Comunitária (TC) no município de João Pessoa, Estado da Paraíba, partindo da premissa que a TC se encontra implantada na maioria das Unidades de Saúde da Família desse município, além de compreender quais os elementos importantes para que essa satisfação se faça presente, e traçar uma discussão de como a TC fornece o cuidado à saúde mental na Atenção Básica de Saúde.

A satisfação envolve um conjunto de elementos que não se isolam, mas se complementam na prestação da assistência à saúde. As relações de amizade podem ser compreendidas como uma estratégia de fortalecimento, pois além de favorecer a formação de vínculos solidários leva a construção de uma identidade cultural e relacional, baseada em princípios importantes como respeito e dignidade.

Foram relacionados como elementos importantes para a satisfação dos participantes com a TC respeito, dignidade, escuta, compreensão, acolhimento, apoio às necessidades e boas instalações dos locais onde ocorre a terapia. Esses aspectos são imprescindíveis para a prestação de uma assistência com qualidade, haja vista que para a reorganização do cuidar, os serviços de saúde básicos necessitam contribuir para a consolidação de princípios do SUS, pois vai ao encontro da Política Nacional de Humanização, em busca das práticas integrais da assistência. Os dados revelam atributos importantes a serem considerados nos serviços de saúde mental, bem como na Atenção Básica de Saúde com foco nos princípios constitucionais de garantia de acesso e resolutividade.

Ser bem ouvido e compreendido na unidade de saúde, que é considerada porta de entrada da rede de Atenção Básica de Saúde deve ser uma prática diária nas instituições, haja vista ser a TC uma ferramenta de cuidado. Falar em acolhimento implica na escuta. Sentir que é ouvido é um fator bastante representativo para que os usuários sintam-se satisfeitos com o serviço que lhes é prestado.

Os resultados da pesquisa permitiram revelar que todos os participantes estão satisfeitos com a realização da TC em suas comunidades, haja vista ter aproximado os usuários entre si no seio coletivo, além de favorecer uma melhor compreensão pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família responsáveis pela implementação dos cuidados na atenção primária.

A satisfação dos participantes é fruto das contribuições que trouxe a TC para suas vidas, uma vez que se mostrou como uma ferramenta leve que trabalha as necessidades de saúde da localidade onde se encontram inseridos os sujeitos. Essas necessidades encontram na TC uma possibilidade de partilha para que o sofrimento seja aliviado. Esse sofrimento passa pela seara psíquica, e o indivíduo que se encontra com alguma dor emocional necessita ser ouvido, acolhido e ter sua queixa resolvida. Nesse propósito, a TC vem resgatar a visão do cuidado horizontal e, uma vez implantada na Atenção Básica de Saúde, pode aproximar os usuários da ESF, bem como resgatar atributos da formação humana imprescindíveis para a construção do empoderamento e da identidade cultural.

O modo como a TC fortalece o cuidado à saúde mental na atenção básica parte da certeza de que os temas percebidos no estudo como espaço de escuta, alívio do sofrimento e uma tecnologia de prevenção do adoecimento mental, concorrem para a efetivação da TC no cuidado à saúde mental, pois são capazes de responder aos objetivos da Política Nacional de Saúde Mental, quando prevê a implantação de serviços de base comunitária, com vistas à redução no uso de psicotrópicos e ao resgate da cidadania, a fim de promover a libertação do sujeito de suas angústias e sofrimentos e prover características resilientes que o fazem um ser livre e capaz de enfrentar seus desafios emocionais.

Vale salientar que, quando se fala na TC enquanto uma ação de saúde mental na atenção básica, é necessário considerar o indivíduo inserido em seu contexto social, bem como não se pode esquecer que, quando se trabalha com os fatores de risco correlacionados a algum dano que pode vir a ocorrer na vida de alguém, não se está prioritariamente interessado em eliminar esse fator, mas em ajudar esse indivíduo a criar estratégias de enfrentamento diante de sua realidade, lembrando que esses fatores são revestidos de caráter situacional, ou seja, estão incidindo continuamente em sua vida.

Deixar de considerar os fatores envolvidos no conceito de saúde mental é continuar lidando com o modelo de saúde pública ainda de modo insipiente. O maior desafio talvez esteja atrelado à desconstrução do modelo psiquiátrico que durante muito tempo vigorou e que ainda teima em se manter erguido. Todavia, surge a necessidade de aprender a trabalhar a cultura relacional na comunidade, a fim de amenizar o sofrimento mental daqueles que procuram os serviços de saúde, muitas vezes, necessitando não só de abordagem biológica, mas, acima de tudo, de se

sentirem escutados no que se refere aos seus medos, angústias, tristezas, entre outros.

No tocante ao modo de como a TC fortalece o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica de Saúde, foi possível perceber que essa ferramenta se volta para a prevenção do adoecimento psíquico e promoção da saúde mental, uma vez que possibilita o desabafo, a verbalização dos conflitos emocionais e partilha das histórias de vida. Isso capacita os sujeitos da comunidade para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e resgate do empoderamento. A TC promove, ainda, a redução no consumo de psicofármacos, pois garante o alívio do sofrimento psíquico proporcionado por meio da partilha, tornando o ser humano capaz de intervir no processo de adoecimento.

A TC se constitui em uma tecnologia leve de cuidado, pois corrobora com as diretrizes operacionais da Política Nacional de Saúde Mental, uma vez leva a redução no consumo de psicotrópicos, fortalece a porta de entrada para a saúde mental e permite que as situações particulares do indivíduo sejam acolhidas com resolutividade e encaminhados para os demais serviços que compõem a rede de saúde mental, garantindo a acessibilidade e universalidade do cuidado.

A terapia ainda promove a concretização do princípio de regionalização, pois seu objetivo assistencial vai ao encontro do modelo de organização dos serviços de saúde que se encontram contemplados no Plano Diretor de Regionalização (PDR) que se constitui em um documento em que cada Estado define os serviços habilitados para o funcionamento no âmbito do SUS em cada município e especifica, respeitando os níveis de atenção, o caminho que deve percorrer o usuário desse sistema, para garantir a resolução de suas queixas de saúde.

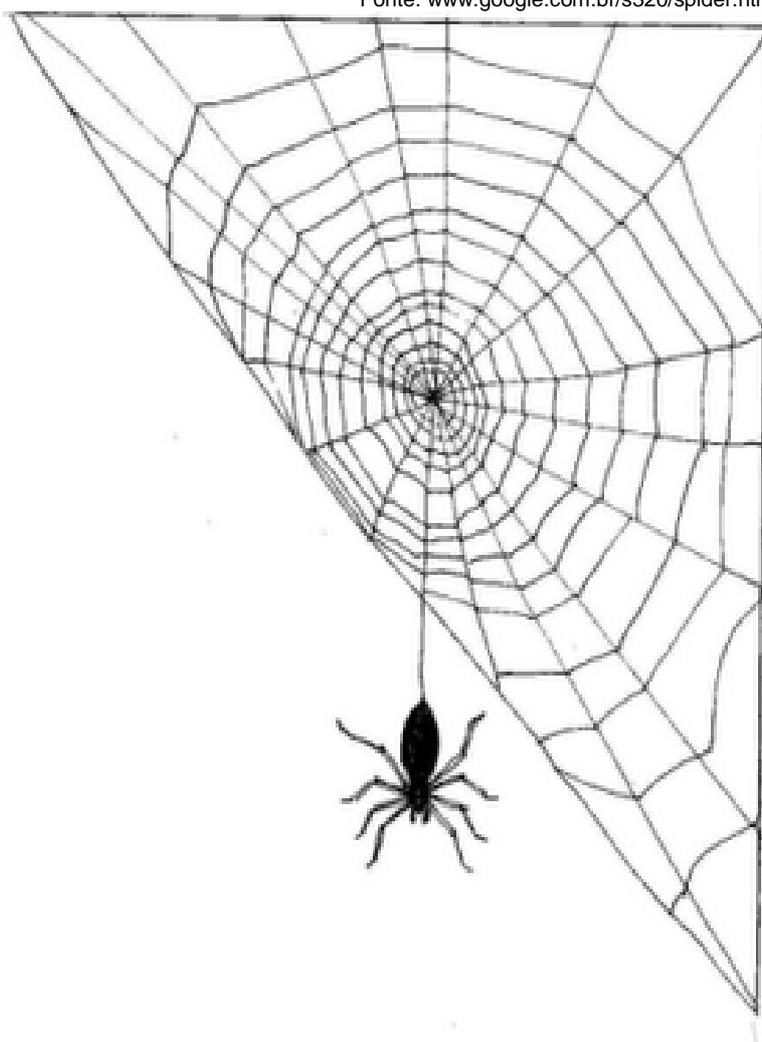
Os encontros da TC são importantes, pois são capazes de identificar o risco ou a vulnerabilidade do adoecer humano nos âmbitos psicológico, social e biológico e, por sua vez, facilitar a orientação dos usuários, priorizando suas necessidades e, dessa forma, encaminhando-os para a resolução dos seus problemas, respeitando a rede de apoio psicossocial.

Compreender a satisfação dos participantes é garantir a continuidade na eficácia das atividades de TC implantadas na rede básica de saúde, estando esta relacionada ao cuidado à saúde mental e, por sua vez, sensibilizando profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa importante ferramenta do cuidado.

Avaliar a satisfação dos participantes da TC oportuniza a continuidade dessas ações na rede básica, com vistas a um atendimento/cuidado de saúde com equidade, integralidade e universalidade, além de promover o direito dos usuários de exercer sua cidadania; na exigência de melhores serviços de saúde e atendimento de suas necessidades de saúde sempre que necessário.

Conclui-se, portanto, que a TC vem se destacando como instrumento de inclusão da saúde mental na Atenção Básica de Saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde. Espera-se que este estudo possa impulsionar o município de João Pessoa a garantir a continuidade das ações de TC na atenção básica, a fim de assistir não apenas de usuários dos serviços de saúde públicas, mas também as suas equipes. Os resultados devem levar também à sensibilização de outros gestores sobre a importância da área estratégica da saúde mental no Pacto pela Vida, que busca a implementação de uma política pública de segurança, transversal e integrada, construída de forma pactuada com a sociedade, que prevê a reorganização da assistência conforme o desenho das linhas de cuidado e como a TC se encontra inserida na rede de atenção à saúde enquanto tecnologia de cuidado.

Fonte: www.google.com.br/s320/spider.htm



6 REFERÊNCIAS

ADREOLI, S. B. Serviços de Saúde Mental no Brasil. In.: MELHO, M. F.; MELHO, A. A. F.; KOHN, R. (orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ALENCASTRE, M. B. **Estudos sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil**. Rio Grande do Sul: Unijui, 2000.

ALVES, R.; ELÓIS, J. L. M. **Terapia comunitária**: espaço de fala, escuta e crescimento. Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em <http://www.abratecom.org.br/artigo_detalhe.asp?art_ID=10>. Acesso em 15 de dezembro de 2008.

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTROPOLOGIA CULTURAL. Disponível em <<http://educaterra.terra.com.br/voltaire/cultura/2002/06/07/001.htm>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

AS ORIGENS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DA MEDICINA MODERNA E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. Disponível em <http://www.ead.fiocruz.br/_downloads/material-620.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F; MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. V. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In.: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (orgs). **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

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

BARRETO, A.. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, maio, 2008, p. 38-43.

BAUMAN, Z. **Comunidade**: A busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BERTÃO, F. R. B. M; HASHIMOTO, F. **Trabalho e Subjetividade**: sofrimento psíquico, 2009.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa-CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: DF, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: Textos técnicos para conselheiros de saúde/NESP; UNB. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 10.216, De 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério. **Políticas Públicas e acesso à informação científica e técnica em saúde**. Disponível em <<http://www.icml9.org/program/public/documents/Gadelha-124828.pdf>>. Acesso em 10 de julho de 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: Unidade de Aprendizagem – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde (2005c). **Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas**. Brasília: Ministério

da Saúde; 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. V.02. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. V.04. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. V.01. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados em Saúde Mental**. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnash.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental**: cenário atual e perspectivas 2009. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em 20 de janeiro de 2008.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. (páginas 511 a 539). In: MOREIRA, A.S.P. (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. 603 p.

CAMAROTTI, M. H. **A doença como fonte de transformação**: um estímulo a resiliência comunitária. Artigo do mês. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br>. Acesso em outubro, 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CARNEIRO JÚNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saude soc.** v. 15 n.3, São Paulo, Sept./Dec. 2006

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à Pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CECCARELLI P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicol. estud.** 2005, v. 10, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 10 de jun. de 2009

CLOUTIER, J. "**A era de EMEREC**". Ministério da Educação e Investigação Científica: Instituto de Tecnologia Educativa, 1975. Disponível em <<http://www.univ-ab.pt/~bidarra/hyperscapes/video-grafias-4.htm>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez., 2003.

CRONBACH, L. J.. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. V. 16, 297-334, 1951.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In.: MELHO, M. F.; MELHO, A. A. F.; KOHN, R. (orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DESJARLAIS R. et al. A. **Salud Mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos**. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington: Oxford University Press; 1997.

CONSOLI, Gelson Luiz; HIRDES, Alice; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 117-128, 2009. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100017&lang=pt> Acesso em 20 de outubro de 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. **A Terapia Comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto mimeo. UFPB/CCS/DESPP/PGGNF, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Integralidade na Assistência à saúde**: A organização das linhas de cuidado. In.: CAMPOS, G. W. S. et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

ROCHA, E.F.L. A terapia comunitária e as mudanças de práticas no SUS, João Pessoa (PB). Dissertação de Mestrado, 126p.

FRACOLLI, L. A. O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

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

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 113-147.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRANDESSO, M. A. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – Considerações teórico-epistemológicas. In: _____, BARRETO, M. R. **TERAPIA COMUNITÁRIA**: Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, P. 181-89, 2007.

GUIMARÃES, F. J. A. **A família na reabilitação psicossocial do doente mental**: Conhecendo os cuidadores e sua forma de cuidar. Monografia. Coordenação do

Curso de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004, 60p.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 08, n. 03, p. 404-414, 2006.

HILDEBRANDT, L.M. *et al.* **Prevalência no Consumo de Psicotrópicos pela população assistida por um Serviço Municipal Público de Saúde**. Trabajos Libres de Quinto Congreso. Disponível em <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>>. Acesso em 20 de julho de 2009.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 09, n. 01, p. 79-92, 2007. <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>>. Acesso em 20 de maio de 2009.

KAWAWOTO, E. E. Saúde. In: KAWAWOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paul Enferm**, 2007, v. 20, n. 1, p.12-7.

MELLO, L.G de. **Antropologia Cultural**: Iniciação, Teorias e Temas. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, M. G. S. R. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009, Jan-Mar; v. 18, n. 1, p.165-9.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MERHY, E.C, A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção do seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã. 1998. Disponível em <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>> Acesso em 06 de abr. 2009.

NUNES, E. D. **SAÚDE COLETIVA: UMA HISTÓRIA RECENTE DE UM PASSADO REMOTO**. Disponível em <<http://www.unb.br/fs/disciplina/173215/saudecoletiva.doc>>. Acesso em 10 de julho de 2008.

OMS/OPAS. **Programa para Análise Epidemiológica e Dados Tabulados- EDIPAT versão 3.1**. Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS e a Saúde Mental**. 1999. Disponível em <<http://www.saudemental.med.br/OMS.htm>>. Acesso em 20 de dezembro de 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. **Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS)**. 14 de novembro de 1990. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990.

ORTNER, S. B. Subjetividade e crítica cultural. **Horiz. antropol.** 2007; v. 13, n.28, p. 375-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832007000200015&lang=pt> Acesso em 05 de jun. de 2009.

PENSAMENTO SISTÊMICO. Disponível em <<http://www.mundoeducacao.com.br/psicologia/pensamento-sistemico.htm>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

PINHEIRO, R.; GOMES, A.P.C.M. **Acolhimento e Vínculo: Práticas de Integridade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Rio de Janeiro: [s.n] 2005. Disponível em <<http://www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20C4%20v9n17%20Interface.pdf>> Acesso em 01 de mar. 2009.

PRADO FILHO, K; MARTINS, S. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). **Psicol. Soc.** 2007, v. 19, n. 3, p.14-19. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300003&lang=pt>. Acesso em 05 de jun. de 2009.

REBOUÇAS, D et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública.** v.24, n.3, Rio de Janeiro, Mar. 2008.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, mar; v. 12, n. 1, p. 173 – 8, 2008..

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.4, Ribeirão Preto July/Aug. 2004. DISPONIVEL EM:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lang=pt. Acesso em 20 de janeiro de 2009.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, 4, p. 1011-1022, 2006.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 113-6, Brasília, 2008.

ROCHA, E.F.L. **A terapia comunitária e as mudanças de práticas no SUS**, João Pessoa (PB). Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, 2004, 126p.

GÓMEZ-RESTREPO C. et al. Primary care physician satisfaction with patients diagnosed with depression. International Depression Project results from Colombia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.28 n.4 São Paulo, Dec. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação de Terapia Comunitária, 2009.

SILVA, M. A. B; BORGES, M. H. Integração e Cidadania: investindo nas pessoas. In:

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 331-340, fev, 2007.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; Vieira, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Feb. 2009. Disponível em:<
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lang=pt>. Acesso em 20 de outubro de 2009.

TAKEMOTO, M.L.S., SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In.: EDLER, F. C. et al. **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F.; FLEURY, A. M. O. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TOWSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAD, L. A. B.; ESPIRIDIÃO, M. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10,n.1. Rio de Janeiro. Set/Dez. 2005.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. V.10, N.3. Rio de Janeiro, Jul/Set. 2005.

VALLERAND, R. J. Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. **Psychologie Canadienne**, v. 30, 662-680, 1989.

VICENTE, C. M. **Guia de Promoção de Resiliência**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

ZANINI, R. **O que é pensamento sistêmico?** Disponível em <http://romelzanini.blogspot.com/2007/08/o-que-pensamento-sistmico_11.html>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

APÊNDICES

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre *A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários* e está sendo desenvolvida por Fábيا Barbosa de Andrade, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Nível Mestrado da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha. Os objetivos do estudo são: avaliar a satisfação dos participantes em relação à Terapia Comunitária (TC) na Atenção Básica, no município de João Pessoa/PB; medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado; identificar elementos importantes para a avaliação da satisfação em relação à TC por parte dos participantes; discutir de que modo a TC fortalece o cuidado com a saúde mental na Atenção Básica de Saúde. A finalidade deste trabalho é contribuir para o fortalecimento da saúde mental através da Terapia Comunitária na atenção básica para os usuários do município de João Pessoa.

Solicitamos a sua colaboração para responder os questionários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

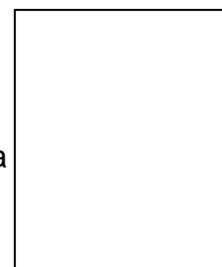
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Fábيا Barbosa de Andrade
Contato: 9961-4040
E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br



Espaço para impressão
dactiloscópica

Apêndice II

PERGUNTAS COMPLEMENTARES AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS

Município/Distrito Sanitário/Bairro: _____

Unidade de Saúde: _____

Nome do terapeuta: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Grau de escolaridade: _____

Há quanto tempo você realiza a TC: _____

1) Você acha que a Terapia Comunitária (TC) ajudou a diminuir a demanda de pessoas com sofrimento emocional para o serviço onde você trabalha?

2) Você considera que a atividade de TC contribui para diminuir o consumo de medicamentos controlados dos participantes que consomem?

3) Você considera que a TC a ajudou a identificar com mais facilidades as pessoas que necessitam ser encaminhadas para outros serviços de saúde mental a exemplo do CAPS?

4) Você considera que a TC é uma ferramenta de cuidado para a saúde mental. Por quê? Justifique.

ANEXOS

Anexo I**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Município/Distrito Sanitário/Bairro: _____
Unidade de Saúde: _____
Nome do usuário: _____
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Grau de escolaridade: _____

SATIS-BR

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por _____.

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigação em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial da Saúde. A permissão de utilizar este questionário foi concedida por Dr. J.M.Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**Adaptado para avaliação da satisfação do usuário em relação a Terapia
Comunitária**

Nome do Serviço: _____

Tipo de serviço: _____

Unidade de Tratamento: _____

Data: _____ / _____ / _____

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o serviço onde ocorre a Terapia Comunitária. Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Querida responder de acordo com a sua opinião pessoal.

1. Quem encaminhou você a este serviço onde ocorre a Terapia Comunitária?

Minha própria decisão	1
Uma pessoa da família	2
Um amigo	3
Um médico/terapeuta	4
Um serviço de referência	5
A polícia	6
Uma ordem judicial	7
Outro (especificar) _____	8
Não sei	9

Se foi ordem judicial, indicar quem a pediu

2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio	1
Transporte da família	2
Transporte de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outro	6

Especificar _____ 9

3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até à Terapia Comunitária?

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
Mais que 60 min	5

4. Até que ponto é fácil para você chegar à Terapia Comunitária?

Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito Fácil	5

5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

6. Quando você falou com a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária, você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5

7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi acolhido na Terapia Comunitária? Marcar apenas uma resposta.

Um problema físico de saúde	1
Um problema psicológico	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5
Um problema no trabalho	6
Não sei	7
Outro (especificar) _____	8

8. Até que ponto a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5

9. Em geral, como você acha que a equipe da Terapia Comunitária compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito	5

9a. Trata-se de seu primeiro encontro na Terapia Comunitária?

Sim	1
Não	2

9b. Há quanto tempo você freqüenta a TC (Período considerado a partir de julho de 2008)?

2 meses	1
4 meses	2
6 meses	3

Mais de 6 meses	4
-----------------	---

10. Até que ponto a escuta do terapeuta, e a fala dos outros participantes, ajudou na satisfação de suas necessidades?

Muito insatisfatórios	1
Insatisfatórias	2
Mais ou menos	3
Satisfatórias	4
Muito satisfatórias	5

11. Qual a sua opinião sobre o tipo de apoio dado a você na Terapia Comunitária?

Parece que eles pioraram as coisas	1
Não obtive nenhuma ajuda	2
Não obtive muita ajuda	3
Senti que obtive alguma ajuda	4
Senti que obtive muita ajuda	5

12. O apoio que você recebeu na TC ajudou voce a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5

12 a .Você necessitou de encaminhamento para outros serviços?

Sim	1
Não	2

12 b. Se sim para onde você foi encaminhado(a)?

CAPS	1
------	---

NASF	2
Ação Social	3
Outro (especificar)_____	4

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe de Terapeutas Comunitários, sobre questões de saúde, quando você pediu a ela?

Muito freqüentemente	1
Freqüentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5
Eu nunca pedi	9

13.1 Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

14. Até que ponto você está satisfeito com a reflexão que foi feita na TC sobre a inquietação (sofrimento, dor, problema, dilema...) que foi apresentado na Terapia Comunitária?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

15. Você obteve na Terapia Comunitária o tipo apoio que você achava que precisava?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

16. Você considerou que a equipe de Terapeutas Comunitários estava lhe ajudando?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais na Terapia Comunitária?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

18. Por que você escolheu participar das rodas de Terapia Comunitária? (Pode-se marcar mais de um item).

A TC foi fortemente recomendado por alguém	1
Eu conhecia alguém que estava indo para as rodas de TC	2
Eu confiei na recomendação da pessoa que referiu a TC	3
A localização é muito conveniente	4
Estava dentro de minhas possibilidades	5
Eu não tive outra escolha	6
Outro (especificar)_____	7

19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos na Terapia Comunitária?

Muito desfavorável	1
Desfavorável	2
Indiferente	3
Favorável	4
Muito favorável	5

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe de Terapeutas Comunitários?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem trabalhou mais de perto?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

22. O que você acha de participar do processo de avaliação da Terapia Comunitária?

Em total desacordo	1
Em desacordo	2
Indiferente	3
De acordo	4
Totalmente de acordo	5

23. Como você classificaria a qualidade do acolhimento que você recebeu na Terapia Comunitária?

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à qualidade da ajuda que você recebeu na Terapia Comunitária?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do local onde ocorreu a Terapia Comunitária?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Como você classificaria as condições gerais das instalações onde ocorre a Terapia Comunitária?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria à Terapia Comunitária?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando desde mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou a ela a Terapia Comunitária?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2

Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28.1 Por quê?

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. De que você mais gostou na Terapia Comunitária?

31. De que você menos gostou na Terapia Comunitária?

32. Na sua opinião, o local onde ocorre a Terapia Comunitária poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

32.1 Se sim, de que maneira?

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33. Que idade você tem? _____

34. Sexo:

Masculino 1

Feminino 2

35. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro 1

Casado ou vive c/ companheiro 2

Separado 3

Divorciado 4

Viúvo 5

Outro (especificar)_____ 9

36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade 1

Escola elementar (1º grau) 2

Escola secundário (2º grau) 3

Curso técnico 4

Universidade 5

Pós-graduação 6

Outro (especificar)_____ 9

37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada 1

Jornada parcial remunerada 2

Jornada integral não-remunerada 3

Jornada parcial não-remunerada	4
Não trabalha	5
Outro (especificar)_____	9

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,...):

Casa/apartamento própria	1
Casa/apartamento alugado por você mesmo	2
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa dos pais	4
Abrigo de emergência	5
Hospital ou instituição	6
Pensão (alimentação e moradia)	7
Rua	8
Outro (especificar)_____	9

39. Com quem você vive atualmente?

Sozinho	1
Cônjuge	2
Com filho/filha	3
Outros membros da família	4
Amigo(s), fora do ambiente institucional	5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional	6
Mãe, Pai	7
Outro (especificar)_____	9

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!