



Andréa de Souza Gonçalves Pereira

**Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na vida pessoal e  
profissional dos terapeutas comunitários**

Eusébio  
2021

Andréa de Souza Gonçalves Pereira

**Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na Vida Pessoal e  
Profissional dos Terapeutas Comunitários**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, vinculado ao Polo da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto.

Coorientadora: Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Repercussions of Systemic Integrative Community Therapy on the Personal and Professional Life of Community Therapists

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz - Escritório Técnico Fiocruz Ceará

Biblioteca Fiocruz Ceará

Gerada mediante dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P436r Pereira, Andréa de Souza Gonçalves.  
Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na vida pessoal e profissional dos terapeutas comunitários. / Andréa de Souza Gonçalves Pereira. – 2021.  
114 f. ; tab.

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto.  
Coorientadora: Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz/Ceará.

1. Terapia Comunitária Integrativa. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Práticas Integrativas e Complementares. 4. Profissionais de Saúde. 5. Saúde do Trabalhador I. Título.

CDD – 362.1068

Catálogo elaborado pela bibliotecária Camila Victor Vitorino Holanda CRB-3 1126

Andréa de Souza Gonçalves Pereira

**Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na Vida Pessoal e  
Profissional dos Terapeutas Comunitários**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, vinculado ao Polo da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 19 de julho 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto  
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza  
Fundação Oswaldo Cruz - CE

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira  
Fundação Oswaldo Cruz - CE

Profa. Dra. Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - CE

Eusébio  
2021

## AGRADECIMENTOS

Ao universo, por ter confluído acontecimentos e energias que me fizeram estar neste mestrado, em uma instituição da qual, como cidadã brasileira muito me orgulho, e trabalhando um tema que hoje ocupa dimensão especial na minha vida.

A minha família, pelo apoio incondicional diante de qualquer desafio que eu optei por vivenciar, inclusive este. A mainha e painho (*in memoriam*), que foram e são base de afeto e segurança na minha vida e com quem aprendi sobre cuidado, atenção, sensibilidade, solidariedade, respeito, disciplina, força, lealdade, resiliência...

Ao meu companheiro de vida, Duda Quadros, pela presença ativa, cuidadosa e amorosa durante esses dois anos de trabalho, muitas vezes, bastante árduo.

A Marina e Artur, pela compreensão e torcida, mesmo diante de tantas ausências minhas.

A Airton Barreto, por ter sido inspiração e força motriz a partir de sua opção de vida de morar na comunidade do Pirambu-CE e abraçar tudo o que isso representa.

Ao professor Adalberto Barreto, por ter tido a sensibilidade e a coragem de se entregar nesse processo de construção da terapia comunitária e, assim, ser luz e emanar luz na vida de tantas pessoas, inclusive na minha.

Ao Projeto Quatro Varas, por ser uma casa para mim. Lugar de paz, esperança, acolhimento e muito amor. Aos meus colegas terapeutas comunitários, pelas trocas infinitas de aprendizado, descobertas e cumplicidades.

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivana Cristina Barreto da Cunha Holanda, por este novo encontro nesta fase da minha vida, pelo apoio, pelos ensinamentos e pela parceria.

A todos os professores e colegas do mestrado, que contribuíram para minha formação.

A ABRATECOM, na pessoa da presidenta Josefa Emília Lopes Ruiz, pela sensibilidade, pelo carinho e pela disponibilidade incondicional para realização desta pesquisa.

Aos participantes do grupo de Terapia Comunitária da Unidade de Atenção Primária à Saúde Edmar Fujita, aos meus colegas de trabalho e alunos, que tiveram fundamental importância para concretização deste meu mergulho na terapia comunitária, tão importante para o meu desabrochar nesta área.

Amorosamente aos meus amigos, em especial Rocineide e Kilma, que acolheram, como tão bem sabem fazer, meus medos e angústias nesta etapa, sendo luz para novas possibilidades e descobertas, que foram essenciais para o meu amadurecimento durante a realização desta pesquisa. Feliz demais por concluir este ciclo!

“Amar e mudar as coisas me interessa mais”  
(*BELCHIOR, 1976*)

## RESUMO

**Introdução:** Esta pesquisa tem como tema a Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCI), com foco nas repercussões causadas pela vivência na vida pessoal e profissional dos terapeutas comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF). A TCI objetiva a partilha de experiências de vida e sabedorias, de forma horizontal e circular, com a potencialidade de transformar sofrimento em crescimento, pelo estímulo ao autoconhecimento, à autonomia, ao empoderamento e à mobilização comunitária. Diante da elevada demanda de problemas na saúde mental dos usuários na ESF, da dificuldade em referenciá-los para serviços especializados e da sobrecarga emocional sofrida pelos profissionais, a pesquisadora se sentiu mobilizada a estudar como a TCI poderia repercutir na vida dos profissionais. **Objetivos:** Compreender as percepções dos terapeutas comunitários atuantes na ESF sobre as repercussões da TCI na vida pessoal e profissional. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com profissionais da ESF atuantes como terapeutas comunitários no RS, CE, AM, SP e DF. Inicialmente, contactou-se a presidenta da ABRATECOM, que indicou as coordenadoras dos polos formadores em TCI e, por meio delas, pelo método *snowball*, identificaram-se 20 participantes: seis ACS, três médicos, três enfermeiros, três técnicas de enfermagem, um dentista, um fisioterapeuta, um nutricionista, um assistente social e uma psicóloga. A análise dos dados foi feita a partir das informações extraídas dos formulários de identificação e do corpus de dados extraídos das entrevistas on-line. O método utilizado para análise foi a análise temática de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Emergiram quatro categorias: a) Repercussões da TCI na vida pessoal e familiar dos terapeutas comunitários; b) Interações profissionais dos terapeutas comunitários; c) Apoio: caminhos e descaminhos no movimento do cuidado na TCI; d) Reinvenção dos encontros em meio à pandemia: entre o presencial e o virtual. Observou-se na fala enfática da maioria dos participantes que a atuação como terapeuta comunitário contribuiu para o autoconhecimento, a consciência dos próprios limites, o sentimento de pertença e a consciência de integralidade com outros sistemas sociais dinâmicos. Este processo foi importante na vida pessoal, familiar e no vínculo com os usuários. Percebeu-se que o apoio dos colegas e da gestão foi fundamental para implementação e manutenção da TCI. Constatou-se que, durante a pandemia, a maioria dos participantes interromperam as atividades na TCI, porém uma profissional continuou a realizá-la on-line. **Conclusão:** A TCI repercutiu positivamente na vida pessoal, familiar e profissional da maioria dos participantes, principalmente nos territórios onde houve apoio dos colegas e da gestão. Observou-se que a TCI é uma estratégia de abordagem em saúde mental interprofissional apropriada para ESF,

considerando tanto o fato da elevada demanda de pessoas em sofrimento mental que buscam esta porta de entrada do SUS, quanto o potencial apoio que pode oferecer ao profissional terapeuta comunitário individualmente, mediante o fortalecimento dos vínculos entre as equipes e os usuários. Há espaço para intensificar a capilaridade da TCI on-line, que surgida no contexto da pandemia da COVID-19, tem mostrado resultados eficazes onde se conseguiu implantar.

**Palavras-chave:** Terapia Comunitária Integrativa. Práticas Integrativas e Complementares. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de Saúde. Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

**Introduction:** This research has as its theme the Systemic Integrative Community Therapy (TCI), focusing on the repercussions caused by its experience in the personal and professional lives of community therapists working in the Family Health Strategy (ESF). TCI aims to share life experiences and wisdom, in a horizontal and circular way, with the potential to transform suffering into growth, through the encouragement of self-knowledge, autonomy, empowerment and community mobilization. Given the high demand for problems in the mental health of users in the ESF, the difficulty in referring them to specialized services and the emotional overload suffered by professionals, the researcher felt inspired to study how TCI could affect the lives of professionals. **Objectives:** To understand the perception of community therapists, working at the ESF, about the repercussions of TCI in their personal and professional lives. **Method:** Qualitative, descriptive and exploratory study, accomplished with ESF professionals working as community therapists in RS, CE, AM, SP and FD. Initially, the president of ABRATECOM was contacted, who indicated the coordinators of the TCI training centers and through them, using the snowball method, the 20 participants were identified, videlicet, 6 CHA, 3 doctors, 3 nurses, 3 licensed practical nurse, 1 dentist, 1 physiotherapist, 1 nutritionist, 1 social worker and 1 psychologist. Data analysis was made from information extracted from identification forms and from the corpus of data extracted from online interviews. The method used for analysis was Bardin's thematic content analysis. **Results:** Four categories emerged: a) Repercussions of TCI on the personal and family life of Community Therapists; b) Professional interactions of Community Therapists; c) Support: paths and deviations in the movement of care in TCI; d) Reinvention of encounters in the midst of the pandemic: between presential and virtual. It was observed in the emphatic speech of most participants that working as a community therapist contributed to self-knowledge, awareness of their own limits, a sense of belonging and awareness of integrality with others dynamic social systems. This process was important in personal and family life and in the bond with users. It was observed that the support of colleagues and management was essential for the implementation and maintenance of the TCI. It was reported that, during the pandemic, most participants stopped their activities in TCI, but one professional continued to perform it online. **Conclusion:** TCI had a positive impact on the personal, family and professional lives of most participants, especially in territories where there was support from colleagues and management. It was observed that TCI is an appropriate interprofessional mental health approach strategy for the ESF, considering both the fact of the high demand of people in mental suffering who seek this entry point to the SUS, as well as the

potential support it can offer to the therapist community individually, through the strengthening of bonds between the teams and with the users. There is room to increase the capillarity of TCI online, which emerged in the context of the COVID-19 Pandemic, has shown good results where it has been implemented.

**Keywords:** Integrative Community Therapy. Integrative and Complementary Practices. Family Health Strategy. Health Professionals. Occupational Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Quantidade atual e ideal de CAPS por regional.....	22
Gráfico 1 –	Total de atendimentos mensais por atividades realizadas no Projeto Quatro Varas, maio de 2018 a maio de 2019.....	50
Figura 1 –	Fluxograma do processo de identificação e escolha dos participantes da pesquisa.....	59
Quadro 2 –	Identificação dos participantes.....	60
Quadro 3 –	Número de profissionais de saúde terapeutas comunitários entrevistados por estado.....	61

## LISTA DE TABELAS

	Perfil Sociodemográfico dos Terapeutas Comunitários atuantes na	
Tabela 1 -	Estratégia de Saúde da Família participantes da pesquisa, 2020-2021.....	67
Tabela 2 –	Características da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família. 2020-2021.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Adicção por internet
APS	Atenção Primária à Saúde
BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI	Inventário de Depressão Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DSM	Manuais de Diagnóstico e Estatística
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAT	<i>Internet Addiction Test</i>
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
MISMEC	Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Transtorno Mental Comum
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>RELEVÂNCIA</b> .....	20
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
3.1	GERAL.....	25
3.2	ESPECÍFICOS.....	25
4	<b>O CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MENTAL</b> .....	26
4.1	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	27
4.1.1	<b>A Saúde Mental dos Trabalhadores da APS e da ESF</b> .....	31
4.1.2	<b>Síndrome de <i>Bournout</i></b> .....	34
4.1.3	<b>Política Nacional de Humanização(PNH)/ Projeto HumanizaSUS</b> .....	35
5	<b>ABORDAGENS GRUPAIS</b> .....	37
5.1	GRUPOTERAPIAS.....	37
5.2	O PERFIL DO TERAPEUTA DE GRUPO.....	39
5.3	O PERFIL DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO.....	39
5.4	OS VALORES DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO.....	40
6	<b>A CRIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA</b> .....	43
6.1	OS PILARES DA TERAPIA COMUNITÁRIA.....	45
6.2	MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA – MISMEC/4 VARAS.....	49
6.3	A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA (ABRATECOM).....	51
6.4	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19.....	52
7	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	55
7.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	55
7.2	LOCAIS DO ESTUDO.....	56
7.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
7.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	62
7.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES.....	62
7.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	64

8	<b>A TERAPIA COMUNITÁRIA: UMA VIA PARA CUIDAR DE QUEM CUIDA?</b> .....	67
8.1	O PERFIL DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	67
8.2	PERCEPÇÕES DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS REPERCUSSOES DA TCI NA VIDA PESSOAL.....	70
8.2.1	<b>Repercussões da Terapia Comunitária na vida pessoal e familiar dos terapeutas comunitários</b> .....	70
8.2.1.1	Repercussões: autoconhecimento e cura de traumas do passado .....	71
8.2.1.2	Transformações nos relacionamentos familiares: fortalecendo a resiliência	73
8.2.2	<b>Desenvolvimento e interações profissionais dos terapeutas comunitários na ESF: ampliação do campo de práticas e dos grupos populacionais atendidos</b> .....	76
8.2.2.1	Potencialização do trabalho: aprender e aplicar novas PICS e permear TCI em outros grupos.....	76
8.2.2.2	Crescimento profissional, melhor comunicação/integração com usuários, trabalho em equipe, percepção da potência da roda.....	79
8.2.2.3	Resolutividade no atendimento dos usuários com transtorno mental.....	83
8.2.2.4	Ocupação de outros espaços no território.....	84
8.2.3	<b>Apoio: caminhos e descaminhos no movimento do cuidado com a TCI</b>	85
8.2.3.1	O que foi importante para o sucesso da TCI.....	85
8.2.3.2	O que faltou de apoio para realização da TCI.....	87
8.2.4	<b>Reinvenção dos encontros em meio à pandemia: entre o presencial e o virtual</b> .....	92
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	99
	<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO ON-LINE (GOOGLE FORMS) APLICADO AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS</b> .....	107
	<b>APÊNDICE B – ENTREVISTA ON-LINE APLICADA AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS</b> .....	111
	<b>APÊNDICE C – ENTREVISTA ON-LINE COM A PRESIDENTA DA ABRATECOM</b> .....	112

<b>APÊNDICE D – ENTREVISTA ON-LINE COM OS COORDENADORES DE POLOS DE FORMAÇÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema a terapia comunitária, com foco nas repercussões desta prática sobre os profissionais de saúde da atenção primária, a partir da experiência como terapeutas comunitários nos respectivos territórios.

A terapia comunitária é um espaço na comunidade destinado à partilha de experiências de vida e sabedorias, de forma horizontal e circular, em que cada um, a partir da compreensão das histórias de vida compartilhadas, pode compreender melhor a si. Os participantes se tornam corresponsáveis na busca de soluções ou novas formas de encarar os problemas, em ambiente de acolhimento e afeto (BARRETO, 2008).

Para o idealizador, Prof. Adalberto Barreto, o espaço da terapia comunitária é sagrado, pela potência em transformar o sofrimento em crescimento e a carência em competência. Também busca ser instrumento de fortalecimento dos vínculos humanos, da construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista e repleto de conflitos. Os profissionais devem integrar essa construção coletiva, tomando consciência da alienação universitária, profissional e institucional e criando estratégias de administração de conflitos internos e externos, de autoconhecimento para eclosão de potencialidades, empenhando-se para melhorar a própria qualidade de vida e a dos usuários por eles cuidados.

São características básicas da terapia comunitária:

- Realização de trabalho de saúde mental com ação preventiva e curativa, que busca engajar os elementos ativos sociais e culturais da comunidade;
- Enfoque no trabalho grupal, estimulando a formação de grupos específicos, como jovens, terceira idade, mulheres, que se unam para conseguir se proteger das adversidades e buscar soluções para os problemas que mais os afetam;
- Visa crescimento gradual da consciência social, para compreensão das origens das situações de vulnerabilidade das comunidades e, principalmente, descoberta de potencialidades terapêuticas transformadoras (BARRETO, 2008).

Trata-se de espaço aberto, democrático, sem restrições de idade, sexo, gênero, faixa etária ou de quaisquer outras ordens. A terapia pode ser desenvolvida em qualquer espaço comunitário, como igreja, associação comunitária, sala de espera do posto de saúde, hospital, entre outros. É importante que, se possível, haja um terapeuta, um coterapeuta e uma equipe de apoio, que cuide da divulgação e das questões estruturais para viabilizar a realização da roda, que deve ter horários e locais definidos para acontecer. A terapia é desenvolvida em seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.

Com a chegada da pandemia da COVID 19, em março de 2020, muitas rodas foram interrompidas. Devido ao risco de contaminação, a maioria das secretarias de saúde suspendeu as atividades em grupo na ESF. Surgiu, então, a possibilidade da terapia comunitária on-line, aderida por alguns terapeutas e validada como método eficaz pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM) (BARRETO, 2020).

Para Barreto (2008), o respeito às emoções é fundamental para o bem-estar físico e mental. Isso significa dar espaço para as emoções, para que o indivíduo possa estar “inteiro” nas suas vivências. Muitas pessoas têm dificuldade de entrar em contato com dores traumáticas antigas, por medo de não as suportar, o que gera várias situações de resistência, como racionalização, dramatização, somatização do sofrimento e condutas de adicção. Ademais, acrescenta que para que os indivíduos possam usufruir completamente da atenção e capacidade criativa, é necessário centramento corpo/mente, caso contrário, disporão de bem menos energia vital para encarar os desafios do cotidiano. Deste modo, tendem a se sentir fracassados, guardando sentimento de não serem capazes de alcançar sucesso.

A terapia comunitária consiste em um potente instrumento de aceitação e vivência da dor, resignificando e potencializando a capacidade de resiliência. Além de ser significativo meio de autoconhecimento e alívio do sofrimento, apoio no tratamento de alguns transtornos mentais e fortalecimento de redes sociais para comunidade, a terapia comunitária estabelece impacto sobre os profissionais de saúde, habitualmente superexpostos a uma carga emocional de grande proporção na rotina de trabalho.

De acordo com Giffoni (2008), em estudo etnográfico realizado com 20 participantes da terapia comunitária do MISMEC-CE, localizado no bairro Pirambu-Fortaleza, evidenciou-se que a TCI permite diálogo entre as práticas populares e a medicina oficial, o que pode propiciar mudança no significado da doença e dor, acarretando fortalecimento individual e coletivo.

Assim, a terapia comunitária favorece o empoderamento pessoal e coletivo e aponta alternativas para o enfrentamento do estresse psicossocial. Concluiu a autora que a terapia comunitária se caracteriza como uma construção de saberes coletivos, que promove a interação entre práticas populares de cura e a formação de extensa rede com outras instituições sociais e lideranças comunitárias, compondo, assim, teia sistêmica de apoio social voltada para o autocuidado e a valorização da vida.

Em estudo realizado por Guimarães (2006), no bairro da Mangabeira, João Pessoa/PB, observou-se que as mudanças ocorridas no cotidiano dos participantes da terapia comunitária

se relacionam à maior compreensão de si mesmo e à capacidade de evolução pessoal e social, além de fortalecimento de vínculos familiar, de amizade e espiritual. Houve também construção de vínculos de lazer, social e comunitário, a partir dos encontros da terapia comunitária. A autora concluiu que a TCI é uma tecnologia do cuidado, que pode ser implantada pelas equipes de saúde da família, configurando-se como viável possibilidade de promoção da saúde, prevenção do sofrimento psíquico e fortalecimento dos vínculos com a equipe de saúde e entre a comunidade, culminando na potencialização de redes de apoio e inclusão social.

As características próprias da atenção primária, como ser preferencialmente porta de entrada do serviço de saúde e garantir a longitudinalidade no acompanhamento de toda a família, motiva o profissional de saúde a uma aproximação ímpar do objeto de trabalho, o que contribui para efetividade das ações realizadas (BRASIL, 2011).

Na maioria das situações, ocorre sobrecarga laboral e, eventualmente, condições inóspitas para o trabalho. Nesse contexto, há sobrecarga emocional que atinge os profissionais que acolhem os usuários no primeiro contato com o sistema de saúde. Na ESF/APS, são frequentes a precarização de vínculos empregatícios e condições laborais, associadas à ausência de políticas consistentes e continuadas para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores em saúde, em particular dos ACS (NEPOMUCENO, 2019), mas atingindo, também, outros profissionais da equipe.

O profissional de saúde precisa saber lidar com esses vínculos de forma saudável, de modo a preservar a saúde mental e conseguir oferecer cuidado adequado à comunidade. Trata-se de um aprender compartilhado, por meio do apoio social e da compreensão de que o sofrimento é inerente à vida humana, evitando a positividade tóxica, mas resistindo à tendência da sociedade contemporânea de o medicalizar.

Em vivências/reflexões sobre processo de trabalho, Merhy (1997) descreveu as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, como: 1) Tecnologia leve: relacionada às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, fortalecimento da autonomia do indivíduo, acolhimento, compreendendo a gestão como forma de administrar os processos de trabalho; 2) Tecnologia leve-dura: trata-se dos saberes estruturados que existem no processo de trabalho, como a psicanálise, a clínica pediátrica, a epidemiologia; 3) Tecnologia dura: diz respeito ao uso de equipamentos tecnológicos (máquinas, normas e estruturas organizacionais).

Como os modelos assistenciais, geralmente, são forjados a partir da soma de tensões oriundas dos diversos setores, como gestores, corporações profissionais e usuários, em congruência com as forças dominantes do setor corporativo/produtivo, as tecnologias duras e

leves-duras foram impressas nos processos de trabalho em saúde de modo geral, incluindo o SUS. No modelo assistencial adequado, devem ser ofertados todos os recursos de alta tecnologia e insumos necessários aos usuários, desde que haja linha de cuidado que garanta a integralidade da assistência, com o acompanhamento da equipe ao qual o usuário está vinculado e que deve ser responsável pelo projeto terapêutico, garantindo o uso adequado das diversas tecnologias (MEHRY; FRANCO, 2003).

A terapia comunitária surge como tecnologia leve e acessível, na perspectiva da construção da saúde mental, tanto para a comunidade quanto para o terapeuta. A TCI mostra alternativa para medicalização do sofrimento, tão presente no mundo atual, em que “o "bem-estar" humano se encontra, cada vez mais, dependente de “saberes técnicos especializados” (DANTAS; SÁ; CARRETEIRO, 2009).

A Carta de Ottawa, elaborada em 1986, no Canadá, durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhece o trabalho como fonte de saúde para o ser humano. A princípio, o trabalho deveria ser fonte de prazer, já que por meio dele, a pessoa se reconhece como sujeito de transformação da sociedade, atuando como cidadão e importante ator para sobrevivência de outros seres humanos. No desenvolvimento do trabalho, o ser humano modifica também a si próprio, à medida que o trabalho contribui ou reprime o desenvolvimento de potencialidades latentes, sendo importante a natureza do trabalho e as condições em que é exercido no desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores (LEPLAT, 1980).

Estudos realizados entre os anos de 2010 e 2016 evidenciaram elevada prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TCM) em trabalhadores da APS/ESF, em especial nos agentes comunitários de saúde e, em segundo plano, enfermeiros e médicos, apontando a necessidade de propor tecnologias do cuidado que assumam o(a) trabalhador(a) como sujeito que necessita de escuta e cuidado (BRANDT, 2004; BRAGA; CARVALHO; BINDERLLI, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; SANTOS *et al.*, 2017; DILÉLIO, 2012). A Terapia Comunitária, que parte do pressuposto de que o sofrimento humano acontece também em consequência do contexto socioeconômico, quando este fere a dignidade da pessoa e conduz à patologia social e ao adoecimento, pode também ser benéfica aos trabalhadores de saúde envolvidos nesse contexto (BARRETO, 2008).

Da mesma forma que esses sofrimentos surgem na comunidade, esta tem recursos para resolvê-los, por intermédio as redes de apoio que levam ao empoderamento da comunidade, por

meio dos próprios mecanismos terapêuticos e culturalmente relevantes, os quais reforçam e valorizam a trajetória de vida e a identidades das pessoas (BARRETO, 2008).

Os principais objetivos da Terapia Comunitária são: reforçar a dinâmica interna do indivíduo, com fortalecimento das potencialidades e autonomia; fortalecer autoestima individual e coletiva; valorizar o papel da família e da rede de relações que o indivíduo estabelece com o meio; tornar possível a comunicação entre as diversas formas do saber popular e o saber científico, entre outros (BARRETO, 2008).

Uma particularidade da terapia comunitária em relação a outras formas de terapia em grupo é o fato de os terapeutas não exercerem papel “externo” em relação à condução do processo. Nesta forma de terapia, há normalmente um terapeuta e um coterapeuta que conduzem cada grupo, ambos fazem parte da rede ativa de cuidados, podendo exprimir também as próprias inquietações e dores. Quando acontece de um dos terapeutas ficar emocionado ao ponto de ter dificuldade em continuar a condução da roda, o outro assume o papel e ele passa a ser cuidado pelo grupo.

Nessa perspectiva, o terapeuta que, na maioria das vezes, procura fazer a formação para poder ser mais resolutivo na comunidade, passa a participar ativamente de um processo terapêutico pessoal. Isso é possível, também, devido à configuração da formação em terapia comunitária, que “induz” o terapeuta em construção a buscar ter clareza sobre a motivação interna para traçar as próprias diretrizes de vida, levando em conta a história pessoal, familiar, social, cultural e ancestral. Ser cuidador é uma forma de resgatar a própria história (BARRETO, 2015).

Além de preparar os futuros terapeutas para essas potentes trocas vivenciais com os usuários, há também o espaço para trocas entre os terapeutas em formação, como relatado por Pinheiro *et al.* (2012), sobre a primeira turma do curso de formação em terapia comunitária promovida pelo Instituto Interfaci (São Paulo/SP), em 2007.

Os autores referiram que, durante o curso, os aspectos teóricos foram intercalados com vivências, como construção da árvore da vida, brasão da família, relaxamentos, confecção de artesanato, além de módulos sobre cuidando do cuidador e importância da intervenção continuada, após o término da formação. Observou-se que tal metodologia proporcionou a criação de vínculos entre os alunos, que se refletiu em um grupo de apoio entre profissionais. Na experiência, ao fim do curso, o grupo de alunos decidiu promover encontros anuais que ocorreram em diversas cidades do Brasil, durante cinco anos, para trocas de experiência e afetos, que vieram a contribuir sobremaneira com o crescimento pessoal e profissional.

O potencial de fortalecimento a partir das interações humanas é infinito, principalmente quando são utilizadas ferramentas para o autoconhecimento e a ligação do indivíduo com a própria ancestralidade, o potencial interior e as comunidades no qual é inserido (familiar, profissional e comunitária), conforme segue:

Permitir que cada futuro terapeuta comunitário trabalhe os vínculos entre aquilo que faz hoje com aquilo que vivenciou na sua história familiar e social, tem trazido a esses cuidadores, maior consciência do seu papel. Este tipo de trabalho, que influencia uma ação reflexiva do cuidador, sobre a própria ação, é fundamental para pessoas que pretendem cuidar de outras. Ele tem permitido, sobretudo, romper com falsos conceitos da sua autoimagem, como pessoas iminentemente caridosas e bondosas. Na verdade, ninguém trabalha pra ninguém. Trabalhamos para nós mesmos. O que fazemos aos outros, estamos fazendo a nós mesmos (CABRAL *apud* BARRETO, 2015, p. 262).

Merhy (1997) definiu o momento de encontro do trabalhador de saúde diante de um usuário como espaço intercessor, ocasião ímpar, para que cada trabalhador utilize o máximo da potência particular para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários e relata ainda que:

[...] qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas portam nesse encontro, momento de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação [...] (MERHY, 2004, p. 111).

Fukui e Marchetti (2007) realizaram levantamento no II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária para tentar identificar, do ponto de vista sociológico (trajetória profissional e origem social), o perfil do terapeuta comunitário. A questão era desvendar: “o que faz um trabalhador social tornar-se terapeuta comunitário?” Observou-se que a motivação em se tornar terapeuta comunitário normalmente vem da insatisfação no campo profissional ou no exercício da liderança comunitária. Os profissionais de nível superior acreditam que esta formação acrescenta diversificação na atuação e possibilidade de exercer trabalho social mais afetivo e efetivo. Já os líderes comunitários relatam que a formação em TCI agrega afirmação de prestígio e reconhecimento da posição diante do grupo.

A problemática da Saúde Mental para a Atenção Primária à Saúde e da estratégia saúde da família coloca dois desafios complexos para as equipes de saúde da família: o primeiro,

como acolher e garantir atenção aos casos de sofrimento e adoecimento mental na APS à população adscrita e, o segundo, como promover saúde e prevenir o sofrimento e adoecimento mental dos próprios trabalhadores?

A terapia comunitária integrativa sistêmica, segundo autores, tem apresentado resultados positivos para os dois desafios em saúde postos para a APS/ESF (CARVALHO, 2013; GIFFONI, 2008; GUIMARÃES; FERREIRA-FILHA, 2006; MORAIS, 2010; PADILHA; FERREIRA 2012; BARRETO, 2011; JATAI; SILVA 2012). Entretanto, são necessários estudos de maior abrangência e com enfoque na APS/ESF para desvelar com mais detalhes todos os aspectos envolvidos nesta problemática e orientar a tomada de decisão de gestores e profissionais da saúde.

Isto posto, definem-se duas das principais perguntas para o presente estudo: 1) Qual a repercussão da TCI nas práticas do profissional da ESF? 2) Qual a repercussão da TCI na vida pessoal e familiar do profissional da ESF?

## 2 RELEVÂNCIA

A autora/pesquisa deste trabalho é médica, trabalhou no SUS há 24 anos e há 22 na APS, em que teve a oportunidade, ao longo da atuação profissional, de vivenciar alguns contextos, com demandas bem distintas, apesar de terem sido todas no estado do Ceará, exceto durante residência em pediatria em Recife, no IMIP, logo após graduação em medicina. Após término da residência, passou a atuar em Sobral e depois em algumas das muitas realidades da cidade de Fortaleza.

Há sete anos, mudou de território de atuação em Fortaleza, motivada pela continuidade da atuação como preceptora da residência de medicina de família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/UFC/ Escola de Saúde Pública (ESP), pois houve reestruturação desta e a unidade que fazia parte deixou de receber médicos residentes. Desde que tomou posse no concurso público da prefeitura, em 2006 até 2013, trabalhou na UAPS César Cals de Oliveira, na Regional VI, unidade localizada em um território bastante vulnerável e violento, responsável pela atenção à saúde de, aproximadamente, 30.000 pessoas.

Quando o PSF foi implantado, já havia profissionais concursados de outras especialidades, com carga horária de 20 horas semanais: ginecologistas-obstetras, pediatras e clínicos gerais. Esse modelo “misto”, na verdade, de transição, sem definição adequada dos fluxos da unidade, foi fator dificultador do potencial resolutividade da Estratégia Saúde da Família. A equipe na qual estava inserida era responsável pela atenção a mais de 5.000 pessoas. Havia usuários com transtorno mental leve e poucos pacientes com transtorno mental grave, sendo estes acompanhados pela UAPS e pelo CAPS.

Ressalta-se que a vida profissional da autora/pesquisadora na atenção primária foi sempre vinculada à formação profissional, seguindo a lógica da educação permanente e pautada pelas necessidades apresentadas nos territórios de adscrição. A vinculação inicial foi na Residência Multiprofissional em Sobral, onde iniciou especialização e, posteriormente, foi preceptora de território e de saúde da criança, onde fazia preceptoria *in loco* na região metropolitana e em algumas localidades de Sobral.

Em Fortaleza, participou da criação da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), em 2005, onde até hoje atua. Nesta mesma época, passou a atuar também na preceptoria do internato em saúde coletiva, inicialmente recebendo alunos da Universidade Federal do Ceará (UFC), da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e, após territorialização das áreas ocupadas por cada universidade, passou a receber exclusivamente formandos da UNIFOR. Inquestionavelmente, o processo de

formação funciona para como um desafio/estímulo diários, extremamente positivo, intrínseco à forma de reconhecer o mundo como troca/evolução constantes, em todos os sentidos, inclusive pessoal.

Algo que a afetou e contribuiu para intenso sentimento de perplexidade foi deparar-se com a grande quantidade de usuários com transtorno mental que procuram a unidade de saúde em que trabalha desde maio de 2013, a UAPS Edmar Fujita. Também localizada na Regional VI de Saúde, relativamente perto territorialmente da área anterior, com população adscrita bem menor, sem área descoberta e com cerca de 10.500 usuários para três equipes de Saúde da Família. Nesta, quando da sua chegada, havia, além das equipes de Saúde da Família, apenas uma profissional ginecologista-obstetra, com carga horária de 20 horas semanais, que se aposentou no ano de 2020.

Observou-se alto e crescente acometimento dos usuários por problemas de saúde mental e inquietou-se/estarecida com a elevada demanda de transtornos mentais graves, alguns dos quais o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não conseguia absorver para acompanhamento conjunto com a APS.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei Antimanicomial), mostra as diretrizes apontadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entre outras orientações, enfatiza a indubitável importância dos CAPS como articuladores da rede de atenção de saúde mental no território, tendo como uma das missões primordiais, promover a autonomia da pessoa, pela articulação de recursos nas redes sócio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, cujo objetivo final é a reinserção do indivíduo na comunidade. Os tipos de CAPS são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, organizando-se principalmente de acordo com o perfil populacional dos municípios (BRASIL, 2013b).

Os CAPS Gerais atendem indivíduos que apresentam sofrimentos psíquicos ou transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPs AD são exclusivos para pessoas que enfrentam a dependência de substâncias psicoativas. Os CAPs infantis assistem à população infantil, tanto em casos de sofrimento psíquico quanto como dependência química.<sup>1</sup>

Fortaleza se encaixa no perfil de mais de 1. 000 000 de habitantes, contemplando a existências de CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad, perfazendo total de 15 CAPs, sendo seis gerais, sete AD e dois infantis.

---

<sup>1</sup>Informações retiradas do Site Canal da Saúde de Fortaleza. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 05 de junho de 2021.

A seguir, demonstra-se a quantidade atual de CAPS na cidade de Fortaleza e o número de CAPS necessário para atendimento adequado à população.

Quadro 1 – Quantidade atual e ideal de CAPS por regional

CAPS	GERAL II	GERAL III	AD	INF	TOTAL
REGIONAL 1	1	0	1	0	2
REGIONAL 2	0	1	2	0	3
REGIONAL 3	1	0	1	1	3
REGIONAL 4	1	0	1	0	2
REGIONAL 5	1	0	1	0	2
REGIONAL 6	1	0	1	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>IDEAL</b>	<b>53</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>92</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2021), com base no aplicativo Mais Saúde Fortaleza.<sup>2</sup>

O cálculo da quantidade ideal de CAPS na cidade de Fortaleza foi feito pela regra de três, considerando o número de habitantes de Fortaleza e a quantidade ideal de cada tipo de CAPS por número de habitantes, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Observa-se discrepância importante entre o número de CAPS existente hoje na capital cearense e a quantidade proposta pelo Ministério da Saúde para adequado atendimento à população.

Ação também prevista na Lei nº 10.216 de 2001, incorporada as atividades da UAPS Edmar Fujita desde março de 2016, foi o matriciamento ou apoio matricial em saúde mental que vem contribuindo de forma incomensurável com o acompanhamento dos pacientes e o processo de educação permanente da equipe.

O apoio matricial foi formulado por Gastão Wagner Campos, em 1999, e tem estruturado, no Brasil, um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária, contrapondo-se ao modelo de sistemas de saúde tradicionalmente imposto, que se organiza de forma hierárquica. “É um novo modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, cria uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13).

<sup>2</sup> Disponível em:

[https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.ce.fortaleza.sms.maissaude&hl=pt\\_BR&gl=US](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.ce.fortaleza.sms.maissaude&hl=pt_BR&gl=US). Acesso em: 12 de junho de 2021

O estreitamento da relação com o CAPS, tanto para tentar resolver os problemas de alguns usuários de maior complexidade como através do matriciamento (após implantação deste), serviu como importante apoio na vivência da autora como médica/cuidadora em saúde mental na UAPS Edmar Fujita.

A autora/pesquisadora foi convidada pelo CAPS da Regional VI a participar de curso sobre “Abordagem do Paciente com Transtorno Mental em Crise”. Neste, foi informada de que o MISMEC/Projeto Quatro Varas, em parceria com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, ofereceriam nova turma de formação em Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica (TCI) e, prontamente, candidatou-se à vaga. Durante a formação, a terapia comunitária foi implantada no território, pela autora e por uma educadora em saúde, do Serviço de Endemias da Regional VI (que também fez a formação).

Outro ponto favorável foi a chegada, no ano de 2017, de equipe do Núcleo de Atenção ao Saúde da Família (NASF) na unidade, que contava com duas psicólogas. Em 2018, também fez especialização *latu sensu* em psiquiatria clínica, que intensificou a segurança na condução dos casos clínicos.

Devido à precariedade dos vínculos empregatícios, a equipe do NASF 2017 foi substituída por outra equipe em 2019, que continua até os dias atuais. Desta equipe, fazem parte duas psicólogas e duas educadoras físicas que, após o processo de reconhecimento do território e das atividades implantadas pelos profissionais da seleção anterior, mantiveram as atividades iniciadas, visando evitar o rompimento de processos em construção, implantados pela equipe que a antecedeu. Uma das psicólogas passou a participar da terapia comunitária, entretanto, as atividades em grupo foram suspensas a partir do dia 15 de março de 2020, devido à pandemia da COVID-19, de acordo com as orientações das gestões estadual e municipal.

Após importante pausa para focar nos cuidados necessários às pessoas contaminadas com o novo coronavírus, diante da demanda trazida pelos pacientes anteriormente contemplados com a terapia comunitária e do aumento vertiginoso dos pacientes em sofrimento mental, em decorrência da pandemia, optou-se por iniciar a terapia comunitária on-line, a partir do dia 29 de julho de 2020, modalidade que está funcionando até os dias atuais.

Garantir o primeiro acesso e acompanhar os pacientes em sofrimento mental é um dos princípios da APS, corroborando o princípio da integralidade, que busca garantir ao usuário assistência baseada no cuidado, que vá além da prática curativa e inclua toda a complexidade do ser, bem como das relações familiares, sociais e ambientais (BRASIL, 2013). Tem-se consciência de que para suceder de modo satisfatório, é necessária também ampla rede de apoio,

tanto institucional quanto comunitária. Apesar do entrosamento e apoio com os profissionais do CAPS da regional, evidencia-se, pelo exposto, que não há condições estruturais e humanas suficientes, para que essa referência seja feita de forma satisfatória.

Nesses quase quatro anos de experiência, vivenciou, devido às características da terapia comunitária, em que o terapeuta pode “participar” também do processo terapêutico, sentimento de fortalecimento pessoal. Reitera-se a essência teórico-vivencial do curso de formação como fundamental para esse processo. Houve aproximação genuína de muita identificação com alguns colegas da formação. Além disso, o convívio com os usuários na TCI ajudou a definir vários diagnósticos e perceber, por meio da fala livre na terapia, questões importantes dos pacientes, que não foram expressas e/ou captadas na consulta médica.

As experiências de troca e formação de redes, bem como a prática ímpar vivida na formação em terapia comunitária, fazem acreditar que o crescimento coletivo e individual está intimamente imbricado e, na maioria das vezes, são diretamente proporcionais, em infinitas facetas.

A confluência de vivências participativas elevou a sensibilidade da autora/pesquisadora em relação à percepção acerca da importância das trocas de afeto e do autoconhecimento no processo saúde-doença, bem como sobre a necessidade do autocuidado e dos cuidados também voltados para o cuidador, para que este seja capaz de atuar como instrumento de promoção da saúde.

Também, observou-se, diante da pesquisa realizada para construção do referencial teórico, que há dezenas de pesquisas sobre as repercussões da TCI na comunidade, porém, há poucos estudos relacionando as implicações desta no terapeuta, em especial sobre a vida pessoal. Assim, pretendeu-se com este estudo conhecer e compreender as vivências dos terapeutas comunitários atuantes na ESF e as repercussões destas na vida pessoal e no campo profissional, partindo do pressuposto de que a TCI pode ser aplicada nos territórios de forma integral, favorecendo, também, o cuidado com o trabalhador da saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Compreender as percepções dos terapeutas comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na vida pessoal e nas práticas profissionais destes.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Conhecer as repercussões da prática da TCI na vida pessoal dos terapeutas comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família;
- Analisar as repercussões da prática da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Compreender as potencialidades e os limites na realização da TCI na Estratégia Saúde da Família, a partir da interação com gestores e colegas de trabalho;
- Descrever as vivências dos profissionais da ESF como terapeutas comunitários durante a pandemia da COVID-19.

#### **4 O CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MENTAL**

Segundo Andrade (1999), significativas mudanças ocorreram nos anos 1990, com relação às demandas de cuidados com a saúde da população do planeta, em especial, problemas e transtornos relacionados à saúde mental têm, de forma silenciosa, tornando-se a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, indistintamente, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

De acordo com estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, que usou como medida, o número de anos vividos com deterioração da qualidade de vida e morte prematura, doenças como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição e as doenças infecto-parasitárias em países em desenvolvimento. O mesmo estudo afirma que, na América Latina, essa “transição epidemiológica” vem ocorrendo sem o adequado planejamento dos serviços de saúde pública (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Constata-se que mais de vinte anos após, continua-se no mesmo padrão de planejamento insuficiente para os contextos atuais. Ainda de acordo com Andrade (1999), há subestimação da carga de incapacitação provocada por transtornos mentais, como depressão, dependência de álcool e esquizofrenia, pelo fato de as abordagens tradicionais consideraram os índices de mortalidade e não o número de anos vividos com o transtorno e consequente morte prematura. Em 1999, das 10 principais causas de incapacitação no mundo, cinco eram transtornos psiquiátricos, por ordem decrescente de prevalência: depressão, alcoolismo, esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo.

Para a OMS (2006), os quadros depressivos podem gerar perda de autonomia, com consequente afastamento do convívio com as outras pessoas, afastamento do trabalho e dependência financeira. Almeida (2009) afirma que a depressão está associada a uma incapacitação social importante, assim como à maior utilização dos serviços de saúde, que, em grande parte, não estão preparados para lidar com tal demanda, o que retarda o diagnóstico, curso, prognóstico, tratamento, a cura e/ou reabilitação do paciente. Neste viés, a depressão merece atenção maior da saúde pública atual, para que o usuário possa ser acolhido em totalidade.

Para avaliação adequada das políticas de saúde e planejamento instaurados, é essencial o estudo de estimativas confiáveis sobre a proporção de pessoas afetadas pelas diversas patologias. O número total de pessoas com depressão, no mundo, foi de 322 milhões, em 2015, correspondendo a 4,4% da população global e sendo mais comum em mulheres (5,1%) do que

em homens (3,6%). As taxas de prevalências também se relacionam com a idade, sendo mais comuns entre os mais velhos: idade adulta (acima de 7,5% entre mulheres com idade 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens).

Apesar de menos frequente, também pode ocorrer em crianças e adolescente. Entre 2005 e 2015, o número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou 18,4%, refletindo crescimento geral da população mundial e aumento proporcional nos grupos etários onde o transtorno depressivo é mais prevalente. A depressão também é considerada o principal contribuinte para as mortes por suicídio, que chegam a quase 800.000 por ano (WHO, 2017).

#### 4.1 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

De acordo com a Declaração de Alma Ata, a APS, definida como o primeiro nível da atenção à saúde, engloba a participação comunitária e a coordenação intersetorial, sendo formada por contingente heterogêneo de profissionais de saúde que praticam as medicinas tradicionais. São princípios fundamentais da APS: cobertura e acessibilidade universal de acordo com as necessidades, respostas aos principais determinantes de saúde, autocuidado e participação (individual e comunitária), saúde envolvida no trabalho intersetorial, uso adequado dos recursos e tecnologias disponíveis (WHO, 2018).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2006), baseando-se na produção de Starfield (2002) e Vuori (1984), a APS deveria ser guiada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar os quatro tipos de atenção: preventiva, curativa, de reabilitação e, sobretudo, promoção da saúde.

No conceito de APS ampliada, busca-se ação diferenciada em relação à atenção médica convencional, que trabalha na perspectiva de atenção fragmentada em episódios de doenças e problemas específicos. Na atenção médica da era industrial, ocorre também ênfase na atuação de profissionais especialistas, em o paciente (literalmente falando), tem função receptiva passiva em relação às “ordens médicas”. Ao evoluir o conceito de APS ampliada, tem-se a APS com enfoque na saúde e nos direitos humanos, que além de incorporar a visão integral, dá ênfase à visão de saúde como direito humano e prioridade na resposta a determinantes sociais e políticos amplos. Trata-se de filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais. Nesta, a construção da autonomia do sujeito é fundamental para o pleno funcionamento das engrenagens do processo e a resolução dos problemas de saúde de forma interdisciplinar, integral e intersetorial.

Em 1994, implementou-se a ESF, inspirada no SUS, que motivou a decisão política de se reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que direcionasse para universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e fortalecesse o recente processo de descentralização. No final de 2005, havia mais de 24 mil equipes, das quais, 12 mil contavam com Equipe de Saúde Bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a 78 milhões de brasileiras e brasileiros, o que correspondia a 44% da população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil foi expressiva desde a implantação. Em 2013, havia mais de 34.000 equipes distribuídas pelo território nacional, em 5.328 municípios, correspondendo a uma cobertura de 55,2% da população (MIRANDA *et al.* 2017). Em 2020, havia 43.286 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 63,6% da população brasileira (BRASIL, 2021).

Ao considerar a pouca disponibilidade de médicos e a elevada rotatividade como uma das principais causas do reduzido crescimento na cobertura da ESF, implantou-se, em 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), organizado em três eixos: 1) a estratégia de contratação emergencial de médicos; 2) o investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos; 3) a formação médica no Brasil. Esta ocorreu a partir da expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país e implantação de um novo currículo com formação voltada para o atendimento mais humanizado, focando na valorização da atenção básica (BRASIL, 2015).

Miranda *et al.* (2017) realizaram estudo com objetivo de analisar a evolução das equipes de Saúde da Família no Brasil, com base em dados secundários do Ministério da Saúde sobre as equipes de Saúde da Família implantadas entre 2012 e 2015, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), segundo macrorregiões e portes populacionais dos municípios. Observou-se que, em 2015, mais de 70% dos municípios tinham aderido ao Programa Mais Médicos (quase 40% das equipes de saúde da família), garantindo a universalização em quase 100% dos municípios de menor porte populacional, gerando expansão da atenção à saúde para mais de vinte milhões de habitantes.

Segundo Barreto, Bezerra e Andrade (2005, p. 330), a ESF é definida como:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado através de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (BARRETO; BEZERRA; ANDRADE, 2005, p. 330).

Ao reconhecer a ESF como porta de entrada do SUS e perceber a equipe de Saúde da Família como coordenadora do cuidado, é legítimo afirmar ser a ESF os ouvidos que a comunidade deve, inicialmente, procurar diante dos problemas de saúde mental. Esta está relacionada com a forma que uma pessoa reage às exigências da vida e ao modo como equilibra ideias, desejos, capacidades, emoções e perspectivas. Implica muito mais que a ausência de doença mental. As pessoas mentalmente saudáveis compreendem que é necessário respeitar os próprios limites para se manter em equilíbrio mental. É fundamental se ter a consciência da não perfeição humana, de não poder responder a todas as expectativas preestabelecidas por outrem, além de saber procurar ajuda diante das dificuldades inerentes ao viver, como traumas, perturbações, conflitos ou transições nos diferentes ciclos da vida (PARANÁ, 2017).

Segundo Pereira (2017), sabe-se que parcela considerável dos usuários que procuram a ESF está em sofrimento mental e/ou apresenta transtornos mentais. Muitas vezes, essas queixas não são prontamente expressas, somente sendo possível identificá-las por meio de atributos essenciais da atenção primária, como atenção no primeiro contato, longitudinalidade e integralidade.

Como dito, o percentual de pessoas com problemas de saúde mental tem aumentado vertiginosamente nos últimos anos, estando associados a vários fatores, como aumento do estresse relacionado ao trabalho, envelhecimento da população, violência urbana, uso exagerado de celulares e outros aparelhos eletrônicos (OLIVEIRA, 2015; CLEMENTE, 2011; KO *et al.* 2012; MOROMIZATO *et al.* 2017), entre outros.

Em metanálises realizadas por Ko *et al.* (2012), com objetivo de avaliar a relação entre Adicção por Internet (AI) e comorbidades psiquiátricas na literatura, foram realizados oito estudos, compreendendo 1.641 pacientes que sofrem de AI e 1121 controles foram incluídos. As análises demonstraram associação significativa e positiva entre AI e abuso de álcool déficit de atenção e hiperatividade, depressão e ansiedade.

Ressalta-se, diante do contexto vulnerabilidade ao sofrimento mental exposto, que um outro elemento fundamental para um cuidado integral é a abordagem familiar. Esta deve estar comprometida com o rompimento da lógica da exclusão e do isolamento, com o fortalecimento da cidadania, o empoderamento individual e coletivo e a corresponsabilidade. É necessária visão ampliada de família, que acolha sem julgamentos e preconceitos as diferentes constituições e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da saúde mental mobilizam (BRASIL, 2013).

Para trabalhar a saúde mental, também é fundamental o fortalecimento das equipes de saúde da família a partir da educação permanente. Nesta perspectiva, espera-se que possam os trabalhadores se nutrirem de subsídios que o tornem capazes do ponto de vista técnico e emocional, para mediar e facilitar o processo complexo de inclusão e fortalecimento do indivíduo, da família e da comunidade.

Outra ferramenta muito importante no acompanhamento do indivíduo e que privilegia a atenção integral e, conseqüentemente, a saúde mental, é o método clínico centrado na pessoa. Concebido na década de 1980 e, a princípio, aplicado como modelo de ensino médico. Com o passar dos anos, a evolução da educação médica e a insuficiente resposta obtida pela aplicação dos métodos tradicionais fragmentados, além das evidências de ótima resposta ao modelo centrado na pessoa, este se transformou em método clínico.

Os seis componentes interativos do atendimento centrado na pessoa são:

1. Explorando a doença e a experiência da doença;
2. Entendendo a pessoa como um todo;
3. Elaborando um plano conjunto de manejo de problemas;
4. Incorporando a prevenção e a promoção da saúde;
5. Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico (profissional de saúde);
6. Sendo realista (STEWART, 2010).

Esse método possibilita, além da realização da anamnese e exame físico para elucidação diagnóstica, perceber a experiência da doença para cada indivíduo e como o adoecimento afeta a vida, a família/comunidade. Além disso, estimula o empoderamento e a autonomia para construção conjunta do plano terapêutico e interliga o surgimento da doença com o estilo de vida, incluindo como lida com as emoções e as relações familiares e comunitárias, enfocando no que é possível ser percebido, transformando, elaborando, cuidado naquele momento e posteriormente. Portanto, os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família precisam ser treinados para aplicação do método clínico centrado na pessoa.

Percebe-se que há íntima relação com esta visão do processo de adoecimento com o que se trabalha na terapia comunitária sistêmica integrativa: a fala, que possibilita liberação de tensões e elaboração do pensamento, percepção das relações familiares e com a comunidade, partilha de experiências exitosas que podem mostrar possibilidades de tratamento/prevenção

(cuidado) e aceitação das situações que no momento não podem ser modificadas (ajudando na construção do plano terapêutico), fortalecimento do vínculo com o profissional e a comunidade.

Existe demanda da terapia comunitária de trabalhar o sofrimento em si, que se faz essencialmente pelo fato de a roda acontecer com a aplicação adequada da técnica. Entretanto, os grupos são bastante heterogêneos e chegam às rodas as mais variadas demandas, como: necessidade de acompanhamento médico, psicológico, usuários em surto psicótico, dúvidas relacionadas aos campos sociais e de direitos humanos, entre outras, que podem ser absorvidas a partir do bom vínculo do terapeuta com a equipe de Saúde da Família, bem como articulação com políticas intersetoriais. Além disso, é essencial o empoderamento/interação com as redes de apoio social, tendo os conselhos locais de saúde atuantes papel fundamental neste processo, além de servirem de elo e como propulsores para as práticas intersetoriais.

#### **4.1.1 A Saúde Mental dos Trabalhadores da APS e da ESF**

Brandt (2004), em pesquisa qualitativa com abordagem hermenêutica-dialética, estudou a existência de um processo de transformação do sofrimento em adoecimento nas relações de trabalho. Partiu do pressuposto de que o sofrimento é parte essencial da vida, constituindo bem para o sujeito, ao sinalizar perigo ao redor, alertando-o e preparando-o para ações transformadoras.

A pesquisa teve por objetivos identificar e compreender os dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento, bem como os destinos dados às manifestações, em empresa pública, de grande porte, do setor de serviços, situada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, durante processo de reestruturação organizacional.

O autor constatou, a partir de entrevistas com gestores, profissionais de saúde e familiares, que a transferência de decisões administrativas e problemas dos gestores para o setor saúde funciona como dispositivo importante para a quebra de identidade do trabalhador, levando ao adoecimento. Várias foram as formas de manifestação do sofrimento entre os trabalhadores: somatização, psiquiatrização, medicalização, licença médica, internação hospitalar, reinserção profissional e aposentadoria por invalidez. O autor concluiu que há um tabu em relação a expressão do sofrimento e que as gestões empresariais e de serviços de atenção à saúde normalmente não reconhecem estas manifestações, o que contribui para que se transformem em adoecimento, levando a uma quebra de resistência individual e coletiva dos trabalhadores (BRANDT, 2004).

Em contraponto aos autores que questionam a classificação patológica do sofrimento (inerente a vida), Goldberg e Huxley criaram a expressão Transtorno Mental Comum (TCM) para designar sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Também consideram TMC a depressão e a ansiedade. Para Coutinho e Almeida-Filho (1999), os transtornos mentais comuns representam importante problema de saúde pública, resultando em impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo dos trabalhadores. Além disso, os usuários com TCM podem ser submetidos à iatrogenia médica, quando têm os sofrimentos medicalizados, ao invés de serem oferecidas medidas individuais e coletivas de suporte, baseadas em acompanhamento multiprofissional e estímulo ao fortalecimento dos vínculos comunitários. Por vezes, são iniciados tratamentos medicamentosos sem indicações corretas que, em algumas situações, permanecem por tempo indeterminado, sem o seguimento clínico necessário. Estes fatos são reflexos do modelo biomédico hegemônico ainda vigente (BARRETO, 2008).

No Brasil, vários autores têm revelado alta prevalência desses transtornos nas populações estudadas, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais. Em populações gerais e de trabalhadores, os TMC apresentam alta prevalência, com consequências individuais e coletivas importantes.

Em busca de conhecer melhor esta realidade, realizou-se estudo em Botucatu, com objetivo de conhecer a relação entre demandas psicológicas, grau de controle e presença de suporte social no trabalho e prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Constatou-se que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC. A observação de associação - alta prevalência de TMC com elevado desgaste (classificação de Karasek) e baixa prevalência de TMC com baixo desgaste - aponta que, nesse município, as condições de trabalho na atenção primária constituem fator importante ao adoecimento dos trabalhadores. Revela-se a necessidade de intervenções direcionadas ao cuidado aos trabalhadores, à melhoria das condições de trabalho e ao aumento do suporte social (BRAGA; CARVALHO; BINDERLLI, 2010).

Carvalho Araújo e Bernardes (2016) realizaram estudo em Feira de Santana (BA), para investigar a prevalência de TMC entre os trabalhadores da APS, distribuídos entre oito áreas de

NASF. Incluíram-se os trabalhadores que estavam em efetivo exercício profissional, que aceitaram, voluntariamente, responder ao instrumento de coleta de dados e tinham tempo mínimo de seis meses de trabalho na unidade.

Aplicou-se instrumento padronizado, composto por oito blocos de questões sobre características sociodemográficas, características do trabalho, incluindo aspectos psicossociais, avaliação do estado de saúde do indivíduo e saúde mental através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (constituído por vinte questões mensuradas em escala dicotômica que avaliam nível de suspeição de transtornos neuróticos, envolvendo os seguintes grupos de sintomas: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos).

Os aspectos psicossociais do trabalho foram mensurados pelo Job Content Questionnaire (JCQ), que avalia níveis de controle do trabalhador sobre o próprio trabalho e as demandas psicológicas envolvidas na atividade laboral. As autoras encontraram prevalência global de TMC de 22,9%; que entre os trabalhadores do NASF, atingiu 31,6%. Observou-se associação positiva e estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre TMC e sexo feminino, qualidade de vida regular/ruim/muito ruim, estado de saúde regular/ruim/muito ruim, pressão do tempo, insatisfação com o trabalho e elevadas demandas psicológicas.

Santos *et al.* (2017) realizaram estudo com agentes comunitários de saúde em Montes Claros, MG, com objetivo de avaliar a prevalência de TCM e os possíveis fatores associados. Observou-se prevalência de transtornos mentais comuns de 41,6%. A maior prevalência esteve associada à cor autodeclarada não branca; à procura por apoio espiritual; à renda inferior a quatro salários-mínimos; à autoavaliação da saúde como ruim; ao relato de que o trabalho impactou na saúde; ao uso de calmante, tranquilizante ou antidepressivo; a não participação de programas de dieta, evidenciando-se, assim, elevada prevalência de transtornos mentais comuns, influenciada por fatores sociodemográficos e de saúde.

Segundo Dilélio *et al.* (2012), a avaliação da saúde dos trabalhadores do setor saúde tem sido amplamente estudada ultimamente, devido à importância desta força de trabalho em todo o mundo. No Brasil, o setor saúde emprega mais de 2,5 milhões de trabalhadores e um milhão deles está vinculado às atividades na atenção primária à saúde (IBGE, 2000). Em

novembro de 2020, o número de ACS no Brasil era de 257.745, o que representava cobertura de 61,13% (população estimada de 128.463.333 habitantes).<sup>3</sup>

Os trabalhadores da atenção primária à saúde apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive mental, e sabe-se que este adoecimento pode comprometer a qualidade de vida, além de afetar a qualidade da atenção dispensada à população. No referido estudo transversal, entrevistaram-se 4.749 trabalhadores de saúde de sete estados das Regiões Nordeste e Sul.

As variáveis utilizadas foram: sexo, idade (contínua e categorizada em 16-29, 30-49 e 50-82), renda individual, tabagismo (nunca fumou, já fumou, fuma), sedentarismo (sim/não – menos de 150 minutos de atividade física moderada e vigorosa por semana), presença de algum problema de saúde (sim/não), regime de trabalho precário. A prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 16%, sem diferenças estatísticas por região. Os agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores de nível médio foram os mais acometidos (18%); a proporção foi menor em outros profissionais de nível superior (10%), ficando médicos (15%) e profissionais de enfermagem (14,6%) em posição intermediária ( $p < 0,001$ ).

Observou-se que as características ocupacionais obtiveram a mais forte associação com a ocorrência de transtornos psiquiátricos menores na análise ajustada, sugerindo que a redução depende da melhoria de condições de trabalho na APS e na gestão do SUS (DILÉLIO, 2012).

#### **4.1.2 Síndrome de *Burnout***

Reitera-se que o profissional de saúde da APS atua de modo contínuo e muito “próximo” do objeto de trabalho (indivíduo, família e comunidade), o que pode acarretar exposição constante a duras situações do dia a dia e, conseqüentemente, a sobrecarga emocional. Há macropolítica de globalização, movida pela produtividade e competitividade, em que os trabalhadores estão inseridos. O capital tem sido cada vez mais valorizado em detrimento do trabalhador. Este panorama pode gerar desgaste e estresse, repercutindo diretamente na saúde (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Em 1974, Freudenberger criou a expressão *staff burnou* para nomear uma síndrome descrita por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental. A primeira a perceber que as pessoas acometidas por Síndrome de *Bournout* (SB) apresentavam atitudes

---

<sup>3</sup> Informações retiradas dos Site e-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em: 05 de julho de 2021.

negativas e de distanciamento pessoal foi a psicóloga social Cristina Malash, importante para fundir ao conceito anterior a importante questão social que o mesmo contém. Assim, Malash acrescentou a dimensão da realização profissional às dimensões anteriormente descritas por Freudenberg.

O conceito atual da SB, então, é baseado na perspectiva social-psicológica de Maslach. Em 1976, a partir da construção de modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar e compreender os sentimentos contínuos de apatia, desânimo e despersonalização, os estudos sobre este tema passaram a ter caráter científico.

Desde então, estes sintomas vêm sendo estudados e várias pesquisas têm sido realizadas, demonstrando que esta síndrome é bastante prevalente em profissionais de saúde (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

As autoras realizaram estudo com 153 profissionais de saúde da APS de Juiz de Fora. Dentre as variáveis do estudo, estavam a média de idade dos participantes, de 45 anos de idade (desvio-padrão: 9,78); 82,4% eram mulheres; 76,5% eram casados; 30,1% eram médicos; 69,3% possuíam casa própria quitada; e 55,2% pertenciam à classe B, conforme a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); a maioria tinha pós-graduação; 79,5% revelaram trabalhar mais de dez anos na área da saúde; 56,1% trabalhavam menos de dez anos na APS; e 72,7% trabalhavam menos de dez anos na UAPS. Mais da metade da amostra tinha apenas um vínculo de trabalho (65,6%); 69,5% trabalhavam quarenta horas semanais na UAPS; 19% trabalhavam em regime de plantão; 87,5% eram concursados. Observou-se prevalência de SB em 51% nos profissionais pesquisados, ou seja, 51% apresentavam alteração em ao menos uma das dimensões avaliadas (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

#### **4.1.3 Política Nacional de Humanização (PNH) / Projeto HumanizaSUS**

Diante do contexto adverso em que está inserido o trabalhador de saúde e devido ao foco deste estudo: as possíveis repercussões da terapia comunitária integrativa na vida do profissional de saúde, não se poderia deixar de discorrer sobre a PNH, lançada em 2003, pela Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. Esta política conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde, que constroem, de modo compartilhado, planos de ação para favorecer ações mais humanizadas na saúde (BRASIL, 2013).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013).

O HumanizaSUS propõe a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção do cuidado e dos processos de trabalho. As experiências exitosas de humanização que acontecem em várias partes do país norteiam as ações da PNH. Os princípios são:

- 1) Transversalidade: deve estar presente e perpassar todas as políticas do SUS, reconhecendo que diferentes experiências e práticas podem conversar e partilhar saberes, levando a produção compartilhada de saúde;
- 2) Indissociabilidade entre atenção e gestão: trabalhadores e usuários devem buscar conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde, formando um corpo que trabalhe em conjunto;
- 3) Protagonismo: estímulo à corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, que devem ter poder de participar das decisões (BRASIL, 2013).

Norteiam o trabalho da PNH: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013). A valorização da saúde do trabalhador é contemplada também pelo Projeto Cuidando do Cuidador, que engloba o planejamento de vários cuidados destinados a elevar a estima e a saúde do trabalhador, como a aplicação das práticas integrativas e complementares.

## 5 ABORDAGENS GRUPAIS

Tendo em vista ser o tema desta pesquisa: a terapia comunitária, prática caracterizada pelo trabalho em grupo, discorre-se neste capítulo sobre abordagens grupais e perfil dos terapeutas.

### 5.1 GRUPOTERAPIAS

O ser humano somente existe ou subsiste a partir das inter-relações grupais. A importância do conhecimento e utilização da psicologia grupal decorrem exatamente do fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo da vida interagindo com grupos diversos, o que vai desde o primeiro grupo natural que existe em todas as culturas, que é a família, passando por escolas, grupos de formação espontânea, até a vida adulta, quando constitui nova família e outros grupos próprios desta fase (associativos, profissionais, esportivos, entre outros). É importante que se faça a diferença entre agrupamento e grupo. O primeiro se refere a um conjunto de pessoas que convivem partilhando um mesmo espaço, relacionam-se e têm potencialidade de se tornarem um grupo propriamente dito, o que acontece quando os interesses comuns se transformam em interesses em comum (ZIMERMAN, 2010).

Para Zimerman (2010), há alguns requisitos que são importantes para considerar um grupo propriamente dito, independente da natureza terapêutica ou operativa. São eles:

- Constitui-se como nova entidade, com leis e mecanismos próprios, o que é diferente de um mero somatório de pessoas;
- Os integrantes estão reunidos em torno de um objetivo comum;
- O tamanho não deve exceder o limite que atrapalhe a indispensável preservação da comunicação (visual, verbal, auditiva e conceitual);
- Deve ter objetivos claramente definidos, estabilidade de espaço e tempo e outras variáveis que delimitam e normatizam a atividade grupal proposta;
- Precisa preservar a identidade individual de cada membro, apesar da formação de identidade grupal definida;
- Existência de forças contraditórias permanentemente em jogo: a coesão e a desintegração. A coesão está relacionada aos sentimentos de “pertinência”, que é o “vestir a camisa do grupo”, e “pertencência”, que se relaciona ao fato do indivíduo se sentir parte do grupo e ser reconhecido pelos demais membros como um membro efetivo. A coesão do grupo também depende da capacidade de perder e receber novos

membros, bem como da continuidade, caso contrário, o grupo caminha para desintegração (ZIMERMAN, 2010);

- Sempre há a formação de um campo grupal dinâmico, que é uma estrutura composta por vários fenômenos e elementos do psiquismo, articulados entre si, de modo que a alteração de cada um vai repercutir entre os demais, havendo constante interação entre todos. Neste campo, gravitam fantasias, ansiedades, papéis, entre outros. Segundo classificação baseada no critério finalidade, os grupos se dividem em: operativos - ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários; e terapêuticos. Estes podem ser: de autoajuda (na área médica em geral, na área psiquiátrica) e psicoterápicos, propriamente ditos (de base psicanalítica, psicodrama, teoria sistêmica, cognitivo comportamental, abordagem múltipla) (ZIMERMAN, 2010).

Evidencia-se que esta classificação tem finalidade didática e norteadora, pois sabe-se que não raro pode haver fusão de características de grupos pertencentes a diferentes classificações, como é o caso da terapia comunitária, um grupo terapêutico, baseado na teoria sistêmica, conforme classificação, porém não se encaixa em um grupo psicoterápico, pois não necessita de psicólogo para acontecer, mas de terapeuta comunitário, de preferência acompanhado de coterapeuta.

Segundo Zimerman (2010), entre os psicoterapeutas com base analítica, é consenso que o fenômeno essencial em que se baseia o processo de qualquer terapia analítica é o da transferência, ou melhor, múltiplas e variadas reações transferenciais, entendidas como os sentimentos dos pacientes em relação ao terapeuta. Já as emoções que se manifestam no terapeuta a partir do grupo são chamadas de contratransferências. Vale ressaltar que não obrigatoriamente estas sensações são percebidas pelo terapeuta.

Para Andréa (2006), em análise sobre o processo de transferência e contratransferência em grupos terapêuticos com base psicanalítica, o afeto está presente em cada história trazida, perdurando durante toda a sessão, independente da origem. Desta feita, é objetivo do terapeuta, na condução do grupo terapêutico, atuar diretamente a partir do afeto, nas relações entre os membros do grupo e destes, com o terapeuta, no vínculo transferencial. É importante que o terapeuta esteja consciente dos próprios afetos, para que o "sentir" seja um instrumento de crescimento pessoal e para os participantes do grupo.

Mesmo nos grupos de terapia comunitária, em que prescinde a necessidade de o terapeuta ser graduado em psicologia ou em outro curso superior, ou seja, não exige que a

terapia seja conduzida por alguém com formação específica nesta área, os afetos estão presentes e é importante que o terapeuta comunitário tenha instrumentos que possibilitem o autoconhecimento, permitindo que possa lidar adequadamente com esses afetos que permeiam as relações grupais. Desta maneira, conclui-se que a existência de intervenção prática dos terapeutas comunitários, tanto durante formação quanto após, é fundamental para condução adequada do grupo e crescimento do terapeuta.

## 5.2 O PERFIL DO TERAPEUTA DE GRUPO

O papel do terapeuta é fundamental, para que o processo grupal transcorra de forma participativa, harmônica, adequada ao momento de existência, podendo atingir os objetivos primordiais. Trata-se de função extremamente desafiadora e gratificante. Para Emílio (2003, p.1), “o perfil do grupo terapeuta se refere àquelas características pessoais que determinam sua atitude frente ao grupo. Não pode ser treinado ou aprendido, mas obtido a partir de características já presentes, aliadas ao estudo de grupo e ao desenvolvimento pessoal.”

Zimerman (1997) listou alguns atributos essenciais aos coordenadores dos grupos: coerência; senso de ética (deve impedir que conceitos e julgamentos interfiram no processo grupal); paciência (postura ativa de espera pelo desenvolvimento do outro); empatia. Ser continente também é atributo importante para o terapeuta de grupo e significa a capacidade de acolher e compreender as necessidades do outro, ajudando-o a dar sentido as mesmas, na dose e no ritmo adequados às necessidades.

Além desses, a capacidade negativa que diz respeito a conseguir reconhecer e conter as emoções negativas geradas em si e pelo grupo, sendo capaz de conter angústias e sentimentos inadequados, sem se sentir culpado ou envergonhado por isso.

## 5.3 O PERFIL DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO

Como percebe-se, as referências no item anterior se relacionam ao perfil do terapeuta de base analítica, entretanto, há convergências de atributos entre estes terapeutas e os terapeutas comunitários. Por outro lado, o terapeuta comunitário não deve assumir o papel de especialistas, fazendo interpretações ou análises, pois não foi formado para lidar com traumas profundos e doenças (BARRETO, 2008).

Para Barreto (2008, p. 46), é importante que o terapeuta comunitário “tenha aprendido na escola da vida, que saiba amar o próximo, que saiba situar os problemas, escutar o outro com paciência, que não queira se promover ou se autoafirmar apoiado na carência do outro”. É importante que o terapeuta não extrapole o limite de atuação, para isso, é necessário que esteja

consciente da função da terapia comunitária, que não é resolver os problemas das pessoas, mas criar um campo propício, para que as pessoas desabafem inquietações, partilhem experiências e possam ressignificar sofrimentos, encontrando soluções para os problemas, apoiados e identificados com o grupo, levando, assim, ao fortalecimento das redes sociais comunitárias. “O terapeuta comunitário deve agir como maestro de uma orquestra, fazendo com que todos os músicos usem bem seus instrumentos. Precisa saber que a riqueza do grupo não está fora, mas dentro dele” (BARRETO, 2008, p. 47).

Diferentemente do que ocorre nas terapias grupais de base analítica, o terapeuta pode interagir em igualdade e falar dos sentimentos, ele faz parte do grupo, ao invés de conduzir o grupo de uma posição externa. A essência do papel do terapeuta é ajudar na descoberta dos recursos individuais e comunitários e mobilizar o possível em cada um, devendo evitar a luta pelo consenso, valorizando a diversidade de pensamentos, formas de ser. Para se tornar um bom terapeuta, é essencial que consiga lidar com as diferenças, sem querer dominar ou convencer as pessoas sobre pontos de vista determinados (BARRETO, 2008).

Reitera-se a importância, para o terapeuta comunitário integrativo, de haver sintonia entre as realidades externa e interna, o que se torna evidente na parte vivencial do curso de formação, que vai além da parte prática e vivencial. É essencial que o terapeuta comunitário observe a si, a partir das ressonâncias existentes nas práticas de cuidado e nas vivências terapêuticas realizadas durante a formação e, posteriormente, nas intervisões (BARRETO; BARRETO, 2021).

Denomina-se intervisão o processo de ação-reflexão-ação realizado pelas equipes dos polos de formação em TCI com os terapeutas formados e atuantes no território. Este termo vem da palavra supervisão, que denota forma vertical de avaliar. Para além da mudança conceitual, há esforço contínuo por assumir processo horizontal tanto na formação em TCI quanto no acompanhamento posterior do terapeuta comunitário (BARRETO, 2008).

#### 5.4 OS VALORES DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO

A terapia comunitária integrativa se afina com o desejo de uma sociedade inclusiva, forjada a partir da prática da solidariedade, cooperação, partilha, diálogo e respeito, que motivam o indivíduo a conhecer a si mesmo e aos outros, se fortalecendo e sendo capaz de transformar a realidade individual e coletiva. O terapeuta comunitário é um ator fundamental nessa busca pela promoção da saúde e melhoria das condições de vida da comunidade, precisando trazer consigo e/ou estar apto a desenvolver, por meio da ação-reflexão e partilha

de saberes, características relevantes, como gostar de gente, aprender e ensinar, trabalhar em grupo, desenvolver atividades criativas, além de ter amor pelo que faz, ser crítico construtivo, acolhedor, humilde, sensível (BARRETO; BARRETO, 2021).

Ao seguir essa linha de pensamento, Barreto (2018) elencou valores indispensáveis para que o terapeuta comunitário possa agir para além das informações técnicas adquiridas e realizar, de fato, o papel de se transformar e facilitar a potencialização dos processos de construção social, tanto individual quanto coletivamente. São valores essenciais do terapeuta comunitário:

- Acolher a si e ao outro: aceitar as próprias fraquezas e receios, estar aberto a compreender a realidade do outro, compreender as diferenças entre as pessoas, ser avesso a qualquer tipo de discriminação, ficar atento às diversas formas de comunicação que acontecem na roda e acolhê-las, saber acolher o inesperado;

- Ser simples: ter consciência do quanto ainda tem a aprender, se permitir aprender com o outro, respeitar o lugar de fala e de sabedoria; ser simples no comportamento e também na linguagem;

- Circularidade do cuidar: saber ofertar o cuidado, sobretudo, saber recebê-lo;

- Valorizar as emoções: estimular as pessoas a expressarem emoções, pois elas caracterizam os indivíduos como humanos e, independente das diferenças externas, fortalecem os laços de união e igualdade;

- Ousar, transgredir: sem descaracterizar a proposta da terapia comunitária integrativa, dar espaço à criatividade e às adequações que, por vezes, fazem-se necessárias na roda. Importante também ousar, no sentido de vencer o medo e se expor, de acolher o diferente, deixando as pessoas mais à vontade para também serem elas mesmas;

- Gerar dúvidas nas certezas, com perguntas que façam pensar: sair da zona de conforto dos pensamentos prontos e cristalizados, estar disponível a crescer a partir das trocas com os outros e das próprias vivências, construindo pensamento crítico diante da realidade da vida e estimulando a capacidade de mudança inerente ao indivíduo e grupo. A habilidade de fazer perguntas que façam o indivíduo refletir sobre si e as relações estabelecidas na família, no trabalho, na comunidade e com o planeta, é fundamental ao terapeuta, para que possa ser um agente fomentador de transformações positivas na vida das pessoas e na própria vida;

- Circularidade e horizontalidade do cuidado: reconhecer que o outro tem o que dizer a partir da vivência. Não existem serem superiores, trata-se de partilha de experiências, ora se ensina, ora se aprende. Cada um precisa ter consciência dos limites e perceber as competências

dos outros como complementares, devendo o terapeuta fazer perguntas adequadas e ouvir quem precisa falar;

- Ver o outro como recurso e não como receptor: o ser humano cresce pelo diálogo e pela comunhão. Para que isso ocorra, é necessário que se esteja, de fato, aberto ao outro;

- Aceitar a imprevisibilidade: no trabalho comunitário, como na vida, acontecem situações inesperadas, que independem de planejamento anterior. O terapeuta precisa ser flexível e atento para se adaptar às demandas que possam surgir no decorrer da terapia, colhendo o melhor de cada situação e transformando os imprevistos em potência para o crescimento do grupo;

- Usar o humor com amor: o terapeuta comunitário que é comprometido e amoroso, dedica-se para realizar a roda de forma leve e alegre. O humor, desde que praticado de forma cuidadosa, pode ter o poder de quebrar o clima tenso que às vezes ocorre em algumas rodas, correspondendo a um recurso cultural indispensável no trabalho em grupo, podendo favorecer a resignificação das dificuldades e estimular a capacidade de mudança da realidade (BARRETO; BARRETO, 2021).

Para Barreto (2008), é importante que o terapeuta comunitário se dispça de alguns valores preconcebidos, que possam dificultar a interação efetiva com o outro. Por vezes, o estudo na academia leva a um acúmulo de complexidades que podem atrapalhar a abertura a outros tipos de saberes, sendo necessário que o terapeuta esteja atento a esta questão.

## 6 A CRIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA

A terapia comunitária foi criada em 1987, a partir de vivências e estudos feitos no bairro Pirambu, Fortaleza, a partir da necessidade da comunidade, a qual, inicialmente, foi oferecido serviço de assessoria jurídica pelo advogado Aírton Barreto, que fez opção de morar nesta comunidade, após conclusão do curso de graduação em direito. Quando percebeu que ao invés de questões advocatícias, a demanda maior era o sofrimento mental, passou a encaminhar pessoas para serem atendidas pelo irmão, Adalberto Barreto, médico psiquiatra e professor do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC). Como a demanda de pessoas em sofrimento e com problemas de saúde mental foi aumentando muito, resolveu o professor fazer o caminho inverso, levando os alunos à comunidade do Pirambu, para acolher essas pessoas.

Segundo ele, em um processo participativo com a comunidade local, desenvolveu uma tecnologia de cuidado em saúde mental: a Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica, definida como espaço comunitário, em que, mediante a partilha, circular e horizontal, de experiências de vida e sabedorias, cada um se torna terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias dos outros participantes (BARRETO, 2008). A TCI é composta de seis etapas:

- **Acolhimento:** com duração de cerca de 10 minutos, normalmente, é realizada pelo coterapeuta, que dá boas-vindas aos participantes, deixando-os à vontade e confortavelmente acomodados em círculo. É importante ressaltar que os problemas e as soluções estão na própria comunidade, desde que as pessoas se disponham a se escutar e a serem altruístas consigo e com as outras. São mencionadas as regras/orientações que fazem parte da metodologia da terapia e que orientam para o alcance dos objetivos do encontro, baseadas na importância da consciência do “eu” e da aceitação e respeito à diversidade. São elas: não dar conselhos; não julgar; não fazer sermão, discurso ou análise; falar de si – usando o “eu”; silêncio acolhedor; propor músicas, piadas ou provérbios que tenham a ver com o tema. Esta última orientação tem como objetivo “quebrar o gelo”, relaxar diante de inquietudes, muitas vezes, por demais densas, integrar os componentes, tentar enxergar as dificuldades de forma mais leve. Em seguida, parte-se para celebrações, para lembrar que independente das dificuldades que se estejam acontecendo, sempre há motivos para celebrar e ser grato.

• **Escolha do tema:** duração de cerca de 10 minutos. No clima de descontração e acolhimento, o terapeuta explica a importância de externar, por meio da fala, as inquietações. Lembra que, segundo as palavras do Prof. Adalberto: “Quando a boca cala, os órgãos falam” e “quando a boca fala, os órgãos saram”. Ao mesmo tempo que estimula a participação de cada um a dizer os sentimentos que mais os incomodam, esclarece que isso deve ser feito como “dar uma manchete de jornal”, ou seja, dizer a inquietação em poucas palavras, pois por uma questão de tempo, é necessária votação para que a pessoa que tem a inquietação com mais ressonância com os demais participantes seja escolhida e a pessoa possa abrir o coração sobre a dificuldade. Nesta etapa, é de suma importância esclarecer que todos os problemas são importantes e que haverá outras oportunidades nas próximas rodas; dizer também que as pessoas que sentirem necessidade podem procurar o terapeuta ou coterapeuta no final da roda. Na maioria das situações, com o transcorrer da roda e, principalmente, na hora da partilha de experiências, os candidatos a expor a situação na roda (que não foram selecionados pelo grupo) se sentem contemplados. Nesta fase, também é importante colocar para o grupo que, apesar de contar com o bom senso de todos os participantes, é prudente evitar contar segredos. Enquanto cada pessoa vai expondo os problemas, o terapeuta vai anotando o nome do participante e sua inquietação. Neste momento, é essencial que o terapeuta faça a restituição para o participante, ou seja, faça a pergunta do que ele entendeu como sendo o sentimento/dificuldade principal da pessoa, para confirmar se é isto mesmo que a pessoa está querendo/necessitando expressar. Após a apresentação dos temas, o terapeuta pede para que as pessoas que quiserem, falem, em poucas palavras, com qual tema se identificou e o porquê. Em seguida, é feita a votação, lembrando que cada pessoa somente pode votar uma vez, é permitido que a pessoa vote em si mesma ou em outra pessoa, caso se sensibilize mais com a inquietação do outro do que com o que inicialmente expôs sobre si. A seguir, o terapeuta agradece a participação de todos nesta etapa e reitera que todas as dificuldades são importantes e que a votação ocorre por questão de limitação de tempo e para detectar com qual inquietação a maioria dos participantes entra em ressonância naquele momento.

• **Contextualização ou escolha do tema:** nesta etapa, a pessoa que teve a dificuldade escolhida é convidada a abrir o coração, a falar mais para que sua inquietação possa ser compreendida dentro do contexto. O grupo pode fazer perguntas que ajudem a compreender a partilha. A duração média desta etapa é de 15 minutos e o terapeuta deve

estar atento para perceber se todos estão atentos ouvindo o colega, evitando conversas paralelas e/ou outros tipos de dispersão. Às vezes, manter o grupo focado é um desafio, a depender do espaço onde está sendo realizado a TCI, do tema e dos participantes.

- **Problematização:** nesta etapa, que deve durar cerca de 45 minutos, os participantes, exceto a pessoa que expôs a inquietação, são convidados a falar de si mesmos sobre o que os despertou a partir do mote da reunião, que situações semelhantes foram vivenciadas e como fizeram para superar/lidar com estas situações.

- **Encerramento:** duração de cerca de 10 minutos. Inicialmente, o terapeuta ou coterapeuta convida os participantes a ficarem de pé e fazerem grande roda, realizando movimentos laterais suaves de um lado para outro. Em seguida, o terapeuta abre espaço para os membros dizerem o que mais tocou, o que foi aprendido na roda.

- **Apreciação:** esta fase é própria da equipe que está conduzindo a terapia, em que o grupo faz reflexão sobre o desempenho na realização da TCI, considerando as diferentes etapas, com objetivo de aprimoramento das rodas.

## 6.1 OS PILARES DA TERAPIA COMUNITÁRIA

Os alicerces teóricos da terapia comunitária integrativa são: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência (BARRETO, 2006).

A palavra comunidade é composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que as pessoas têm em comum (BARRETO, 2010).

Em relação à Terapia Comunitária, o autor acima mencionado descreve:

O pensamento sistêmico nos diz que as crises e problemas só podem ser entendidos e resolvidos se forem percebidos como partes integradas de uma rede complexa, que ligam e interligam as pessoas num todo. Somos um todo, em que cada parte influencia e interfere na outra parte. Portanto, se o sofrimento humano é decorrente do macro contexto econômico político e social, as respostas devem ser também sistêmicas, mobilizando recursos da multicultural brasileira [...] (BARRETO, 2010, p. 37).

A Teoria da Comunicação “nos aponta para o fato de que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade” (BARRETO, 2011, p. 28).

Por intermédio da comunicação, pode-se compreender que todo comportamento, individual ou de grupo, verbal ou não verbal, tem valor de comunicação no processo de entendimento das várias possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao

comportamento humano. Segundo o autor, a comunicação clara e sincera pode ser um verdadeiro instrumento de transformação, evitando efeitos nocivos.

Essa teoria corrobora o pensamento de Vigotsky (1920), que traz a comunicação, no caso, o pensamento e a expressão deste, como o que diferencia o homem, na escala evolutiva. Porém, enfatiza que o indivíduo vai se tornando “humano”, de acordo com sua inserção geográfica, social, histórica e cultural. Conceitua significado como sendo o item em si, e sentido, o que esse item representa nas diversas culturas de interação e traz as narrativas como um meio utilizado para compreender as dificuldades e encontrar as soluções (GÓES; CRUZ, 2006).

Mais especificamente relacionando ao processo educativo, alguns conceitos norteiam a obra de Vigotsky (1920):

- **Internalização:** significa a transformação da aprendizagem feita pelo educando, a partir de ferramentas educacionais e culturais, “incluindo” para si, significados próprios;
- **Mediação:** função primordial do professor (“terapeuta”), que inclui também outros recursos, como obras de arte, livros, atividades pedagógicas;
- **Zona de desenvolvimento proximal:** distância entre a aprendizagem atual real e o potencial que o educando pode alcançar com a ajuda de alguém. Observa-se que os conceitos acima estão intimamente relacionados com o que se espera do processo da terapia comunitária, que visa fortalecer a autonomia individual e coletiva, sempre respeitando o contexto de vida de cada um, mas também a riqueza e a essencialidade que são as trocas interpessoais, com a mediação do terapeuta, que pode usar de vários recursos para estimular esse processo de crescimento individual e coletivo (CHAIKLIN; PASQUALINI, 2011).

A antropologia cultural, considerada um dos cinco pilares da terapia comunitária, mostra o valor da cultura, conjunto de realizações de um grupo social, que funciona como referencial para os membros. A cultura é um elemento fundamental na identidade individual e coletiva.

É a partir dessa referência que podemos nos afirmar, nos aceitar e nos amar, para então poder amar os outros e assumir nossa identidade como pessoa e cidadão. Dessa forma, podemos romper com a dominação e com a exclusão social, que muitas vezes, nos impõe uma identidade negativa ou baseada nos valores de uma outra cultura que não respeita a nossa (BARRETO, 2011, p.) 29).

A pedagogia de Paulo Freire mostra que ensinar vai muito além da transferência de conhecimentos de “quem sabe” para “quem não sabe”, exige respeito autonomia do ser educando, bom senso, humildade, tolerância, apreensão da realidade, alegria e esperança. Ensinar é, sobretudo, troca de vivências e saberes, partindo do pressuposto de que não há ser humano que não carregue o próprio saber e que a riqueza está exatamente nessa partilha, na possibilidade de o educador ensinar e, ao mesmo tempo, aprender (FREIRE, 2006).

Para Carvalho *et al.*:

A pedagogia libertadora de Paulo Freire e a terapia comunitária integrativa carregam em suas essências aspectos que convergem para princípios comuns que se relacionam significativamente uns com os outros: a autonomia do sujeito, a horizontalidade do saber, a educação como prática libertadora e a incompletude do ser humano (CARVALHO *et al.*, 2013, p. 2032).

A resiliência, um outro pilar da terapia comunitária, teve o primeiro estudo atribuído à professora de psicologia infantil da Universidade de Nebraska, Emmy Warner, nos Estados Unidos, nos anos 1950. Ela assistiu a setecentas crianças em situação de vulnerabilidade (saúde debilitada, retardo intelectual, carência afetiva e estrutura familiar instável) e, trinta anos após, conseguiu reencontrar duzentas destas crianças. Observou que 72% tinham apresentado evolução desfavorável, como era de se esperar; entretanto, surpreendentemente, 28% não sofriam de distúrbios psíquicos, constituíram família e tinham uma profissão. O que este grupo de crianças teria de diferente das demais? Este estudo estimulou vários cientistas a aprofundar pesquisas neste campo (CABRAL; CYRULNIK, 2015).

O conceito de resiliência, relacionado às ciências da saúde e humanas, aborda a capacidade que a pessoa tem de sair fortalecido de situações difíceis, mesmo que estas possam oferecer risco à saúde e/ou ao desenvolvimento, podendo ser construído a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente. Também pode ser compreendida como competência não apenas do sujeito, mas de algumas famílias e coletividades. É um fenômeno complexo, que se interliga a inúmeros contextos, com os quais o sujeito interage de diversas formas (SILVA, 2003).

Barreto (2015) elucida que o sofrimento é a matéria-prima para o crescimento pessoal e caso não seja canalizado para o autoconhecimento, consciência da necessidade de interação com o outro e transformação, implica estagnação e sentimento de impossibilidade de lidar e/ou superar os obstáculos, levando a “síndrome da miséria psíquica – *se ficar o bicho pega e se correr, o bicho come*” (BARRETO, 2015, p. 269).

É necessário refletir sobre a proposta metodológica da terapia comunitária, que busca a ruptura do modelo clínico clássico centrado na patologia, para um modelo solidário, que utiliza os recursos existentes na própria comunidade, mobilizados pelo autoconhecimento e pela partilha. O objetivo da formação e prática como terapeuta comunitário é que o terapeuta seja visto também como beneficiário. Ele não vai fazer a formação exclusivamente para aplicar as técnicas no outro, para melhorar o outro, para resolver os problemas da vida do outro e ser o “salvador da pátria”. Ele vai, mediante a formação, mergulhar em si mesmo, aparar arestas e, na perspectiva do amor e da corresponsabilidade, gerar autonomia e protagonismo para si e a comunidade (BARRETO, 2008).

O homem que sofre não pode ser visto como alguém que tem uma fragilidade ou uma carência. Tal percepção desencadearia um tratamento voltado para repor o que falta, além de desqualificar as relações humanas, afetivas e culturais, muito eficientes quando mobilizadas. Precisamos compreender que um homem só pode sobreviver se puder contar com uma teia de apoio e suporte. Nesse sentido, procuraremos ajudá-lo a descobrir tanto seus recursos internos quanto os recursos externos presentes em seu contexto familiar e comunitário (BARRETO, 2015, p. 269).

O objetivo da terapia comunitária não é buscar carências, fraquezas ou diagnosticar problemas, mas identificar a força e as competências dos indivíduos, das famílias e comunidades, para que possam construir as próprias formas de enfrentamentos às dificuldades inerentes à vida humana (BARRETO, 2011).

O método da terapia comunitária surgiu a partir da necessidade das pessoas e da percepção dos profissionais em relação ao potencial terapêutico desses encontros. Assim, a cada encontro, o número de pessoas foi aumentando e sendo experienciadas formas mais “adequadas” de conduzir as rodas. O método foi construído e, posteriormente, começou todo um processo formativo de terapeutas comunitários. Trata-se de tecnologia leve, de baixo custo e com resultados eficazes.

Terapia é uma palavra de origem grega (*therapeia*) que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Assim, o terapeuta é alguém que acolhe e cuida dos outros de forma calorosa.

## 6.2 MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA – MISMEC/4 VARAS

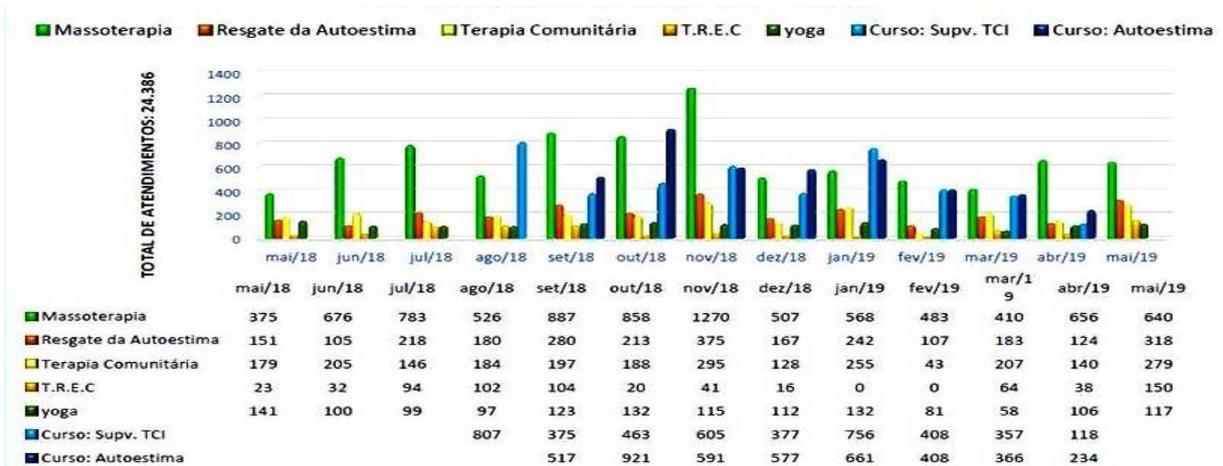
O Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - MISMEC/ 4 (Quatro) Varas é uma entidade civil, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública municipal. Tem caráter filantrópico e base comunitária. Há 33 anos desenvolve trabalho na área de promoção da saúde comunitária, mediante projeto interdisciplinar e transcultural, em parceria com o Departamento de Saúde Comunitária e da Pró-reitora de Extensão da Universidade Federal do Ceará, onde, além da terapia comunitária, acontecem várias outras modalidades de práticas integrativas da comunidade, como massoterapia, escalda-pés, resgate da autoestima, terapias holísticas, terapia antiestresse, atendimento com rezadeira, entre outras.

A experiência em saúde comunitária do Projeto Quatro Varas, ao longo desses anos de existência, tem ocorrido da seguinte forma (MISMEC, 2019):

- Mais de 2 milhões de atendimentos;
- 26.660 Terapeutas Comunitários certificados pela Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará;
- 51 Polos Formadores de TCI;
- Rede de TCI em todos os estados brasileiros; na Europa: França, Suíça, Alemanha, Itália e Dinamarca; na África: Moçambique; na América Latina: Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Venezuela, Colômbia e Equador.
- Produção científica: 40 vídeos, 4 livros, 30 artigos, 23 dissertações e teses de doutorado, cartilhas, anais etc.

Além da terapia comunitária, o MISMEC IV Varas também atua em várias outras formas de cuidado, conforme Gráfico abaixo, retirado do relatório das atividades realizadas entre maio de 2018 e maio de 2019.

Gráfico 1 – Total de atendimentos mensais por atividades realizadas no Projeto Quatro Varas, maio de 2018 a maio de 2019



Fonte: Relatório do Projeto Quatro Varas – MISMEC – CE (2019).

Observa-se no Gráfico 1 que em todos os meses, no referido período, a massoterapia teve a quantidade de atendimentos mais expressiva, ficando a terapia comunitária e a terapia de resgate da autoestima acontecendo em percentual bastante próximo e em menor quantidade, sessões terapia de redução do estresse e yoga. O Curso de Formação Continuada em Terapia Comunitária e de Resgate da Autoestima ocorreu entre agosto de 2018 e abril de 2019, o que pode justificar o maior número de realização destas práticas. No Ceará, além do MISMEC-CE-Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - Projeto 4 Varas, há outros polos formadores: CEFKOM-CE - Centro de Estudos e Pesquisas da Família e da Comunidade, no Eusébio; MSMCBJ-CE - Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ); MISC CARIRI-CE - Polo de Cuidado.

A terapia comunitária, junto com outras Práticas Integrativas e Complementares (PICS) vem somar a estas estratégias métodos mais humanos e efetivos, no cuidado em saúde individual, familiar e comunitário. A terapia comunitária pode contribuir para construção de clínica ampliada e valorização dos recursos do território, desde que a atuação do terapeuta comunitário seja estendida a uma equipe multidisciplinar, trabalhando a intersectorialidade, fortalecendo as redes sociais e aumentando o campo de ação (PADILHA; FERREIRA, 2012).

A TCI também ajuda a fortalecer uma das diretrizes fundamentais do SUS: a participação popular, já que uma premissa do método é o fortalecimento da comunidade, a partir do entendimento de que os problemas nascem na comunidade e por ela podem ser resolvidos, estando, assim, em total consonância com os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Trata-se de exercício de respeito e de democracia. Pode participar qualquer

pessoa, de qualquer idade, estando ou não em sofrimento mental, fomentando a formação de redes sociais e, portanto, atuando como forma potente na prevenção de agravos em saúde mental (BARRETO, 2008).

A terapia comunitária foi incluída na lista das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), de acordo com a Portaria 849, do Diário Oficial da União, 2017, em que se definiu que o Sistema Único de Saúde deve disponibilizar à comunidade. As PICS são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para curar e prevenir diversas doenças, como hipertensão arterial sistêmica e depressão. Com esta portaria, o SUS passa a ofertar 19 práticas integrativas e complementares à população, ampliando o escopo da Política anterior, em que constavam apenas cinco: homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia e termalismo social/crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017).

### 6.3 A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA (ABRATECOM)

Como resultado da formação de Terapeutas Comunitários em todo o país que se engajaram em movimento para expandir a formação em TCI em todo o Brasil, criou-se a Associação Brasileira de Terapia Comunitária. A ABRATECOM é uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo fortalecer o desenvolvimento da Terapia Comunitária Integrativa, unindo pessoas e instituições, promovendo cuidado e criando redes.

Criada em 1º de maio de 2004, em Brasília, durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, tem como uma das missões expandir a formação em TCI, congregando os Polos Formadores, instituições responsáveis pelos cursos de formação. Credenciou, desde a formação, mais de 40 Polos Formadores e de Cuidado, nas cinco regiões brasileiras, com estimativa de 30.500 terapeutas comunitários capacitados, entre estes mais de 3.000 trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias, formados por parcerias governamentais. Há também polos formadores ligados à ABRATECOM em outros países: Argentina, Chile, Equador, República Dominicana (ABRATECOM, [200-]).

#### 6.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19

A OMS declarou em 30 de janeiro de 2020 o surto de coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência de Saúde Pública em fevereiro de 2020, pela Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020 [portaria]). Junto com o decreto, vieram várias medidas conhecidas, como a lavagem sistemática e frequente das mãos, o uso de máscaras e o isolamento social, que propunha evitar sair de casa e, se necessário fosse, manter distância mínima de um metro de outras pessoas.

Atualmente, essas medidas se mantêm, exceto o distanciamento entre os indivíduos, que deve ser de 1,5 a 2,0m. Estas novas formas de viver, associada ao medo de contaminação e morte por desconhecida patologia, têm amplo potencial de influência sobre os problemas de saúde mental da população em geral, incluindo os profissionais de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as incertezas provocadas pela Covid-19, os riscos de contaminação, isolamento forçado e a crise financeira inesperada podem gerar depressão e pensamento suicida, como também agravar transtornos existentes antes da pandemia (WHO, 2020).

Os casos de transtorno mental em pandemias tendem a ser em maior número do que o de doentes acometidos pela infecção responsável pela pandemia (CORREA, 2020). O que fazer para promover a saúde mental diante de uma situação tão devastadora como está sendo a pandemia da COVID-19? A TCI se mostrou eficaz no acompanhamento de pessoas que sofreram catástrofes, como ocorreu em Brumadinho, 2019, e deslizamentos em comunidades localizadas na baixada santista em 2020 (SILVA *et al.*, 2020a).

A despeito da TCI trabalhar aspectos importantes para o fortalecimento da identidade, do empoderamento e de vínculos comunitários, característica fundamental, até então, era o encontro físico.

Diante do novo contexto, um grupo de pesquisadores em terapia comunitária, com apoio da ABRATECOM, da Associação Brasileira de Psiquiatria Social (APSBRA), Rede Latino-americana de Terapia Comunitária, Rede Europeia de Terapia Comunitária Integrativa e do Departamento de Saúde Mental Comunitária da Associação Mundial de Psiquiatria Social (WASP), uniram-se para realizar ação conjunta no Brasil, na América Latina e Europa. Formulou-se protocolo visando nortear terapeutas comunitários e gestores sobre a

aplicabilidade da terapia comunitária durante a pandemia da COVID-19. Este documento foi baseado em trabalhos científicos existentes até o momento e em experiências de terapia comunitária on-line que começavam a surgir em alguns pontos do país e do mundo (BARRETO, 2020).

De março a agosto de 2020, realizaram-se 695 rodas on-line, com a participação de mais de 13.000 pessoas oriundas de 15 países (Chile, Equador, Peru, República Dominicana, Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Colômbia, México, Portugal, França, Suíça, Itália). Destas, surgiram 3.475 inquietações e, dentre elas, em primeiro lugar, esteve medo/ansiedade (53%), por conta das incertezas da pandemia, como medo de perder familiares, o emprego, de enfrentar o futuro. As rodas foram realizadas em quatro idiomas, evidenciando que as emoções eram as mesmas, mostrando que a dor e o sofrimento não têm fronteiras e une as pessoas como humanidade (ADALBERTO BARRETO, 2021, Informação verbal)<sup>4</sup>.

Dessa forma, os terapeutas comunitários formados no modo presencial passaram a ter a possibilidade de atuação on-line, já que houve a suspensão das atividades em grupo na ESF, deixando lacuna nesta importante forma de promoção da saúde.

Desse modo, as rodas de terapia comunitária que sempre tiveram forte marca do contato, da presença, do olho no olho, foram avaliadas e testadas, pelo criador e pela ABRATECOM, para ocupar espaço nas redes de conectividade. As rodas on-line seguem as mesmas etapas das presenciais, com algumas particularidades (BARRETO, 2020),

No acolhimento, inseriu-se nova regra: ter paciência com as possíveis dificuldades com a tecnologia, tanto relacionadas à conexão com a rede, quanto as dificuldades que os participantes possam vir a ter no manuseio do sistema (BARRETO *et al.*, 2020).

Conforme experiência da pesquisadora no território, durante a escolha do tema na terapia presencial, conforme mencionado anteriormente, as pessoas que queriam falar o tema e não foram escolhidas pelo grupo, ficavam à vontade para procurar o terapeuta no final da roda. Na TCI on-line, é orientado que quem sentir necessidade deve mandar mensagem de *WhatsApp* para o número do telefone da terapia e o contato da equipe será feito com o usuário.

Assim, tomam-se os devidos encaminhamentos, que podem ser: uma conversa por telefone, uma orientação ou marcação de consulta. Percebe-se que, na maioria das situações, com o transcorrer da terapia, as pessoas que não tiveram o tema escolhido se sentem

---

<sup>4</sup> BARRETO, Adalberto. Informação retirada da gravação da banca de defesa da dissertação de mestrado intitulada *Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica na Vida Pessoal e Profissional dos Terapeutas Comunitários*, realizada virtualmente em 19 de jul. de 2021.

contempladas, mas é dada essa possibilidade de contato com o terapeuta, caso a pessoa necessite.

Em todas as etapas na TCI on-line, de modo geral, tentam-se recursos visuais e sonoros, para alertar o grupo, para que a terapia transcorra da melhor forma possível, apesar da privação do contato físico. Tem sido experiência nova e desafiadora para os terapeutas e participantes, com muitas descobertas, inclusive da possibilidade de agregar pessoas dos mais diversos lugares nas rodas de terapia.

Por outro lado, paciente com baixo poder aquisitivo e/ou dificuldades em lidar com a tecnologia ficam impossibilitados de participar, por não ter aparelho celular ou computador adequado ou não conseguir acessar as mídias, principalmente quando não se consegue um familiar ou alguém da comunidade que possa fornecer esse apoio.

Outro fator que tem dificultado a participação das pessoas, na experiência, é quando não há local em que a pessoa se sinta à vontade para participar do grupo on-line. Entretanto, há inúmeras experiências exitosas neste campo da TCI on-line, principalmente no contexto de “isolamento” social (BARRETO *et al.*, 2020).

Considerou-se positivo o efeito causado pelas rodas virtuais, que conseguem, normalmente, manter o caráter grupal e benéfico aos participantes. Estas rodas têm sido ofertadas também aos trabalhadores de saúde da linha de frente do combate à COVID-19. (BARRETO *et al.*, 2020).

Há que se observar que, se por um lado, esse isolamento provoca doloroso afastamento da presença física, por outro lado, no que diz respeito à terapia comunitária, proporciona conexões com pessoas de várias partes do mundo, partilhando e interagindo entre si. Cada aniquilação material pode provocar reconstrução simbólica. Assim, surgiu a terapia comunitária há quase quatro décadas, no Pirambu; cada episódio trágico ocorrido na comunidade motivava a reunião da comunidade, com propósito de transformar a destruição em reflexão e nova perspectiva de vida (BARRETO, 2010). E, assim vem ocorrendo, desde a chegada da pandemia da COVID-19: com a impossibilidade do encontro físico, anteriormente condição *sine qua non* para o desenvolvimento da TCI, abriu-se abrangente leque de acesso das pessoas à terapia comunitária, a TCI on-line.

## 7 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, detalha-se o tipo de estudo, a população, a forma de identificar e captar os participantes da pesquisa, como ocorreu a pesquisa de campo e o processo de análise das informações coletadas.

### 7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Para Minayo (2018), a abordagem qualitativa versa sobre mudança de atitude a partir de uma ação. O verbo mais importante da análise qualitativa é “compreender”, que significa exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro, diante do fato de que, como seres humanos, têm-se possibilidades de exercitar esse entendimento.

Para isso, é necessário considerar a singularidade do indivíduo e saber que a experiência e a vivência de cada indivíduo estão intrinsecamente relacionadas com a história coletiva, sendo contextualizada e envolvida pela cultura do grupo em que está inserido. Importante lembrar que toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do pesquisador quanto a do participante da pesquisa, sendo o exercício do entendimento das contradições, fundamental para compreensão. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. Enquanto a interpretação se fundamenta na compreensão, esta não se funda naquela, já que interpretar significa elaborar possibilidades a partir do que é compreendido (MINAYO, 2018; YIN, 2016).

Ao contrário do que se pode pensar, na pesquisa qualitativa, é fundamental o envolvimento do participante com o pesquisador, sendo condição importante para o aprofundamento da investigação e da própria objetividade (MINAYO, 2018; YIN, 2016).

O principal objetivo das pesquisas descritivas é o levantamento das características de determinado fenômeno ou população ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Estudos podem ser classificados como descritivos e o uso de técnicas de coleta de dados padronizadas é uma das características mais importantes, que podem ser feitas por questionários e observação sistemática (GIL, 2002).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo principal a descoberta de intuições ou o desenvolvimento de ideias, resultando em maior aproximação com o problema em estudo, confluindo para transparência e construção de hipóteses. Normalmente, os estudos

exploratórios são planejados de forma flexível, de modo que possibilite a inclusão de diversas facetas relativas ao fato em estudo (GIL, 2002).

## 7.2 LOCAIS DO ESTUDO

Os locais do estudo foram definidos com a intencionalidade de obter-se a melhor representatividade possível da realidade da TCI na ESF das diversas regiões brasileiras. A partir da entrevista com a presidenta da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), em que foi solicitada a mesma a indicação de um polo/ organização ou movimento de terapia comunitária na capital de um estado de cada uma das cinco regiões brasileiras. A partir das indicações de polos de TCI feitas pela Presidenta da ABRATECOM, selecionaram-se Distrito Federal, Porto Alegre, Fortaleza, São Paulo e Manaus, por se tratarem dos territórios com o maior número de profissionais formados em terapia comunitária.

Em seguida, elegeram-se os polos formadores com maior potencial de atuação nos referidos territórios, ponderando alguns critérios, como número de profissionais formados em TCI, quantitativo de profissionais em atividade atualmente. Ao todo, selecionaram-se cinco polos formadores: MISMEC-DF, MISMEC-CE, Nós te apoiamos-SP, MISMEC-AM, Instituto CAIFCOM-RGS. As cidades escolhidas são de regiões distintas, mas têm em comum o fato de serem metrópoles.

## 7.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de quatro capitais brasileiras mais o Distrito Federal, com formação em Terapia Comunitária Integrativa (TCI), que realizam ou realizaram regularmente rodas de terapia comunitária na área de abrangência, por, no mínimo, seis meses.

Para chegar a esses profissionais, localizou-se o número do telefone da presidenta da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM), no próprio site, e agendou-se entrevista com a mesma. Conversou-se sobre o panorama atual dos polos formadores no Brasil.

Posteriormente, realizou-se contato formal pela presidenta da ABRATECOM, com a coordenadora de cada polo, por e-mail e contato telefônico. Em seguida, fez-se contato telefônico (via *WhatsApp* ou chamada telefônica) com a coordenadora de cada um dos polos, para agendamento de entrevista on-line, com objetivo de conhecer a história e o perfil do polo e do profissional (is) formador (es), além de adquirir informações sobre os profissionais que

estariam atuantes como terapeutas comunitários na ESF e pudessem estar disponíveis para participar da pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão propostos.

No total, entrevistaram-se a presidenta da ABRATECOM; sete coordenadores de polos, sendo um de Porto Alegre, um do Ceará, um de Manaus, um de Brasília e três de São Paulo, lembrando que neste último estado, apenas um polo participou da pesquisa (o da terceira coordenadora entrevistada). Das duas primeiras coordenadoras de polo de TCI entrevistadas em São Paulo, a primeira relatou não haver profissionais disponíveis com o perfil da pesquisa e a segunda não disponibilizou os contatos solicitados. É importante destacar que no presente trabalho não foi se procedeu à análise das entrevistas da presidenta da ABRATECOM e dos coordenadores de polo que, portanto, não estão relacionados entre os participantes.

Após a definição dos participantes, realizou-se contato via *WhatsApp* pela pesquisadora, para efetivar o convite para participação, explicar as fases da pesquisa, esclarecer quaisquer dúvidas e agendar entrevista on-line.

Sobre a seleção dos profissionais participantes da pesquisa propriamente dita, a ideia inicial era solicitar a cada coordenadora de polo uma listagem de profissionais para sortear os participantes aleatoriamente. Entretanto, verificou-se dificuldade na atualização dos bancos de dados em alguns dos polos selecionados, então, optou-se pelo método bola de neve. Para Vinuto (2014, p. 203), *snowball* ou “bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência”. Este método tem suas limitações, pois não é possível escolhê-lo se o objetivo da pesquisa for relativo à probabilidade; entretanto, pode ser bastante útil para chegar a grupos de difícil acesso. O processo de seleção dos participantes se desenvolveu conforme descrito nos parágrafos seguintes.

No Distrito Federal, repassou-se lista de contatos de profissionais formados pelo Polo MISMEC – DF (Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal), que foram anteriormente contactados pela coordenadora e estavam ativas na ESF, estes profissionais indicaram outros. Entrevistaram-se uma médica, uma psicóloga e assistente social, uma nutricionista e fisioterapeuta e uma assistente social.

Em Porto Alegre, forneceram-se nomes de profissionais formados pelo Instituto CAIFCOM – Cuidado, Atendimento, Ensino e Pesquisa do Indivíduo, Família e Comunidade/RS - e checaram-se se os mesmos contemplavam critérios de inclusão do trabalho. Observou-se que alguns profissionais foram desligados da ESF ou não tinham continuado atuantes como terapeutas comunitários após a conclusão do curso, então, estes indicaram outros

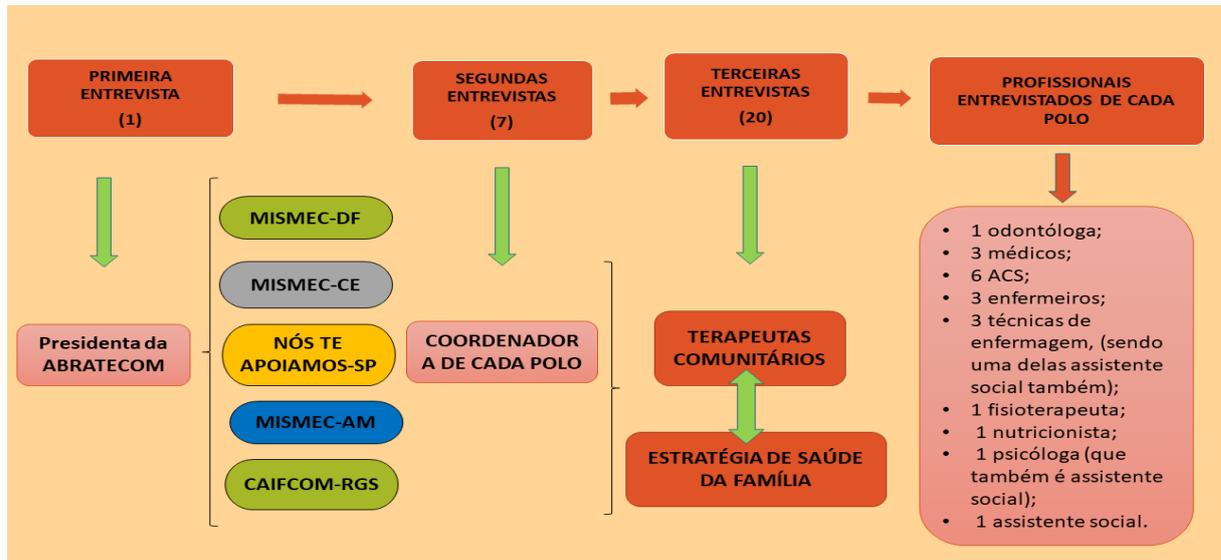
profissionais. Entrevistaram-se cinco profissionais, sendo duas agentes comunitárias de saúde, um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

Em Manaus, fez-se contato com a coordenadora do MISMEC – AM – Movimento Integrado de Terapia Comunitária do Amazonas, que referiu ter se desligado do município e ter dificuldade de acesso à lista de profissionais atuantes na ESF, tendo indicado uma médica e dois psicólogos terapeutas comunitários, para que se pudesse prosseguir a busca pelos participantes da pesquisa. A médica preencheu os critérios de inclusão e foi entrevistada, já os dois psicólogos não preenchiam os critérios de inclusão. Um deles indicou o contato da coordenadora das Práticas Integrativas e Complementares do Município, entretanto, a mesma, após busca na rede assistencial, informou não ter localizado nenhum profissional com o perfil da pesquisa. Paralelamente, tentou-se contato de profissionais através de um colega médico que morou por vários anos em Manaus, tendo o mesmo acessado a rede de contatos, também sem sucesso. Deste modo, no Amazonas, somente foi possível a realização de uma entrevista com a médica supracitada.

Em São Paulo, apesar de ser a cidade no país com maior número de polos formadores, foi mais complexo chegar aos participantes da pesquisa. Inicialmente, indicou-se a coordenadora do Polo TCENDO.SP – Ensino e Desenvolvimento, que foi entrevistada, mas referiu que não havia profissionais com o perfil desejado formados pelo polo que coordenava. Então, a ABRATECOM orientou contactar o Polo Afinando a Vida/SP que forma o perfil de profissionais de acordo com os critérios da pesquisa, assim, realizou-se a entrevista com a coordenadora/formadora, entretanto, a lista dos profissionais não foi repassada. Finalmente, de acordo com nova orientação da presidenta da ABRATECOM, entrevistou-se uma profissional do núcleo de coordenação do Polo UNIFESP / Enfermagem – Nós te Apoiamos, que forneceu o nome de uma profissional terapeuta comunitária e técnica de enfermagem que repassou os contatos das demais profissionais. Entrevistaram-se quatro profissionais: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde.

Em Fortaleza, após a entrevista com o coordenador/formador do polo, entrou-se em contato com a secretaria do MISMEC 4 Varas, que repassou alguns nomes de profissionais, tendo sido entrevistados cinco: um enfermeiro, duas agentes comunitárias de saúde, uma dentista e uma técnica de enfermagem e assistente social. Na Figura 1, detalha-se o processo de recrutamento dos participantes do estudo.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação e escolha dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Inicialmente, a ideia era entrevistar profissionais formados nos polos anteriormente descritos e que trabalhassem nas respectivas capitais, porém isso somente foi possível em Fortaleza, São Paulo e DF. Em Manaus e Porto Alegre, não se encontraram profissionais atuando nas capitais e usou-se o critério de terem sido formados nos respectivos polos e estarem em atuação no estado do Amazonas e Rio Grande do Sul, respectivamente.

Dentre os terapeutas comunitários, entrevistaram-se: uma odontóloga; três médicos; seis ACS; três enfermeiros; três técnicas de enfermagem, sendo uma delas assistente social também; uma fisioterapeuta; uma nutricionista; uma psicóloga (que também é assistente social); e uma assistente social. A variedade de categorias profissionais dos participantes foi intencional e objetivou possibilitar a observação de atores com olhares diversos (Quadro 2 e 3). A amostra da pesquisa possibilitou a diversidade esperada para abordagem qualitativa, diferindo também os participantes em sexo, religião, estado civil, tempo de atuação na ESF e nas respectivas equipes de trabalho, forma de contratação e nível de titulação acadêmica. Os itens religião e forma de contratação estão descritos nos resultados.

Quadro 2 – Identificação dos participantes

Participantes	Sexo	Faixa etária	Estado civil	Profissão	Tempo de atuação na ESF	Local de atuação
T1	feminino	51(50-59)	casada	ACS	De 5 a menos	RS

					de 10 anos	
T2	feminino	70(60-69+)	viúva	médica	De 10 a menos de 15 anos	AM
T3	feminino	62(60-69+)	casada	médica	De 15 anos ou mais	DF
T4	feminino	57(50-59)	casada	enfermeira	De 15 anos ou mais	RS
T5	feminino	32(30-39)	casada	ACS	De 5 a menos de 10 anos	RS
T6	feminino	49(40-49)	casada	téc. enferm.	De 5 a menos de 10 anos	DF
T7	feminino	56(50-59)	solteira	nutricionista	Menos de 5 anos	DF
T8	feminino	48(40-49)	viúva	fisioterapeuta	De 10 a menos de 15 anos	DF
T9	masculino	52(50-59)	casado	médico	De 10 a menos de 15 anos	RS
T10	feminino	56(50-59)	casada	psicóloga	De 5 a menos de 10 anos	DF
T11	feminino	35(30-39)	casada	ass. social	De 10 a menos de 15 anos	DF
T12	feminino	56(50-59)	casada	ACS	De 10 a menos de 15 anos	CE
T13	masculino	44(40-49)	divorciado	enfermeiro	De 10 a menos de 15 anos	CE
T14	feminino	38(30-39)	divorciada	ACS	De 5 a menos	CE

					de 10 anos	
T15	feminino	38(30-39)	casada	dentista	De 15 anos ou mais	CE
T16	feminino	48(40-49)	solteira	ACS	De 10 a menos de 15 anos	CE
T17	feminino	50(50-59)	solteira	téc. enferm.	De 15 anos ou mais	SP
T18	feminino	69(60-69+)	viúva	ACS	De 15 anos ou mais	SP
T19	feminino	56(50-59)	solteira	téc. enferm.	De 10 a menos de 15 anos	SP
T20	feminino	50(50-59)	casada	enfermeira	De 15 anos ou mais	SP

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2021).

Quadro 3 – Número de profissionais de saúde terapeutas comunitários entrevistados por estado

<b>Profissionais</b>	<b>CE</b>	<b>SP</b>	<b>RS</b>	<b>DF</b>	<b>AM</b>	<b>TOTAL</b>
ACS	2	2	2	0	0	<b>6</b>
Enfermeiro(a)	1	1	1	0	0	<b>3</b>
Médico(a)	0	0	1	1	1	<b>3</b>
Téc. Enf.	1	1	1	0	0	<b>3</b>
Cirurgião-Dentista	1	0	0	0	0	<b>1</b>
Psicóloga	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Nutricionista	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Fisioterapeuta	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Assis. Social	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No quadro acima observa-se a quantidade de profissionais de cada categoria incluída na pesquisa em relação ao seu estado de atuação.

Caso o profissional não aceitasse participar ou desistisse durante o processo, haveria possibilidade de substituí-lo por outro profissional, desde que estivesse inserido nos critérios de inclusão, entretanto, os que foram contactados e estavam dentro do perfil, aceitaram participar.

#### 7.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Utilizou-se formulário on-line do *Google Forms* (Apêndice A) para identificar o perfil sociodemográfico, a escolaridade e as características do trabalho na APS/ ESF dos participantes. Posteriormente, realizou-se entrevista on-line através da plataforma *Google Meet*, com base em roteiro previamente elaborado (Apêndice B). As entrevistas semiestruturadas on-line foram realizadas de 7 a 21 de janeiro de 2021, tendo sido gravadas e decupadas a seguir. A análise dos dados foi feita de fevereiro a abril de 2021, seguida do término da redação do trabalho de conclusão do mestrado.

A entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo, tanto no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, quanto no sentido amplo de comunicação verbal. Para Minayo (2018), a entrevista é fundamentalmente uma conversa a dois, ou entre vários dialogadores, apresentando sempre uma finalidade e realizada por iniciativa do entrevistador.

Tanto na entrevista direcionada à presidenta da ABRATECOM (Apêndice C), quanto nas entrevistas realizadas com as coordenadoras/formadoras de polos (Apêndice D), constam também dados de identificação, formação e atuação profissional, como nome completo; idade, sexo; gênero; estado civil; religião; categoria profissional; além de tempo de atuação profissional e como terapeuta comunitário; local de atuação; sistematicidade, frequência e local da facilitação das rodas de terapia comunitária. Também, perguntou-se sobre a visão dos formadores em relação aos profissionais da ESF atuantes como terapeutas comunitários.

#### 7.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

A análise dos dados foi feita a partir das informações extraídas dos formulários e entrevistas on-line, realizadas com cada participante do estudo.

O método utilizado se desenvolveu pela clássica análise de conteúdos de Bardin (2016). Segundo a referida autora, a análise de conteúdo representa:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das

mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 48).

As principais técnicas para analisar conteúdos de materiais de pesquisa são: análise de avaliação ou análise representacional, análise de expressão, análise de enunciação, análise temática. No presente estudo, adotou-se a análise temática.

Os procedimentos metodológicos da análise temática foram categorização, inferência, descrição e interpretação, que não ocorrem obrigatoriamente de forma sequencial, a depender dos propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica adotada. De modo geral, trilhou-se o seguinte caminho:

- a) Decomposição do material analisado em partes;
- b) Distribuição das partes em categorias;
- c) Descrição dos resultados das categorizações, expondo os achados encontrados na análise;
- d) Realização de inferências dos resultados, lançando-se mão de premissas aceitas pelos pesquisadores;
- e) Interpretação dos resultados obtidos à luz da perspectiva teórica adotada pelo pesquisador (MINAYO, 2018).

Para Bardin (2016), pode-se considerar a categorização como:

[...] uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero(analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), sob um título genérico (BARDIN, 2016, p. 147).

Na presente pesquisa, após a coleta, transcrição e primeira análise, elencaram-se as seguintes categorias que emergiram a partir da análise das entrevistas e das respectivas subcategorias, para melhor compreensão dos resultados:

**Categoria 1** - Repercussões da Terapia Comunitária na vida pessoal e familiar dos terapeutas comunitários.

- a) Repercussões: autoconhecimento e cura de traumas do passado;
- b) Transformações nos relacionamentos familiares: fortalecendo a resiliência.

**Categoria 2** - Desenvolvimento e interações profissionais dos terapeutas comunitários na ESF: ampliação do campo de práticas e dos grupos populacionais atendidos.

- a) Potencialização do trabalho: aprender e aplicar novas PICS e permear TCI em grupos;
- b) Crescimento profissional, melhor comunicação/integração com usuários, trabalho em equipe, percepção da potência da roda;
- c) Resolutividade no atendimento dos usuários com transtorno mental;
- d) Ocupação de outros espaços no território.

**Categoria 3** - Apoio: caminhos e descaminhos no movimento do cuidado com a TCI.

- a) O que foi importante para o sucesso da TCI;
- b) O que faltou de apoio para realização da TCI.

**Categoria 4** - Reinvenção dos encontros em meio à pandemia: entre o presencial e o virtual.

A análise do material foi iniciada com leitura minuciosa dos instrumentos de coleta de informações, com objetivo de adquirir familiaridade com as respostas dos participantes e identificar possíveis semelhanças e diferenças entre estas. Durante a segunda leitura, realizou-se a identificação das categorias e subcategorias da pesquisa, com descrição dos resultados encontrados. Posteriormente, houve diálogo entre as respostas dos participantes e a literatura selecionada para o estudo, resultando na interpretação destes a partir da concepção teórica adotada.

## 7.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi desenvolvida conforme os parâmetros contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 07 de abril de 2016. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), indicado pela Plataforma Brasil.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Escola de Saúde Pública-CE, em 18 de agosto de 2020, sendo aprovada em 10 de outubro do mesmo ano, com CAEE: 39253920.3.0000.5037 e Parecer Consubstanciado nº 4.345.645, realizada entre outubro de 2020 e janeiro de 2021.

A bioética, que durante a realização deste estudo, esteve constantemente presente no foco da pesquisadora, consiste no estudo metódico, multidisciplinar, da conduta humana relacionada com os cuidados em saúde, bem como na área das ciências da vida, examinada sob

a regência dos valores morais. A crescente revolução tecnológica no campo das ciências biológicas e médicas, com conseqüente aumento na capacidade de intervenção sobre a vida e a natureza, implica maior necessidade de reflexão sobre o tema (FORTES 2009). Importante ressaltar que a bioética não se restringe ao individual, sendo fundamental visão voltada à responsabilidade social, bem como à amplificação dos direitos cidadãos.

Um dos princípios fundamentais da bioética é a Beneficência, que significa o dever de fazer o bem e ajudar os outros em prol dos interesses particulares, reconhecendo o valor moral do outro e considerando que ao exaltar o bem do outro, possivelmente pode-se diminuir o mal (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005). A não maleficência demanda do profissional o dever de abdicar de fazer qualquer mal aos usuários, de não causar danos, não prejudicar ou colocá-lo em situações de risco, sendo importante verificar permanentemente se o modo de agir está sendo danoso tanto ao indivíduo quanto à coletividade, incluindo ações técnicas e comportamentais. É importante o desenvolvimento de habilidades, como capacidade de escuta, respeito, altruísmo, para que o profissional possa, de fato, agir de acordo com estes princípios. O princípio bioético da autonomia discorre sobre a capacidade de autogestão do indivíduo, ou seja, o poder de decidir sobre si, o que deve ser possibilitado no dia a dia do profissional de saúde, preservando sempre o direito à liberdade do cliente, desde que este não ocasione danos a outras pessoas. Apenas em casos em que o bem público se sobrepõe ao bem individual, é eticamente aceitável a violação dessa autonomia. Já o princípio da justiça pressupõe o ordenamento justo e coerente de deveres e benefícios sociais. No Brasil, de acordo com a Constituição, todo cidadão tem direito à saúde, que deve ser oferecida de forma equânime, em consonância com as necessidades de cada indivíduo, comunidade (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Para realização do trabalho de campo, solicitou-se anuência dos sujeitos participantes da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que discorre sobre natureza da pesquisa, objetivos, métodos e benefícios, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e ao direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se assim desejar. Informa-se também que a participação na pesquisa não acarreta qualquer benefício indevido, nem prejuízo de maneira alguma.

Para aqueles que afirmaram a intenção de participar, solicitou-se a assinatura do TCLE, escrito de forma clara e específica, sobre a utilização dos resultados para disseminação científica, sendo disponibilizado a segunda via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da mestranda responsável pela pesquisa.

Os benefícios do estudo visam compreender o conhecimento sobre os reflexos na vida do terapeuta comunitário com a prática da terapia comunitária no território. A ideia é que, mediante a disseminação científica, os achados possam atingir volume significativo de trabalhadores da saúde, profissionais que ocupam cargos de gestão em saúde e, com isso, possa alavancar a discussão sobre o tema em questão com os devidos encaminhamentos.

Dentre os poucos riscos passíveis de ocorrer com os sujeitos da pesquisa, identificou-se a necessidade de desprendimento de tempo por parte dos entrevistados para realização das entrevistas. Para minimizar esses riscos, enviou-se o formulário com tempo razoável para que o participante pudesse responder. Além disso, as entrevistas on-line foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante.

## 8 A TERAPIA COMUNITÁRIA: UMA VIA PARA CUIDAR DE QUEM CUIDA?

A discussão dos resultados foi feita à luz dos pilares da TCI (pedagogia de Paulo Freire, abordagem sistêmica, teoria da comunicação, resiliência e antropologia cultural) e do referencial teórico selecionado para esta pesquisa.

### 8.1 O PERFIL DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico dos Terapeutas Comunitários atuantes na Estratégia de Saúde da Família participantes da pesquisa, 2020-2021

Perfil sociodemográfico	Total (n=20)	
	N	%
<b>Profissionais participantes</b>	20	100,00
<b>Gênero (n=20)</b>		
Feminino	18	90
Masculino	2	10
<b>Faixa etária em anos (n=20)</b>		
30 – 39	4	20
40 – 49	4	20
50 – 59	9	45
60 – 69 anos ou mais	3	15
<b>Estado Civil (n=20)</b>		
Casada (o)	10	50
Solteira (o)	4	20
Divorciada (o)	3	15
Viúva (o)	3	15
<b>Religião (n=20)</b>		
Católica	10	50
Evangélica	3	15
Espírita	4	20
Budista	1	5
Testemunha de Jeová	1	5
Sem religião	1	5
<b>Nível de formação (n=20)</b>		
Fundamental II Incompleto	1	5
Ensino Médio completo	4	20
Superior Incompleto	1	5
Superior completo	11	55
Especialização	1	5
Mestrado	1	5
Doutorado	1	5
<b>Profissão (n=20)</b>		
Agente Comunitária de Saúde	6	30
Enfermeira (o)	3	15
Médica (o)	3	15
Dentista (o)	1	5
Fisioterapeuta (o)	1	5
Profissional do NASF	3	15
Técnica (o) de enfermagem	3	15

<b>Tempo de atuação na ESF em anos (n=20)</b>		
<5	2	10
>5 ≤ 10	5	25
>10 ≤ 15	6	30
>15	7	35
<b>Tempo de atuação da mesma equipe em anos (n=20)</b>		
>1 ≤ 2	2	10
>2 ≤ 5	3	15
>5 ≤ 10	5	25
>10 ≤ 15	5	25
>15	5	25
<b>Vínculo empregatício (n=20)</b>		
Vínculo efetivo (Estatutário)	13	65
CLT	4	20
Terceirizada (CLT)	2	10
Contrato de Trabalho	1	5

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2021).

Os 20 participantes registraram concordância em participar da pesquisa neste instrumento. A idade dos participantes variou entre 32 e 69 anos, sendo a maioria do sexo feminino (18). Dentre os profissionais que responderam ao formulário, metade eram casados, quatro solteiras, três divorciados e três viúvas. Quanto à religião, 10 eram católicas, três evangélicas, quatro espíritas, um budista, uma testemunha de Jeová e um sem religião.

Observou-se que de acordo com o maior nível de formação, 11 participantes concluíram o ensino superior, uma tinha ensino superior incompleto, quatro concluíram o ensino médio completo, uma tinha o ensino fundamental II incompleto, uma tinha especialização em saúde da família, um concluiu mestrado em saúde pública e outra tinha doutorado.

Com relação às categorias profissionais, a que mais participou desta pesquisa foi ACS (6); seguida por enfermeiros e médicos (três de cada categoria); três profissionais do NASF, sendo uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga; três técnicas de enfermagem, uma dentista e uma fisioterapeuta.

Sobre o tempo de atuação na ESF, observou-se que sete participantes atuavam na ESF há mais de 15 anos; seis entre 10 e 15 anos; cinco entre cinco e 10 anos; e dois participantes com menos de cinco anos.

Com relação ao tempo de permanência de trabalho na mesma equipe, encontrou-se que cinco participantes foram classificados em cada uma das faixas a seguir: mais de 15 anos, entre 10 e 15 anos, entre 5 e 10 anos. Três participantes atuavam na mesma equipe entre dois e cinco anos e dois entre um e dois anos. Constata-se que dentre os 20 participantes da pesquisa, 15

trabalhavam na mesma equipe há mais de cinco anos, o que caracteriza provável vínculo com a comunidade assistida.

Com relação ao vínculo profissional, a maioria dos entrevistados era servidor público estatutário (65%=13); sob o regime da CLT estavam 20%=quatro dos profissionais. Dois profissionais (10%) eram terceirizados, seguindo a CLT, e um profissional (5%) com contrato temporário por prestação de serviço. Observou-se relação entre segurança no vínculo e tempo aumentado de permanência na ESF.

Observaram-se algumas características de identificação dos participantes (T=terapeuta), como gênero, faixa etária, estado civil, profissão, tempo de atuação na ESF e local de atuação como terapeutas comunitários. A Tabela 3 apresenta as características da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família, as quais poderão ser associadas na identificação das falas dos participantes, expostas nos resultados desta pesquisa.

Tabela 3 – Características da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família. 2020-2021

Perfil sociodemográfico	Total (n=20)	
	N	%
<b>Profissionais participantes</b>	20	100,00
<b>Frequência da realização de rodas de TCI nos seus territórios (n=20)</b>		
1 vez por semana	9	45
2 vezes por semana	3	15
1 vez a cada quinze dias	5	25
1 vez por mês	2	10
<b>Recebem ajuda da Secretaria de Saúde para realização da roda de TCI (n=20)</b>		
Sim	15	75
Não	5	25
<b>Recebem ajuda dos profissionais da equipe para realização da roda de TCI (n=19)</b>		
De algum profissional da equipe	19	100
De outro terapeuta comunitário	15	78,9
Dos agentes comunitários de saúde	11	57,9
De enfermeiras (os)	6	31,6
Do NASF	6	31,6
Das técnicas (os) de enfermagem	4	21,1
De médicas (os)	3	17,6
De líderes comunitários	2	11, 8
De residente médico ou de residente multiprofissional	1	5,3
<b>Realizaram a TCI no período de pandemia de Covid-19 (n=20)</b>		
Não realizaram	17	85
Realizaram (modo presencial)	2	10
Realizaram (modo virtual)	1	5

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa (2021).

Acerca da frequência da realização de rodas de TCI nos territórios, observou-se que a maioria realizava os encontros uma vez por semana (45%); seguida pelo percentual de 25% que realizavam as rodas uma vez a cada 15 dias. Facilitavam rodas de TCI duas vezes por semana 15%. Já 10% dos profissionais facilitavam a roda apenas uma vez no mês, apenas um participante não realizava rodas sistematicamente e sim durante os grupos (Ex.: obesidade, mulheres e profissionais da ESF) com tempo definido.

Dezenove participantes dissertaram ter recebido ajuda de outro profissional da equipe para realização das rodas de terapia comunitária. Quinze participantes relataram ter recebido ajuda de outros profissionais da secretaria municipal de saúde. A maioria dos participantes recebeu ajuda de outro terapeuta comunitário (78,9%=15); seguida de 10 (58,8%) que receberam apoio dos agentes comunitários de saúde; cinco (29,4%) foram apoiados por enfermeiros e cinco (29,4%) pelo NASF. Quatro (21,2%) receberam apoio de técnicos de enfermagem, seguidos de três (17,6%) que receberam apoio de médicos; dois (11,8%) participantes receberam apoio de líderes comunitários para realizar a TCI; um (5,3%) recebeu apoio de residentes médico ou de residência multiprofissional. Não se registrou a participação de estudantes da graduação.

A maioria dos terapeutas comunitários (17=85%) não realizou rodas de terapia comunitária durante a pandemia. Dentre os três terapeutas que realizaram rodas de TCI durante a pandemia, duas utilizaram modo presencial e apenas uma terapeuta comunitária utilizou modo on-line, através de plataforma virtual não informada, perfazendo total de três rodas de TCI presenciais e 32 on-line.

## 8.2 PERCEPÇÕES DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS REPERCUSSÕES DA TCI NA VIDA PESSOAL

Nesta categoria, relata-se sobre como o fato de ser terapeuta comunitário na ESF repercutiu na vida pessoal, nas relações familiares e nas atividades profissionais dos terapeutas comunitários.

### 8.2.1 Repercussões da Terapia Comunitária na vida pessoal e familiar dos terapeutas comunitários

Mudanças na vida pessoal e familiar foram observadas pela maioria dos terapeutas comunitários, conforme descrito e interpretado na sequência.

### 8.2.1.1 Repercussões: autoconhecimento e cura de traumas do passado

Dentre os objetivos da terapia comunitária integrativa, tem-se o fortalecimento da dinâmica interna de cada indivíduo, contribuindo para que o mesmo tenha condições de descobrir suas potencialidades e encontrar sua real essência, tornando-se capaz de construir sua autonomia como pessoa (BARRETO, 2008).

Dos 20 participantes, 16 perceberam mudanças na vida pessoal a partir da vivência como terapeutas comunitários, inclusive três deles perceberam essas repercussões desde o curso de formação. Alguns afirmaram que estas teriam relação com o estímulo ao autoconhecimento, proporcionado pela imersão interior feita no curso de formação, por se tratar de processo teórico-prático-vivencial, chegando alguns a considerarem tal processo como divisor de águas nas vidas pessoais.

[...] Eu já imaginava que fosse bom, que fosse uma coisa boa e que ia me ajudar em questão de falar com as pessoas, de agir com as pessoas, de agir com o público né, mas eu não esperava que fosse tão fascinante e tão especial como foi para mim, muito especial [...]. (T5, Informação verbal).

[...] E em termos gerais, para mim, o curso de terapia comunitária foi o melhor curso que eu fiz na minha vida. Porque eu tenho até uma linguagem coloquial bem simples que é como se tivesse pegado o T13 e jogasse dentro da água sanitária né e sai bem limpinho rapaz. Foi algo assim interessante por quê? Porque foi uma terapia para mim, surgiu como uma terapia certo, eu me desapeguei de muitas coisas [...]. (T13, Informação verbal).

Foi abordado pelos participantes ganho em relação à capacidade de compreender os acontecimentos da vida, saber se posicionar diante destes, aprender a dizer “não”, compreender o que está ou não na alçada de resolução. Este achado reitera um dos pilares da terapia comunitária, o pensamento sistêmico, que discorre sobre a integralidade do ser como um todo, incluindo emocional, físico, político e espiritual, bem como da ligação deste ser inteiro com os diversos sistemas: familiar, ancestral, comunitário e social. Por meio deste pensamento, pode-se compreender o indivíduo como parte de complexa engrenagem, em que tudo está interligado, emergem-se as crises e também as soluções. Mediante esta percepção de globalidade, torna-se possível compreender e vivenciar a corresponsabilidade (BARRETO, 2008).

[...] Porque antes d’eu fazer a terapia comunitária os problemas vinham e eu já desesperava logo, queria tipo resolver também os problemas do mundo inteiro, então com a terapia comunitária a coisa melhor que eu aprendi é que eu não posso abraçar o mundo, que eu não sou perfeita e que eu tenho as

minhas limitações foi o que mais eu aprendi; e aprendi a dizer “não” também, isso foi muito bom pra mim e aprendi também eu dizer assim: o que é do outro é do outro, o que é meu é meu e não ficar pegando tudo do outro para mim porque eu não vou conseguir dar jeito. (T17, Informação verbal).

[...] também essa questão da noção de que eu só reconheço no outro o que eu conheço em mim, então isso para mim também reverberou muito na vida como um todo né e nas minhas relações como um todo né. (T11, Informação verbal).

Logo no início das rodas de terapia comunitária, na etapa “acolhimento”, o terapeuta comunitário informa as regras da TCI, sendo a principal delas: fazer silêncio enquanto o outro fala, para poder ouvi-lo e respeitar a fala. Pelo revelado neste estudo, alguns terapeutas comunitários extrapolaram esta regra da terapia para a própria vida, o que motivou a mudança positiva no processo de comunicação, reiterando um dos pilares da terapia comunitária, a teoria da comunicação, que alerta sobre o fato de ser a comunicação entre as pessoas (verbal ou não verbal) o elemento de união entre os indivíduos, a família e a comunidade (BARRETO, 2008).

[...] Agora pessoalmente eu me descobri na questão da escuta né, pude me avaliar, me reolhar de como era a minha postura com relação ao outro e eu notei que eu não tinha uma escuta muito atenta não, eu tinha mais uma escuta defensiva sabe assim tipo já querendo responder, então isso nos meus relacionamentos pessoais e nos meus outros atendimentos individuais me fez muita diferença. (T11, Informação verbal).

O autoconhecimento, a construção da autonomia, a partir do acolhimento, na roda, e do sentimento de pertencimento, a percepção de si, integrada a um sistema maior, inclusive ancestral, funcionam como catalisadores para autoaceitação e perdão aos ancestrais. Para Barreto (2008), a cura na TCI é ancorada pelo resgate dos valores culturais (antropologia cultural), que faz aflorar, no indivíduo, o sentido e o valor da pertença. Duas participantes falaram sobre cura de antigas feridas, uma delas sobre antiga mágoa da infância, quando sofreu racismo.

[...] aí quando ele fez aquela atividade dos antepassados eu não aguentei, foi em cima da minha avó, eu a perdoei. Eu já perdoei, acredita que eu tinha ido na igreja tantas vezes, lido tantas vezes a palavra de Deus e eu peço perdão a Deus e aí chega o Adalberto Barreto e fez o serviço né. E aí a partir daquele dia eu disse que eu não ia mais guardar rancor pela minha avó, que ela estava perdoada, entendeu? [...]. (Informação verbal, T12).

[...] a gente se redescobriu, a gente curou feridas que a gente nem sabia que tinha [...]. (Informação verbal, T5).

Apenas uma participante não sentiu repercussões na vida pessoal nem no processo de trabalho.

#### 8.2.1.2 Transformações nos relacionamentos familiares: fortalecendo a resiliência

Para haver transformação pessoal, é necessária consciência do que se precisa/deseja mudar e, a partir daí, abrir-se a um processo de desenvolvimento que passa pelo mergulho em si, na perspectiva de reconhecer recursos internos capazes de criar outras alternativas de percepção. As trocas com o outro se fazem essenciais neste desabrochar, que pode ser fortalecido pela construção de vínculos afetivos (FREIRE, 2006).

Segundo Barreto (2008), a TCI tem sido utilizada como instrumento pedagógico para aplicabilidade das ideias de Paulo Freire (Pedagogia de Paulo Freire), que são claramente evidenciadas em características das rodas de terapia comunitária, como circularidade da roda, horizontalidade da comunicação, valorização da diversidade em inúmeras formas e falas, a percepção da crise como oportunidade de crescimento pessoal e coletivo, através do autoconhecimento, empoderamento e interações sociais, e o reconhecimento da essencialidade dos recursos culturais para fluidez dos sistemas.

Alguns participantes relataram sentir que as mudanças que aconteceram do ponto de vista pessoal refletiram positivamente nos relacionamentos familiares, no sentido do aperfeiçoamento da escuta, com aumento da tolerância, empatia e, conseqüentemente, tornando as relações familiares mais saudáveis. Estes resultados evidenciaram que o processo vivido pelo terapeuta na terapia comunitária tem força para se estender a momentos da vida que vão muito além das rodas de terapia.

[...] Então, com a minha família eu procurei ter mais tolerância também para lidar com as situações né e de também da mesma forma procurar ouvir mais né. E eu sou uma pessoa assim me considero muito ativa e um pouco pávio curto como se diz, então é um exercício também que a gente precisava fazer diariamente até e que nem sempre a gente consegue, mas que eu procuro né na medida do possível ouvir mais, e aí a partir disso emitir a minha opinião também né. Eu acho que é um exercício diário que a gente precisa fazer e que é um exercício de tolerância. Acho que isso [...]. (Informação verbal, T4).

[...] é como eu falei né, pessoal e familiar, me auxiliou no processo de separação né um entendimento de um lado e do outro certo e pessoal me deu um empoderamento para que eu me conhecesse mais e ao mesmo tempo conhecesse o outro de acordo com a linha de vida do outro porque ninguém muda ninguém [...]. (Informação verbal, T3).

Há vários conceitos de resiliência. Atualmente, tem sido definida como “a capacidade interna de refazer-se psiquicamente após um evento doloroso” (CABRAL E CYRULNIK, 2015, p.7). Pode se referir também à possibilidade individual ou coletiva de retomada do crescimento pessoal, após sofrimento de trauma.

Ainda em conformidade com os autores, quando o indivíduo sofre uma dor que desestabiliza o estado psíquico, estabelece-se uma crise e este momento pode ser de importância ímpar para o crescimento pessoal, ou seja, para exercitar a capacidade resiliente. Entretanto, essa visão nem sempre é valorizada ou mesmo percebida.

A construção dessa habilidade em se construir como um ser resiliente é complexa e diversa, pois está relacionada a inúmeros fatores, como disponibilidade interna, sentimentos de segurança, autoconhecimento, pertencimento, estima positiva, condições de leitura crítica das situações vivenciadas, relacionando-as com os respectivos contextos, vínculos do indivíduo, ambiente favorável, entre outras (CABRAL; CYRULNIK, 2015).

Para Barreto (2008), a resiliência é um processo em que o indivíduo pode vencer e ressignificar as dificuldades da vida pelo esforço resiliente, sendo a TCI potente espaço de promoção da resiliência, em que pessoas partilham sentimentos e se sentem apoiadas, o que gera o aumento da autoestima e o fortalecimento da autonomia. O fato das pessoas resilientes valorizarem os vínculos de apoio e estímulo, favorece o empoderamento pessoal.

Dentre as repercussões na vida familiar dos terapeutas comunitários, também foi relatada a possibilidade de resolver problemas familiares que antes supunham que não teriam condições de resolver, fortalecendo a eficácia da roda de terapia, na perspectiva do pilar da resiliência.

[...] ah foi muito bom, foi muito importante porque eu estava em várias situações como eu já falei né particulares com filhos, esposo e foi muito gratificante que eu consegui de alguma forma me ajudar dentro da terapia. Primeiro me ajudar porque eu tinha que estar bem para poder também ajudar o outro né, então foi bem por aí. Foi tremenda modificação da minha situação de aflição né e aí vivência, a resiliência e graças a Deus já estou tranquila, na paz também depois de dezesseis anos tinha que ter mudado bastante né [...].  
( Informação verbal, T18).

Observa-se na fala que segue outra regra da terapia comunitária que foi incorporada pela participante nas relações familiares: “não julgar, não dar conselhos, não fazer sermão ou análise”. Além deste ponto, também se evidencia a capacidade de crescimento pessoal possibilitada pela vivência da TCI. A fala corrobora resultados de Barreto (2007), em estudo

realizado sobre as repercussões da terapia comunitária para a comunidade, que mostra que esta também passou a utilizar as regras da TCI nas relações pessoais e familiares. Ao mencionar conflito familiar em relação à situação de drogadição do sobrinho, uma participante relatou:

[...] Eu nem sei como foi que eu consegui administrar isso sem preconceito, sem julgamento, eu acho que era de tanto o professor Adalberto dizer que a gente não tinha que julgar ninguém. [...]. (Informação verbal, T12).

Para Krieger e Leal (1999), há infinidade de sentidos relacionados ao processo de comunicação, que vem sendo, cada vez mais, potencializado pela proliferação e pelo alcance das várias tecnologias.

Barreto (2014) salienta que principalmente no contexto da ESF, em que devido ao acompanhamento longitudinal do usuário, podem ser evidenciados vários sintomas crônicos e persistentes, lembra-se da linguagem dos sintomas, que normalmente querem informar algo importante e podem estar relacionados a disfunções relacionais, sendo importante além de “tratar” o sintoma, dar ao indivíduo a possibilidade de compreender as relações deste com o contexto histórico, familiar e social.

A comunicação efetiva é um dos pré-requisitos básicos para as relações sociais. Parte considerável das dificuldades da vida ocorre por não se conseguir reconhecer adequadamente ou não compreender as mensagens que chegam através de comunicações verbais ou não verbais, que podem vir inclusive da natureza. Nesta perspectiva, o processo de comunicação é essencial para o desenvolvimento da TCI, sendo a teoria da comunicação um dos pilares (BARRETO, 2008). Segundo Watzlawick (1967, *apud* BARRETO, 2008), no livro *Pragmática da Comunicação Humana*, definem-se as cinco regras básicas da comunicação, a primeira coloca que ‘todo comportamento é comunicação’.

Para Barreto (2008), pode-se expressar mensagens sutis através do silêncio, de posturas físicas, de gestos, entre outros. Esta forma não clara de se comunicar traz sempre um risco à comunicação, porque dá margem ao receptor ou receptores a interpretações errôneas sobre o que está acontecendo de fato. Outro tipo de comunicação importante é a linguagem dos sinais e sintomas, pois estes sempre querem dizer algo importante.

A segunda regra traz que “toda comunicação tem dois componentes: a mensagem (ou conteúdo) e a relação entre os interlocutores”. Além do que se deseja transmitir, a relação entre as pessoas que estão se comunicando é fundamental. Quando as pessoas se comunicam, na

verdade, estão buscando consciência de si próprios, além de transmitir informações. A regra três elucida que ‘toda comunicação depende da pontuação (BARRETO, 2008).

Na regra quatro, tem-se que ‘toda comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal - linguagem falada e escrita - e a comunicação não verbal - analógica ou gestual (BARRETO, 2008).

Uma participante relatou que a TCI a ajudou a compreender os “não ditos”, na relação familiar, reiterando a congruência entre os efeitos da terapia comunitária na melhora da comunicação interpessoal e, conseqüentemente, no primeiro sistema que é a família.

[...] Então assim, me tornou uma pessoa muito mais pacífica interiormente, muito mais obstinada daquilo que eu quero e também ampliou o meu olhar de relacionar com as pessoas e começar dentro da família a entender um comportamento que parece ser agressivo atrás daquela situação violenta, existe algo que está ali gritando para ser ouvido, mas não está sendo dito. Então, melhorou significativamente a minha forma de me relacionar comigo, com a minha família e com as pessoas. É um ganho que não dá para você mensurar [...]. (Informação verbal, T14).

A regra cinco da comunicação, ainda de acordo com Watzlawick (1967, *apud* BARRETO, 2008), pontua que esta pode ser simétrica (baseada na semelhança) e complementar (baseada no que é diferente), sendo ambas complementares.

## **8.2.2 Desenvolvimento e interações profissionais dos terapeutas comunitários na ESF: ampliação do campo de práticas e dos grupos populacionais atendidos**

Nesta categoria, evidenciou-se que a terapia comunitária produziu influência positiva na vida profissional da maioria dos terapeutas, tanto através do aperfeiçoamento de atividades já exercidas, como abrindo portas para outras vivências.

### **8.2.2.1 Potencialização do trabalho: aprender e aplicar novas PICS e permear TCI em outros grupos**

As PICS, que podem ser utilizadas na prevenção, na promoção e no tratamento em saúde, têm o Brasil como referência mundial na atenção básica, havendo 8.239 unidades básicas de saúde que as ofertam, distribuídas em 3.173 municípios. Cinquenta e quatro por cento dos municípios brasileiros, localizados nos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras, possuem práticas integrativas e complementares. De acordo com o nível de complexidade, 78% das PICS são ofertadas pela APS, 18% pela média complexidade e 4% pela alta complexidade (BRASIL, [201-]).

As práticas integrativas e complementares têm como ponto de convergência a busca da integralidade, tanto em relação ao atendimento holístico realizado pelo profissional, como para o cuidado com o profissional consigo. Alguns terapeutas comunitários relatam que a partir da formação teórico-prática em TCI, tiveram oportunidade de conhecer outras PICS, pois a maioria das formações ocorre nos polos formadores, que dispõem destas outras terapias. Isto e, provavelmente, o processo de autoconhecimento vivenciado no curso os motivaram a se sentirem estimulados a aprofundar conhecimentos e vivências nas práticas integrativas e complementares, como auriculoterapia, reiki, resgate da autoestima, constelação familiar, farmácia viva.

[...] Eu sempre gostei né de fazer cursos, essas práticas, essas vivências, mas eu acho que com a terapia me abriu vários leques e acabei fazendo sei lá prática chinesa de auriculoterapia que também é uma forma que conforme você está fazendo essa técnica você também está conversando com a pessoa, que a pessoa vem toda cheia né de conflitos, angústia [...] (Informação verbal, T20).

[...] a terapia comunitária no momento que me obrigou a buscar mais subsídios para eu continuar convencendo a mim mesma que é uma boa prática, então eu tive que buscar mais e nesse buscar mais eu fui começando a valorizar outras práticas de integração que vamos chamar assim, as famosas PICS, tem um bocado delas lá [...]. (Informação verbal, T2).

Duas participantes relataram que além das PICS, sentiram-se motivadas a fazer formação em terapia familiar. Outras relataram a oportunidade de fazer um curso de prevenção do suicídio em adolescentes.

Eu acho que também me motivou a fazer terapia familiar também e de casal que foi até o último que eu fiz antes da pandemia e eu acho que várias outras coisas, mas assim, eu acho que ela foi o start assim né que abriu mais para esse lado né e não para outras coisas mais técnicas né. (Informação verbal, T20).

Barreto *et al.* (2011) citam a TCI como ferramenta de autoconhecimento e expansão, em uma perspectiva transcultural e multidisciplinar, que ao ser utilizada em grupos diversos, tem se mostrado instrumento importante para resgatar o saber que cada um adquiriu com as próprias vivências e, através deste, possa resgatar valores e identidade cultural. Além da formação dos grupos de terapia comunitária, alguns terapeutas passaram a aplicar os conhecimentos incorporados na terapia comunitária em grupos existentes nas unidades de saúde e em grupos novos, não obrigatoriamente exclusivos de TCI.

E também após a terapia a gente conseguiu desenvolver um trabalho bem legal com a escola como se fosse uma terapia comunitária, mas um pouquinho diferente que aderia os adolescentes né adolescentes em risco de como se portavam ou estava com algum problema emocional grave a gente conseguia incluir a terapia nesse processo das crianças. (Informação verbal, T5).

[...] Até o ano passado nós estávamos com vários grupos e grupos grandes e a terapia comunitária entrando junto de todos os grupos. É muito interessante, isso estreitou muito os nossos laços porque a gente já se conhecia né os grupos já existiam e daí assim às vezes as pessoas não contam a sua história, não valorizam o seu saber né, então às vezes tinham algum problema, mas não queriam contar achavam que estavam sozinhas né, e a partir do momento que a terapia comunitária entra é que as pessoas começam a ver que tem problemas semelhantes...então assim, a gente notou uma diferença bastante grande a partir do momento que a terapia comunitária entra junto nesses grupos terapêuticos. (Informação verbal, T6).

Uma entrevistada referiu experiência de acolhimento nos grupos de TCI da unidade, com pessoas privadas de liberdade, que constituiu experiência muito marcante para ela:

[...] e os dois grupos recebiam pessoas referenciadas pela justiça e pelo Conselho Tutelar também, nós recebíamos muita referência do Conselho Tutelar e era assim muito lindo a mudança, como que as pessoas, elas iam no início com muita até raiva e meio que má vontade de tá ali só pra cumprir a pena e depois elas do segundo, terceiro encontro elas começavam a mudar, mudar e tinham pessoas que nem deixavam a terapia depois de cumprir a pena lá... eles agradeciam, eles terminavam assim agradecendo muito e dizendo que foi muito mais do que eles esperavam, testemunha do ganho que eles tiveram com a terapia e isso foi muito marcante pra mim. (Informação verbal, T3).

Uma participante relatou experiência de ter ido como facilitadora de rodas com pessoas em situação de rua e também com adolescentes em internamento por transtornos mentais.

Eu também vi a necessidade de ajudar, fui junto com outra terapeuta num grupo espírita que eu participei no centro da cidade, não me lembro e não recordo agora o nome porque foi a noite e foi um momento muito bom assim dos moradores de rua né que havia uma necessidade muito grande de eles realmente se identificar...muitas das vezes a gente não vê quantas pessoas gritam lá fora [...] (Informação verbal, T16).

Há vasta literatura científica disponível sobre terapia comunitária, o que traz efeito positivo para melhor compreensão e divulgação no meio acadêmico, bem como pode estimular a realização de outras pesquisas sobre o tema. Além disso, estes estudos podem ser instrumentos para conscientização dos gestores sobre a importância de fortalecer esta política no SUS.

Um participante desta pesquisa revelou que com a formação em terapia comunitária a motivou a aprofundar o tema na pesquisa de mestrado, que foi sobre saúde da mulher, em que introduziu ferramentas de duas PICS no grupo de gestantes que acompanhava na unidade e foi o objeto do seu estudo.

[...] e trouxe no âmbito do mestrado uma linguagem nova de tecnologia nova que eu comecei a trabalhar gestantes, e alguns pontos da terapia comunitária do resgate da autoestima são as estratégias iniciais dos grupos de gestantes que eu pratico. Não é que eu faça terapia comunitária nos meus grupos de gestantes. Eu utilizo do que eu aprendi, eu construí outras técnicas e outras tecnologias para trabalhar com elas, o vínculo né e o cuidado e aceitação da maternidade. (Informação verbal, T13).

#### 8.2.2.2 Crescimento profissional, melhor comunicação/integração com usuários, trabalho em equipe, percepção da potência da roda

Morais (2010), em estudo realizado na Paraíba, com profissionais da ESF, concluiu que a partir das rodas de TCI, surgiu uma nova maneira de exercer a profissão, com olhar voltado para o outro, mas também focado na necessidade do crescimento individual e profissional, que confluíu para mudanças no dia a dia das equipes de saúde, apontando para construção de vínculos saudáveis entre profissionais e usuários, trazendo a afetividade para o trabalho, o que corrobora o que foi revelado nesta pesquisa. A maioria dos participantes relacionou a terapia comunitária com melhora evidente na forma de lidar consigo e com os usuários, contribuindo com o empoderamento pessoal e profissional, com a compreensão do papel como agente estimulador do desenvolvimento integral das pessoas, tanto de forma individual, quanto pelos sentimentos e estratégias que afloram a partir das trocas realizadas nos grupos de TCI. Segundo uma terapeuta comunitária, a TCI foi importante no processo de vencer a timidez:

A terapia ajudou muito em questão de timidez para abordar as pessoas com calma, passar confiança por mais que não tivesse confiança nenhuma e para passar essa confiança para as pessoas [...]. (Informação verbal, T5).

[...] veio a somar para me construir e reconstruir como profissional da área da saúde, e não é à toa que esse curso me tornou mais humano [...]. (Informação verbal, T13).

No estudo sobre os reflexos da formação em TCI em profissionais da ESF no Brasil, Barreto *et al.* (2011) expõem as diferenças desta formação em relação a outras capacitações oferecidas, na visão dos profissionais, que são: 1) reconhecimento e valorização da história de

vida do indivíduo, o que favorece a transformação pessoal; 2) foco nas relações horizontais entre facilitadores e terapeutas em formação, que reflete nas equipes de saúde da família; 3) metodologia que articula teoria, prática e vivência, inclusive de forma simultânea; 4) favorecimento da escuta ativa. Pode-se relacionar estas peculiaridades encontradas na formação em TCI à aquisição de importante “bagagem” oferecida pela terapia, citada por alguns participantes do presente estudo, no sentido de transformação pessoal, na habilidade para condução das rodas e nas relações interpessoais com os usuários:

[...] os problemas não são poucos né, os problemas são muitos e corriqueiros e às vezes uma coisa tão insignificante, tão mínima, mas a pessoa vem num sofrimento tão grande né e aí você não sabe né o que fazer e às vezes você nem fez nada, mas com a roda ela mesmo acabou conseguindo sair dessa... é como eu falei, me deu um embasamento pra poder lidar com isso, com essas situações conflituosas no trabalho. (Informação verbal, T20).

Mesmo você tendo uma qualificação profissional que você escolhe um curso qualificado, mas quando você se torna um terapeuta a gente tem uma qualificação humana, sentimental de conscientização pela dor do outro, é isso assim que eu me sinto e eu tento valorizar isso a cada segundo, a cada momento que eu falo com alguém ou escuto alguém. (Informação verbal, T16).

Para Freire (1987), nenhum ser humano é capaz de se libertar sozinho ou de libertar outro ser humano, os seres humanos se libertam juntos, uns aos outros. Essa sinergia é movida pelo amor, que se contrapõe à opressão e se alimenta do diálogo, das trocas afetivas e efetivas, em que estão incluídos o respeito e a solidariedade e onde não há espaço para nenhum tipo de discriminação. Quando as relações são de opressão e colonização, o diálogo não vinga, a possibilidade de crescimento individual e coletivo fica estagnada. O assistencialismo resulta em dependência, dominação e, assim, não há transformação individual nem social. O amor, na visão de Paulo Freire, é inspiração essencial para a terapia comunitária integrativa, que se compõe desse rico cenário de possibilidades de trocar amor, construir-se e reconstruir, chegar-se ao semelhante e, juntos, lutarem por um mundo melhor.

Nas falas a seguir, demonstra-se o estímulo ao processo ensino-aprendizagem, ao diálogo, à autonomia, à valorização das raízes e identidade culturais, pontos fundamentais de um dos pilares da terapia comunitária, a pedagogia de Paulo Freire. Há muito em comum entre a terapia comunitária e a pedagogia freiriana. Ambas acreditam na construção de um indivíduo que valoriza a coletividade, busca a criticidade, é capaz de ter sentimento de pertença e capacidade para lutar por si e pelo coletivo (BARRETO, 2008).

[...] e aquela fala né a comunidade tem os seus problemas, a comunidade tem as soluções e para mim isso foi muito bom primeiro pra criar uma horizontalidade com os pacientes, pra aliviar a carga e a frustração do dia a dia e também pra exercitar a roda dos saberes né. Uma hora eu que ensino, uma hora eu aprendo né, então é isso. (Informação verbal, T11).

Jatai e Silva (2012) relatam mudanças percebidas após implantação da TCI em comunidade de Fortaleza, que incluem o fortalecimento da comunidade, que se organizou e escolheu um representante para participar do novo Conselho Local de Saúde e o interesse em revitalizar a associação comunitária, o que demonstrou o potencial da TCI em estimular a mobilização social. A terapia comunitária encarna explicitamente a prática dialógica libertadora, a partir do estímulo à autonomia do ser, que se opõe ao mutismo e à passividade impostas pelo assistencialismo (FREIRE, 2006), o que impede o desabrochar de uma consciência crítica e a mobilização social.

Na sequência, participante da pesquisa relata esperança acesa diante da perspectiva emancipatória da TCI.

[...] Assim a cereja do bolo da terapia comunitária é quando aquele grupo conseguir se mobilizar né socialmente e aí isso me conquistou de uma forma muito potente. Coisas que eu fiz na faculdade de emancipação, de mobilização social né, de apoio comunitário e na minha vida profissional alterou isso porque me deu mais uma ferramenta de trabalho... uma possibilidade de atuação de uma perspectiva emancipatória e isso para mim profissionalmente me abriu um pouco mais de esperança porque, sobretudo, nesse período a gente tá assistindo ao desmonte das políticas públicas como um todo e o alcance do assistente social ele tem sido cada vez mais limitado, então ter mais uma ferramenta né, pra mim foi muito importante. (Informação verbal, T11).

Outra participante relatou ter percebido a quebra da percepção medicalocêntrica, a partir da experiência na TCI.

Então, me tornar terapeuta e talvez essa proposta da terapia chegar no âmbito da saúde, nos postos, na atenção primária me fez perceber a importância, sobretudo, das redes que já existem dentro da própria comunidade... me fez perceber, enquanto, profissional que não existe um caminho que tá pronto e que a gente vai voltar e dar uma medicação pra pessoa tomar e ela vai ficar boa, não, é um processo. (Informação verbal, T14).

Para melhor entender o pensamento sistêmico, é importante compreender as mudanças paradigmáticas da ciência, que se relacionam ao movimento de transição de uma ciência

tradicional (moderna), para uma ciência pós-moderna. Enquanto a primeira, em um modelo cartesiano, observa o mundo a partir da necessidade da dissolução do todo em partes para elucidação de problemas complexos; a segunda traz a visão da compreensão da realidade e dos fenômenos contemporâneos, a ênfase deve ser dada ao todo e não às partes (OLIVEIRA; CREPALDI, 2017).

Alguns pressupostos norteiam a ciência moderna e a pré-moderna: simplicidade, estabilidade e objetividade (ciência tradicional) e complexidade, instabilidade e intersubjetividade (ciência novo-paradigmática). As limitações do método tradicional passaram a provocar inquietação nos cientistas sobre a forma de produzir conhecimento, que resultou no cenário atual, em que se propõe integrar indissoluvelmente os três pressupostos da ciência pós-moderna (pensamento sistêmico), referidos anteriormente (VASCONCELLOS, 2012).

Assim, a busca da integralidade de ações diversas, inclusive na área da saúde, também está interligada a este movimento científico. Sabe-se que o pensamento sistêmico está em total congruência com o que propõe a visão de mundo e de sociedade na visão da terapia comunitária.

Consoante Barreto (2014), é importante oferecer elementos para as pessoas poderem refletir sobre suas dores, relacionando-as com a história pessoal, familiar, política, social e ancestral, para que, assim, possam compreender e se apropriar da intercessão que existe entre estes níveis e sejam capazes de promover mudanças no processo saúde-doença. Nesta pesquisa, constatou-se que algumas participantes relataram ter aprimorado a abordagem, tornando-a mais integral, graças à formação em terapia comunitária, conseguindo relacionar sintomas físicos a dores emocionais.

[...] por exemplo, na minha prática profissional noventa por cento das disfunções de ATM são ocasionados por fatores emocionais. E aí a pessoa chegava em outras épocas eu passava só um anti-inflamatório e um relaxante muscular e resolvia ali o que estava ocasionando e não a causa principal e agora, hoje em dia eu chegava pegava na mão do paciente e dizia assim, aí falava essa mesma coisa que eu falei para você está tudo bem com você? E a pessoa desabava no choro né [...]. (Informação verbal, T15).

Eu passei a entender melhor algumas angústias mentais dos meus pacientes que vinham com dores ósseo-musculares crônicas muito tempo lutando para uma aposentadoria no INSS e eu não tinha esse olhar do todo dessa angústia emocional, e a terapia comunitária ela me puxou muito para isso, para quando um paciente vier falar para mim de uma coluna e eu não ficar conversando só sobre a parte física, mas também conversar sobre a parte emocional [...]. (Informação verbal, T8).

Também, observou-se que a experiência proporcionada pela formação teórico-prática-vivencial como terapeuta comunitário foi marcante, no que concerne à relação entre os profissionais de saúde, no sentido de “enxergar o outro” como pessoa que sente e sofre, fortalecendo os vínculos e, provavelmente, melhorando o trabalho em equipe.

A terapia comunitária ela me mudou e muito, muito, muito. Eu vou agora focar nos meus colegas de trabalho aqueles que estão comigo ali no “tet a tet” do dia a dia. Eu passei a também enxergar meus colegas de trabalho essa parte profissional mais próxima que somos agora doze anos juntos né e eu comecei a entender, eu fiz umas rodas com os agentes de saúde sabe e os meninos quando eu fui fazer a roda eu não sabia que ia repercutir tão bem [...]. (Informação verbal, T12).

Além disso, conhecer outras PICS possibilitou o trabalho integrado com outros profissionais, possivelmente fortalecendo a integralidade das ações.

Aí eu comecei a dar valor mais aqueles profissionais que desenvolvem outras atividades das PICS e a gente começou a trabalhar de forma integrada, então este é o lado profissional. (Informação verbal, T2).

#### 8.2.2.3 Resolutividade no atendimento dos usuários com transtorno mental

O objetivo da terapia comunitária não é substituir os tratamentos psicoterapêuticos/psiquiátricos, entretanto, pode ser base importante no apoio à pessoa que sofre. Sabe-se que o sofrimento está presente em pessoas com ou sem patologia mental e o cuidado na TCI desses sentimentos que levam a dor pode reduzir sintomas em pacientes com transtornos mentais. Barreto *et al.* (2011), ao avaliar as rodas de TCI facilitadas pelos terapeutas comunitários em formação como requisito para obtenção do título de terapeuta comunitário, observaram que apenas uma minoria dos usuários participantes teve necessidade de encaminhamento para serviços especializados. Encontrou-se resolutividade de 88,5% e 87,8%; nas rodas realizadas pelas turmas formadas em 2007 e 2008, respectivamente, o que mostra a ação da complementariedade da TCI, ao fazer primeira triagem do que poderá ser acompanhado na APS e do que será encaminhado ao especialista (BARRETO, 2011).

Observou-se nesta pesquisa que pacientes que eram acompanhados na unidade, com a participação na TCI, melhoraram o quadro clínico e não precisaram mais ser encaminhados ao CAPS. Outros, ao terem alta do acompanhamento no CAPS para continuar o seguimento na unidade básica de saúde, foram acolhidos na terapia comunitária, favorecendo o cuidado integrado entre os níveis de atenção primária e secundária e também o fortalecimento do

seguimento destes pacientes na própria unidade, configurando a coordenação do cuidado, atributo da APS.

[...] muitos dos casos que eram encaminhados para o CAPS ficavam ali sendo solucionados na própria unidade, porque os médicos começaram a prescrever algumas medicações e antes tudo ia pro CAPS e depois virou referência pra dentro da unidade, se tem um paciente com alguma queixa né, vai primeiro pra terapia comunitária e se não tiver ali resolvendo e tudo, aí a gente mesmo na terapia comunitária via como é que estava o paciente e encaminhava de volta pro médico e pra o setor de psicologia. (Informação verbal, T15).

#### 8.2.2.4 Ocupação de outros espaços no território

Entendendo o território em saúde como lugar delimitado por ações político-administrativas ou de grupos de atores sociais (GONDIM *et al.*, 2002), observa-se a importância da ocupação real deste pela ESF, pois é a partir dele que o processo saúde-doença pode ser compreendido. Estar no território é uma forma de se colocar interativo, disponível a perceber o que ele tem a dizer, inclusive a natureza. As limitações estruturais presentes em várias unidades de saúde, aliada à importância de um espaço acolhedor para realizar a terapia, também motivou alguns profissionais a buscar espaços alternativos, com resultados muito satisfatórios.

[...] essa possibilidade de levantar o parque acho que ela foi de encontro com experiências antigas e para uma abertura também que a própria roda deu de ocupar esse espaço do território e fazer a roda no parque. Então, a gente tinha uma sala fixa dentro do parque, mas tinha todo o parque também, então isso abriu bastante. (Informação verbal, T10).

Essa vinculação com os usuários, a partir de relações de cooperação e solidariedade, é de mão dupla e que o encontro da equipe de Saúde da Família como o cidadão no território pode ser importante ingrediente para o fortalecimento deste vínculo. A seguir, o relato de terapeuta comunitária que teve oferta de espaço por parte da usuária. Na UAPS, a TCI era realizada no salão paroquial da igreja, impedido de funcionar durante a pandemia.

Até ontem uma do grupo ofereceu a sombra da árvore da casa dela que é muito boa se a gente quisesse fazer uma presencial e ofertando, assim, o espaço [...] a gente está pensando por aí de repente de aproveitar o espaço da casa dessa paciente né, e é bom, um lugar diferente num outro ambiente né e de repente muitas coisas novas e eu acho que vai rolar, vamos ver. A gente só tem que ter autorização da Secretaria né, a gente não pode, enquanto agente de saúde no nosso horário de trabalho fazer uma coisa como terapeuta. A gente tem que ter a permissão da nossa gestora [...] (Informação verbal, T1).

### 8.2.3 Apoio: caminhos e descaminhos no movimento do cuidado com a TCI

Nesta categoria, apresentam-se os principais fatores que influenciaram a implantação e o desenvolvimento da terapia comunitária nos territórios.

#### 8.2.3.1 O que foi importante para o sucesso da TCI

A qualidade e a humanização dos serviços na APS perpassam inequivocamente pelo processo de trabalho do qual fazem parte os trabalhadores. O usuário vem do sistema familiar e comunitário e faz intercessão com o sistema da unidade de saúde que, por sua vez, está inserido nos demais níveis de atenção. Neste, encontra-se o profissional de saúde, que traz também consigo família, comunidade, crenças. Por mais que estes profissionais tenham habilidade técnica de trabalhar com profissionalismo, é inevitável que esses sistemas se fundam.

Para que seja viabilizado o atendimento integral, dialógico e participativo, baseado nos princípios do SUS e no acolhimento, é fundamental que o profissional, a equipe e a gestão estejam integradas nessa rede de cuidados. Para que o profissional consiga acolher o usuário, é necessário que ele também se sinta apoiado e fortalecido pela equipe e pelo restante do serviço. O movimento de encontro tem respaldo nos pilares da terapia comunitária e a relação da fluidez da equipe com a satisfação dos terapeutas e consequente apoio importante para realização das rodas, evidenciados nas falas seguintes.

Dentre os profissionais participantes desta pesquisa, doze abordaram o apoio da gestão como importante fator, relacionando-se tanto a gestão municipal quanto a gestão local. Onze participantes relataram considerar o apoio dos colegas como fator muito importante na realização da TCI no território.

Assim não tem mais o que fazer porque a equipe que a gente tem, a coordenação que a gente tem é excelente, é maravilhosa, e foi ela que nos deu a oportunidade da gente fazer o curso e assim quando a gente estava fazendo o curso ela já se colocou assim à disposição... é um grupo que nem as pessoas falam: Ah gurias vocês têm o dom!.. e sempre tem uma colega ou outra que recebe, que organiza as cadeiras, que organiza o bastidor sabe. A gestora sempre quando pode ela participa das rodas porque daí ela entra também com a auriculoterapia. (Informação verbal, T5).

Então, assim, a gente é muito unido e, na nossa unidade, a gente fala, dá uma sugestão e não precisa nem combinar, um ajeita o lugar; o outro vou fazer um lanche e outro vou preparar o ambiente; eu levo a vela; eu levo a folha; eu vou conseguir alguém que vá cantar, então, assim, a gente é muito apoiado dentro da nossa unidade. (Informação verbal, T1).

Observa-se que a partir do momento que os trabalhadores de saúde da unidade e a comunidade compreendem, sentem-se envolvidos no processo da terapia comunitária e se conscientizam da importância de partilhar esta ferramenta, também pela divulgação, a participação pode acontecer de forma adequada. A divulgação feita pelos colegas de trabalho, inclusive a enfermeira da triagem, encaminhando os usuários, que chegavam de alta do CAPS (T5), por pessoas da comunidade e outras, tiveram grande importância para o sucesso da terapia comunitária.

[...] os profissionais abraçaram, então assim, cada sala a gente fez uma intervenção e cada sala tinha um convite para a terapia comunitária. Então, comecei a receber muitos pacientes dos médicos, das enfermeiras, de pacientes que iam para o acolhimento e etc. (Informação verbal, T15).

Uma participante relatou o cuidado que teve antes de iniciar o grupo com a comunidade, de fazer rodas de TCI com os próprios colegas de trabalho:

[...] a minha primeira roda foi com o servidor para eles saberem do que se tratava a terapia comunitária, quem eram os grupos mais interessantes dos médicos que os enfermeiros poderiam encaminhar para essa roda. Para eles os entenderem teriam que fazer a roda né, eu fiz umas duas rodas para eles compreenderem e eles gostaram bastante [...]. (Informação verbal, T8).

Entretanto, neste caso, não houve o retorno esperado pela profissional e não passou a acontecer encaminhamentos sistemáticos para a TCI.

Previato e Baldissera (2018) ressaltam a importância da prática interprofissional colaborativa em saúde como fundamental, por ser capaz de influenciar firmemente a transformação do modelo de atenção à saúde hegemônico para um modelo mais dialógico e resolutivo, reiterando, ainda, a importância de reuniões sistemáticas entre os profissionais para favorecer a comunicação dialógica. Em estudo realizado em 2018, em município do Paraná, com 84 profissionais da ESF, sobre as repercussões da prática interprofissional colaborativa em saúde, no processo de trabalho de equipes, foram destacadas dificuldades relacionadas à passagem de informações entre os profissionais, via prontuário eletrônico, redes sociais, aplicativos de celular.

Observou-se que este tipo de comunicação dificultou a resolutividade, a circularidade e a integralidade do cuidado, difíceis de serem construídos sem comunicação dialógica, tanto entre os profissionais quanto entre profissionais, usuários e comunidade. Registra-se, assim, possível relação entre a receptividade inicial para com a terapia comunitária, dos colegas de

trabalho da participante acima, com algum modo de insuficiência na comunicação interprofissional.

Duas participantes salientaram como muito importante a manutenção do processo de intervenção pelo polo formador, após conclusão da formação em terapia comunitária (Informação verbal, T19 e T20).

#### 8.2.3.2 O que faltou de apoio para realização da TCI

O trabalho em equipe é fundamental para viabilidade das ações de saúde na ESF e está relacionado a um complexo contexto que perpassa desde as relações interpessoais até as diretrizes institucionais, na perspectiva de torná-lo viável.

Para Agreli (2017), há duas formas complementares de colaboração enquanto forma de trabalho interprofissional, visando melhoria da qualidade da assistência à saúde. A primeira é a colaboração em equipe que ocorre entre os membros de uma mesma equipe ou entre as equipes de uma mesma unidade de saúde.

A segunda é a colaboração em rede que reitera a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social. A estruturação e o desenvolvimento da terapia comunitária em uma unidade de saúde podem fomentar o aprimoramento das relações colaborativas mencionadas, contribuindo com a fluidez do processo de cuidado.

O oposto pode gerar dificuldades na realização da TCI, como observado neste trabalho. A não adesão dos colegas de trabalho foi vista como problema na realização da terapia comunitária por vários participantes. Alguns terapeutas comunitários também relacionaram a falta de apoio de outros profissionais com a não valorização do método por desconhecimento/descrença (Informação verbal, T6; T8; T10; T14).

De acordo com a participante seguinte, os profissionais viveram uma experiência de uma roda, gostaram, mas não prosseguiram e, conseqüentemente, não incluíram o encaminhamento para a TCI como rotina de trabalho.

[...] mas, os colegas de trabalho, eu acho que foi o fato deles terem participado de uma roda gostaram muito, mas eles não se interessaram mais em viver isso de novo e naturalmente eles esqueciam que eles precisavam incentivar os pacientes a fazer parte dessa roda, até porque não é só o problema emocional evidente que precisa da fala. Tem aquele paciente que vai sempre no posto pedir um remedinho pra dor e ele tem que ser observado e aí eu acho que nesse ponto o olhar da terapia comunitária nas equipes ficou empobrecido porque ele só queria mandar para terapia comunitária quem tomava remédio

psicotrópico, e, aí, a terapia comunitária virou isso, virou tipo um consultório psiquiátrico, quando na verdade não era essa a proposta... eu acho que se eles tivessem participado de mais vivências da terapia comunitária, eles teriam entendido que ela vai muito além, mas muito além de quem toma remédio psicotrópico. (Informação verbal, T8).

Ferri *et al.* (2007), em estudo realizado em uma unidade básica de saúde, sobre a satisfação do usuário relacionada às tecnologias leves, evidenciaram que os usuários consideram importante a forma como são tratados e valorizam a incorporação dessas tecnologias no serviço, aliadas ao funcionamento adequado de tecnologias leve-duras e duras. Entretanto, alguns profissionais de saúde não valorizam práticas não convencionais como possibilidade de cuidado, conforme relato de uma participante desta pesquisa, ao afirmar que mesmo conhecendo a terapia comunitária, os colegas de trabalho se mostraram descrentes com relação à eficácia da mesma, o que levou ao prejuízo no encaminhamento dos usuários.

Eu senti dos colegas uma resistência nessa segunda unidade, uma descrença de terapia comunitária; não desconhecimento, descrença; conheciam, mas desacreditavam, chegou alguns mesmo de colocar como era uma coisa assim festiva e que não resolvia. (Informação verbal, T10).

Há profissionais que após a formação em TCI, por motivos diversos, ainda não bem esclarecidos na literatura, não perduram no ofício de terapeuta comunitário. Uma participante relatou que foi capaz de vencer as dificuldades encontradas, por meio perseverança.

No início, quando eu fui implementar a roda de terapia e trazer a proposta da terapia para a unidade, era de bastante resistência porque os profissionais não conheciam bem a proposta e achava que era perda de tempo reunir um grupo para falar de si, das suas dores e desconheciam que tinha um método na forma da roda funcionar e que não era uma roda de conversas e bate-papo e para trocar figurinhas. Então, no início, eu tive muita dificuldade que eles entendessem a proposta, mas eu fui perseverante. (Informação verbal, T14).

Duas terapeutas comunitárias relacionaram a não adesão dos colegas à falta de apoio da gestão. O relato seguinte aborda a importância do apoio da gestão para os profissionais poderem conhecer a TCI e passar a encaminhar usuários.

A gestão entender o que é, conhecer e incentivar já dá assim um apoio tremendo para que as pessoas sejam referenciadas e se os profissionais conhecessem, então, seria maravilhoso, porque, aí, eles referenciarão mesmo. Eu acho que a terapia comunitária nas unidades básicas, em geral, ainda é um trabalho subutilizado. (Informação verbal, T3).

Outra relaciona a carência de apoio dos profissionais por descrença/desconhecimento à falta de apoio da gestão.

Porque hoje parece que é uma coisa que eu estou fazendo contra o atendimento médico sabe e isso tudo é importante assim. E uma coisa que eu acho que seria muito importante que as equipes conhecessem melhor também a terapia comunitária e pudessem participar talvez da terapia comunitária... eu acho que o gestor podia ter essa visão assim de divulgar mais, reservar o horário para terapia porque ela é importante [...]. (Informação verbal, T6).

Observou-se descompasso entre a gestão local e municipal, já que a formação em TCI, normalmente, é oferecida aos profissionais pela gestão municipal, por convênios firmados com os polos formadores. A nível local, vários terapeutas em formação encontram dificuldades várias, tanto para participar do curso, quanto para implementar e manter as rodas de TCI. Um participante mencionou a escassez de apoio da gestão local, na perspectiva da inflexibilidade na liberação dos profissionais para fazerem o curso e do não estímulo à realização das PICS, devido ao foco no modelo biomédico.

Eu notei também muita dificuldade da gestão em liberar a gente para fazer essas práticas. Eu acho que, muitas vezes, a gestão ela quer que a gente trabalhe muito a doença certo e um lado mais, digamos, biológico. A gestão hoje em dia ela não está dando muito apoio ao terapeuta comunitário e não é à toa que os fitoterápicos hoje não são mais disponibilizados na rede SUS certo. O profissional hoje em dia ele faz se quiser e se não quiser, então, eu não noto incentivo. (Informação verbal, T13).

Pouco investimento em promoção da saúde e na valorização profissional da equipe como um todo, equipes com número de usuários acima do que é preconizado pelo Ministério da Saúde também foram elencados como problemas para implantação da terapia comunitária no território (T4, T6, T9, T13, T15).

O modelo biomédico ainda é muito presente na cultura institucional, focado em doenças, tratamentos medicamentosos e intervenções técnicas, priorizando o lucro em detrimento das necessidades de saúde da população. Há de haver equilíbrio mínimo entre as tecnologias em saúde a serem usadas com a população, para que o usuário possa ser visto como indivíduo em singularidade, valorizando aspectos familiares, culturais, emocionais, políticos e sociais (FERRI *et al.*, 2007).

A terapia comunitária trata justamente da necessidade de ser inteiro e estar interligado com os vários aspectos. Certamente, há relação entre o sucesso deste modelo de possibilidades de cuidado, com a disponibilidade dos gestores em apoiá-lo. Quatro participantes referiram

como fator dificultante para realização da terapia comunitária a visão cartesiana e medicalocêntrica da APS. Todos em relação à gestão e alguns também sobre as dificuldades de profissionais de saúde em se abrirem para novas práticas em saúde. A participante que segue relatou a importância da visão do gestor em relação à promoção da saúde e à necessidade de outras frentes de trabalho na saúde, que vão além do atendimento médico.

Eu acho que os gestores precisam, qualquer gestor na área da saúde pública né quando assume uma Secretaria da Saúde ele tem que ter um olhar muito voltado para a questão da promoção da saúde, porque não adianta só achar que tem que ter médico nos postos atendendo [...] (Informação verbal, T4).

Barros, Spadacio e Costa (2018), em pesquisa realizada na ESF, com objetivo de analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as práticas integrativas e complementares, observou serem estas, analisadores do processo de trabalho em saúde na APS, pois permitem reflexões, tanto a nível individual quanto coletivo.

Os autores observaram que a colaboração e a integração entre os diversos saberes e práticas continua sendo desafio constante para os profissionais de saúde e essenciais mudanças no processo de trabalho que possam favorecer estas trocas (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Para que as relações entre os membros das equipes sejam efetivas, é necessária comunicação dialógica, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes. Tanto os fatores relacionais anteriormente referidos, que incluem obviamente os gestores, como a escassez de recursos humanos podem funcionar como dificultadores da realização da terapia comunitária nas unidades de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018), conforme relatado pela participante seguinte.

Hoje, eu noto, assim, a falta de funcionários entendeu, atrapalha muito porque eu como técnica de enfermagem, quando falta outra técnica, tenho que assumir o corredor, tenho que fazer outros atendimentos e não consigo, o tempo que seria destinado às vezes para terapia comunitária, então, assim, tem muita coisa que poderia ser feita [...] (Informação verbal, T6).

O relato na sequência mostra como os fatores estão interligados. Aqui, observa-se a visão cartesiana que ocasiona falta de apoio da gestão.

Fiz um vídeo num encontro que a gente teve e eu pedi para eles reforçarem isso para passar para a gestão porque eu estava sendo embarreirada ali e com

esse embarreiramento, muitas vezes, você se desestimula né...eu ouvi isso do meu gestor: você foi contratada para ser dentista de cadeira, o seu concurso é para ser dentista de cadeira [...] é uma agressão mesmo assim.[...]. (Informação verbal, T15).

A sala para realização de atividades coletivas pelos profissionais de saúde faz parte da infraestrutura mínima de uma unidade de saúde da família (BRASIL, 2011).

Bousquat *et al.* (2017) realizaram estudo sobre as condições de funcionamento das unidades básicas de saúde, utilizando dados retirados do Ciclo I do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Analisaram-se e se agruparam as seguintes categorias: tipo de equipe, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e instalações e insumos, sendo este item classificado como o mais frágil, de modo geral, e evidenciando a existência de instalações mais precárias, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste.

No Ceará, existem as ocas, espaços construídos pela comunidade com recursos da gestão municipal, destinadas a serem espaço para comunidade, que contenha as impressões culturais, destinados a acolher a dor e o sofrimento da mesma. Além de ser financeiramente mais acessível que as construções habituais, o processo de construção favorece a vinculação comunitária e a apropriação da comunidade sobre o referido espaço. Normalmente, estes espaços dispõem de duas ocas: o salão terapêutico e a oca de saúde comunitária.

No salão, realizam-se a terapia comunitária, a terapia do resgate da autoestima (cuidando do cuidador), além de outras atividades educativas. A oca de saúde comunitária está preparada para realização de atividades individuais de cuidado, como banho de ervas, argila ou pedras quentes, massagem antiestresse, reiki, ventosaterapia, entre outros. Há várias salas dispostas em círculo, com área de cultivo de plantas medicinais ao centro. Os usuários normalmente chegam encaminhados da ESF e outros serviços. A arquitetura das rodas é singular, buscando fortalecer as raízes culturais, através dos materiais utilizados para construção: cipós trançados e argila para as paredes, palha de carnaúba para a cobertura, tudo bem rico em decoração reciclada (quadros, pedrinhas, garrafas pet entre outros).

Paralelamente ao processo material de construção coletiva das ocas, que dura cerca de 90 dias, membros da comunidade e educadores desenvolvem atividades pedagógicas, com objetivo de apropriação da filosofia do projeto, pela comunidade (BARRETO, 2011).

Nesta pesquisa, a carência de espaço físico foi também mencionada como fator dificultador da realização das rodas de TCI por alguns participantes.

[...] os nossos espaços não são adequados; as salas que a gente faz terapia comunitária é uma sala de reunião que é pequena e fechada [...]. (Informação verbal, T6).

A participante seguinte relatou que apesar da escassez de espaço adequado para realização da TCI, sempre fez rodas com muitas pessoas.

Na verdade o meu problema na unidade que eu trabalho é espaço, é questão de espaço, entendeu? Mas, os meus colegas eles são abertos para a terapia, entendeu? A comunidade também é aberta para a terapia. Eu nunca fiz uma roda de terapia com menos de vinte pessoas nunca fiz, era trinta, quarenta, cinquenta. Nunca fiz com pouca gente, mas o grande entrave na nossa unidade é o espaço que não tem [...] (Informação verbal, T12).

#### **8.2.4 Reinvenção dos encontros em meio à pandemia: entre o presencial e o virtual**

Três participantes da pesquisa já não estavam realizando terapia comunitária quando do início da pandemia da Covid-19, em março de 2020. Duas porque estavam aposentadas há menos de um ano e outro tinha parado as rodas de TCI há três anos, devido a problemas pessoais. Os três relataram ter plano de retomar a terapia comunitária.

Dentre os demais participantes (dezessete), que estavam ativos na prática da terapia comunitária, apenas quatro realizaram rodas durante a pandemia e, dentre estes, apenas uma on-line. Treze interromperam esta atividade com a chegada da pandemia, seguindo as orientações de isolamento feitas pelos órgãos competentes.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de realização da terapia comunitária on-line, quatro relataram limitações tecnológicas. Sabe-se que apesar do crescimento dos índices de inclusão digital no Brasil, ainda há muita carência neste aspecto, principalmente na população de baixa renda. De acordo com Villela (2012), o Brasil saiu de 8% a 33% de pessoas com internet em domicílio, em um período de nove anos, e a tendência é que esse crescimento seja cada vez mais rápido. De modo global, o estudo situa o Brasil na média mundial de acesso à internet, porém há diferença significativa tanto entre as várias cidades brasileiras, como em alguns casos, dentro de uma mesma cidade, sendo esta variação diretamente proporcional às condições socioeconômicas da população. As razões que levam as pessoas a não estarem conectadas varia de acordo com o local, o que reitera a importância de políticas de inclusão distintas. Ao observar a média nacional, as principais razões do não acesso à rede são pouco interesse (33%) e falta de habilidade (31%), ambas refletindo problemas educacionais existentes.

Em estudo de abrangência nacional, realizado entre outubro de 2019 e março de 2020, em domicílios particulares, englobando pessoas maiores de 10 anos, com objetivos de avaliar o uso da internet e o acesso às tecnologias de informação e comunicação, também se observou que um a cada quatro brasileiros não usam internet e que o acesso à rede é inversamente proporcional à classe social. O celular é o instrumento mais usado para acessar a rede e 58% das pessoas somente acessam a internet do celular.

Dentre as atividades mais realizadas na internet, as atividades de comunicação são as mais comuns, com crescimento de chamadas de voz ou vídeo de 73%. Quarenta e sete por cento buscaram informações sobre saúde, com menor proporção entre idosos (39%) e nas classes D e E (31%) (TIC DOMICÍLIOS, 2019). Esse estudo mostra que, apesar da expansão tecnológica no Brasil, o acesso à internet ainda é muito aquém do necessário à população, o que corrobora resultados desta pesquisa.

Uma das participantes, que atua em uma zona rural no norte do país, realizou duas rodas presenciais com os profissionais de saúde da unidade, porém não houve possibilidade de continuar pelo fato de ter sido deslocada de unidade para atuar na pandemia. Relatou, ainda, dificuldades tecnológicas pessoal e dos usuários para realização das rodas on-line.

Não, a gente, durante a pandemia, não conseguiu fazer on-line nada e até eles estão nos cobrando, a Secretaria da Saúde daqui não liberou para a gente poder fazer com eles assim on-line. Eles são como nós, temos as nossas dificuldades de tecnologia e, como eu falei, tem muitos dos nossos que não tem nenhum aparelho de celular para poder fazer, entendeu? Ou se tem, não sabe manusear, não tem a internet também disponível o tempo todo [...]. (Informação verbal, T2).

A implantação da terapia comunitária integrativa on-line foi bastante desafiadora, visto que foi necessário unir várias formas de tecnologias em saúde (MEHRY; FRANCO, 2003). Com objetivo de acolher, fortalecer vínculos, reforçar a identidade cultura individual e coletiva (tecnologia leve), lançou-se mão de aparelho celular ou computador (tecnologia dura), mediado pela construção de protocolo adequado (tecnologia leve-dura).

Nos meses de abril a julho de 2020, realizaram-se pelos polos formadores 387 rodas de TCI on-line, com a participação de 9.457 pessoas, no Brasil, registradas através do SisRodas (SILVA *et al*, 2020b). Neste estudo, apenas uma participante facilitou rodas de TCI on-line. Inicialmente, ela ficou receosa, mas resolveu participar como ouvinte de outras rodas on-line e optou por realizar em parceria com outra terapeuta comunitária.

Em maio, a gente decidiu, aí participamos de algumas reuniões on-line e vimos alguns polos... participei de algumas, me identifiquei e, no início, a gente ficou um pouco resistente, eu não sabia se eu queria ou não queria, nossa será que eu sei fazer? Aí, comecei a ir como ouvinte e ela também, aí, falamos não, vamos fazer. Aí, fizemos em parceria das duas unidades...aí, a gente está on-line desde final de junho até o momento [...] (Informação verbal, T10).

Para Silva *et al.* (2020b), a TCI on-line, implantada no Brasil, no início da pandemia, foi importante, no sentido de transformar o isolamento social em acolhimento emocional. Têm sido muito frutíferas as conexões no meio cibernético, pois transparecem afetos e vínculos que geram transformações pessoais e coletivas. Tudo isto movido pela emoção, que não sabe diferenciar o presencial do virtual.

Não foi objeto de avaliação desta pesquisa os resultados obtidos pelos participantes das rodas de TCI on-line, entretanto, uma participante relatou que o grupo gosta bastante e que alguns têm o desejo de continuar na roda on-line.

[...] e o pessoal gosta muito assim, eles sempre perguntam – ah depois da vacina a gente continua? A gente vai voltar? Vai ter que ser presencial? E eu estava até falando disso eu acho que pode voltar uma presencial e também manter uma online, porque tem perfil para isso, tem necessidade para isso. (Informação verbal, T10).

Outra participante relatou a realização da terapia comunitária uma única vez, por ocasião da comemoração dos quatro anos do grupo, com normas rígidas de segurança contra a COVID-19, previamente combinadas.

Há uma unidade de saúde onde a terapia voltou a funcionar de forma presencial, quando da diminuição dos casos de COVID-19, em junho, com cessação após novo pico de casos ainda no ano de 2020. Houve relatos sobre a falta que a terapia tem feito para o terapeuta e a comunidade, e alguns terapeutas comunitários têm tentado cultivar vínculo com os usuários, com formas alternativas para a TCI propriamente dita.

E é como se estivesse faltando um pedaço do meu trabalho sabe, é como se tivesse tirado uma das principais molas propulsoras da alegria do meu trabalho. Porque a odontologia me encanta demais, só que nesse momento tem sido assim um momento de tensão [...] (Informação verbal, T15).

A gente mantém o grupo de *WhatsApp* com as pessoas que participavam da roda, a gente sempre está mandando mensagem falando com o pessoal [...] (Informação verbal, T11).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou conhecer as repercussões da terapia comunitária na vida pessoal e profissional de terapeutas comunitários atuantes na ESF, em cinco estados brasileiros. A maioria dos participantes sentiu mudanças pessoais significativas, relacionadas à possibilidade de autoconhecimento, fomentada no processo de formação teórico-prático-vivencial e através das interações constantes com os usuários, durante as rodas de TCI.

As ressignificações estão relacionadas com a apropriação da autonomia, a consciência da circularidade do cuidado, trazida pelo conhecimento e pela absorção do pensamento sistêmico. As mudanças foram percebidas nas falas dos participantes, quando relataram que aprenderam a olhar para dentro de si e a compreender que não se pode resolver todos os problemas ao mesmo tempo. Esta percepção interferiu nas relações consigo, com a família e os usuários dos serviços em que trabalham. Algumas participantes relataram que aprender a dizer “não” foi algo marcante em suas vidas e, a partir daí, compreenderam não serem responsáveis por resolver todos os problemas dos usuários.

O aperfeiçoamento de habilidades de comunicação ficou evidente nas falas de alguns participantes. “Saber ouvir” foi uma habilidade apreendida, o que gerou redimensionamento das relações familiares e profissionais. Alguns participantes referiram que passaram a usar na própria vida outras “regras” da terapia comunitária, principalmente “não julgar”.

Apenas uma participante deste estudo relatou que a vivência na formação/atuação como terapeuta comunitária não repercutiu na vida pessoal e profissional. Na pesquisa qualitativa, os dissensos são tão importantes quanto os consensos, entretanto, não foi aprofundado este posicionamento discordante da maioria, o que pode ser considerado fator limitante deste estudo e servir como material para outra pesquisa.

Na relação com os usuários, a experiência com a terapia comunitária possibilitou abordagem integral, com percepção da interligação entre doença física, emocional e social, além da valorização da cultura da comunidade. Foi também relatado pelos participantes o aumento do vínculo do usuário em sofrimento mental com as UAPS, o que sugere a redução de encaminhamentos para os CAPS, de pessoas que possam ser acompanhadas exclusivamente na atenção primária à saúde.

Para alguns participantes, a terapia comunitária claramente ampliou o campo de práticas e abriu portas para outras PICS, provavelmente pelo estímulo ao autoconhecimento e pela visão integrada em que convergem as práticas integrativas e complementares. Além disso, as formações em TCI acontecem em locais que proporcionam a participação em outras

atividades integrativas. Duas participantes também se sentiram motivadas a fazer formação em abordagem familiar. Também aconteceu a introdução da TCI em grupos diversos da comunidade, o que gerou experiências enriquecedoras para as profissionais envolvidas. As narrativas mostram a contribuição da TCI para o fortalecimento das PICS no SUS. Também, apontou-se, neste estudo, a potencialidade da roda como possibilidade de resgate de raízes individuais e coletivas, com consequente empoderamento e fortalecimento da mobilização social, fundamental para o bom funcionamento do SUS. Foi referido por alguns participantes um movimento de ida ao território para realização das rodas de terapia comunitária, motivada, inicialmente, pela falta de espaço físico adequado nas unidades de saúde e, posteriormente, percebida a importância de estar, de fato, integrado ao território vivo. Esse movimento também aconteceu por parte da comunidade, conforme fala de uma participante que relatou ter uma usuária oferecido área ampla e aberta em sua residência para realização das rodas durante a pandemia com mais segurança.

Observa-se que os fatores que facilitam e/ou dificultam a realização da TCI são muito semelhantes, ou seja, nas unidades em que a gestão e os colegas apoiam, o trabalho flui de forma melhor e vice-versa, onde não há apoio, a implementação da TCI é dificultada. Este resultado faz reiterar e refletir o quão importante é o trabalho em equipe interprofissional para o bom desenvolvimento de ações necessárias à comunidade e aos profissionais. Considerando que o trabalhador passa grande parte da vida no ambiente de trabalho, a qualidade desse ambiente reflete diretamente na qualidade de vida do profissional de saúde.

Os achados desta pesquisa também demonstram a potência que traz ao serviço a existência de uma gestão local comprometida com o bom andamento e em conexão com a gestão regional/municipal. Alguns participantes relacionaram a carência de apoio dos colegas à falta de apoio da gestão. Verificou-se a incongruência existente em alguns locais entre as gestões municipais e locais, pois os profissionais foram formados em convênio com a prefeitura, mas tiveram dificuldades de serem liberados tanto para participar da formação em TCI quanto para realizarem as rodas de terapia comunitária nas comunidades. Outro fator dificultador mencionado foi o desconhecimento dos colegas, claramente associado à descontinuidade do apoio de gestões em saúde dos municípios, em que uma gestão implanta a TCI, mas a subsequente deixa de apoiar a estratégia.

O envolvimento da equipe de Saúde da Família na TCI pode ser feito pelos próprios terapeutas comunitários, por meio de atividades de sensibilização. Uma das participantes desta pesquisa, ao relatar a realização de rodas de TCI com os colegas de trabalho, antes de começar

na comunidade, deu depoimento emocionado, de como ficou surpresa com as dores que foram colocadas na roda por colegas que trabalhavam juntos há cerca de oito anos, e que ninguém da equipe de trabalho tinha conhecimento, o que demonstra a inexistência de diálogo entre colegas. O trabalho em equipe efetivo necessita de vínculos afetivos e solidários.

Outro fator importante para o êxito da terapia comunitária foi a continuidade da intervenção em TCI, oferecida aos terapeutas comunitários, após o término da formação. Percebe-se carência na literatura de informações sobre o percentual de profissionais formados em TCI que continuaram exercendo a prática nos territórios, bem como acerca dos fatores relacionados a esta continuidade ou não, tema que merece novos estudos, na perspectiva de, a partir do conhecimento destas causas, poder agir sinergicamente para manutenção da terapia comunitárias nos territórios.

O modo de ver a APS como atuação em saúde simples, apelando para o mero balcão de atendimentos, sem compreender o leque extenso e complexo de teias a serem tecidas, e a potência como promotor da saúde integral, dificulta todo e qualquer trabalho que procure ir além da lógica queixa-conduta, ou seja, da lógica exclusivamente curativa. Deste modo, a TCI, bem como as outras práticas integrativas complementares, caminham na contramão deste sistema, ainda com ranço bimodal de ações limitadas. A presença ainda marcante desses sinais ficou evidente na participação de alguns terapeutas, que apontaram essa “falta de espaço/investimento” pela equipe de saúde e gestão, como fator dificultador para realização da terapia comunitária. Nota-se que mesmo a TCI sendo uma PIC que faz parte do leque de ofertas do SUS desde 2007 e, mesmo decorrido este tempo de implementação, ainda há resistência à implantação desta, em alguns locais.

Sugere-se que, na parte prática exigida para conclusão da formação em TCI, seja incluído como pré-requisito para conclusão do curso que um percentual dessas rodas seja feito com os profissionais de saúde da unidade que se dispõe a implantar a terapia comunitária, incluindo a participação do gestor. Acredita-se que esta vivência em equipe possa implicar os profissionais no processo, alavancando o trabalho em equipe e favorecendo a implantação da TCI, bem como constituindo ferramenta útil para o fortalecimento da saúde mental das equipes de Saúde da Família.

Apesar da importância em ser terapeuta comunitário relatada pelos participantes da pesquisa, com a chegada da pandemia de COVID-19, em março de 2020, a grande maioria interrompeu as atividades. Há diretriz construída pela ABRATECOM sobre a aplicabilidade da TCI no modo on-line, a partir de instrumento validado e baseado em trabalhos científicos

publicados e experiências em curso, no momento da publicação desta pesquisa. Observa-se, ainda, que estão acontecendo várias rodas on-line promovidas pelos polos formadores, como o MISMEC-DF e Afinando a Vida- SP.

Observou-se que as dificuldades tecnológicas, como falta de acesso ao aparelho celular ou à internet, inabilidade de manuseio tecnológico, dificuldades de liberação por parte da gestão para realização das rodas on-line, foram alguns fatores que impediram a realização das rodas virtuais, o que corrobora dados encontrados na bibliografia consultada para esta pesquisa. Uma das participantes, quando da impossibilidade de realização de rodas com a comunidade, passou a realizá-las com os profissionais de saúde, contudo, logo precisou parar por ter sido deslocada para o atendimento dos usuários acometidos com o coronavírus.

Entretanto, observa-se que a única profissional que continuou fazendo as rodas de TCI no modo virtual, obteve grande participação comunitária, inclusive com sugestão da comunidade de continuar o modo virtual também, mesmo após a volta às atividades presenciais.

A não realização de rodas de TCI on-line pela maioria dos participantes caracterizou-se como fator limitante desta pesquisa, já que não foi possível traçar estudo comparativo das possíveis diferenças das repercussões sofridas pelos terapeutas comunitários, em rodas presenciais e virtuais, o que pode ser objeto de estudo futuro.

Apesar das dificuldades mencionadas, haja visto o empenho da ABRATECOM em manter e até ampliar as atividades da terapia comunitária, mesmo neste momento de crise, recomenda-se investimento na capilaridade deste processo, através de treinamento dos terapeutas formados sobre condução de grupos on-line, pois percebeu-se nesta pesquisa que, embora haja limitações dos usuários, a maioria dos profissionais não se sentia apto à condução destas rodas.

Conclui-se, segundo a percepção dos profissionais da ESF atuantes como terapeutas comunitários, que a TCI é uma estratégia de grande potencial para acolher o sofrimento mental pelas equipes de Saúde Família, que os fortaleceu e desenvolveu tanto no campo profissional, aumentando a compreensão e capacidade de enfrentamento do grande leque de problemas de saúde da comunidade trazidos para ESF, em especial os relacionados ao sofrimento mental, como na superação de problemas na vida pessoal e familiar. Considerando-se a grande prevalência de sofrimento mental no Brasil, agravada pelos eventos traumáticos ocasionados pela pandemia de COVID-19, sugere-se que a TCI deve ser ação priorizada na atenção primária à saúde, devendo-se investir na formação e intervisão de profissionais das equipes de Saúde da Família para esta atividade.

## REFERÊNCIAS

- ABRATECOM. Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa. **Regimento do Conselho Deliberativo e Consultivo e ABRATECOM**. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/>>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia Psiquiátrica: novos desafios para o século XXI. **Revista USP**, n.43, p. 84-89, 1999.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- ANDRÉA, M. A. Transferência e contratransferência: o sentir como instrumento de trabalho no processo grupal. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jul.-Dez. 2006, Vol. 7, No. 2, pp. 51-58.
- AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde** [tese]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA. **QUEM SOMOS/ONDE ESTAMOS**. [200-] Disponível em: <<https://abratecom.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BARRETO, A. Terapia Comunitária integrativa e Resiliência: Quando a boca fala, os órgãos saram. In: CABRAL, S. S.; CYRULNIK, B. (org.). **Resiliência: como tirar leite de pedra**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p.255-271.
- BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. ANDRADE, L. O. M.; O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.39, p.327-349, 2005.
- BARRETO, A.P. *et al.* Integrative Community therapy in the time of the new coronavirus pandemic in Brazil and Latin America. **World Soc Psychiatry**, v. 2, p.103-105, 2020.
- BARRETO, A. P. *et al.* TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA: CUIDANDO DA SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE CRISE. **Publicação do ObservaPICS**, n. 3. 2020. Disponível em: <<http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Especial-PICS-Covid-TCI-ObservaPICS.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2021.
- BARRETO, A. *et al.* **A inserção da TCI na APS**. 2011[cartilha]. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA REDE SUS. Ministério da Saúde /Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. 2011.

BARRETO, A. P. **Quando a boca cala, os órgãos falam: desvendando as mensagens dos sintomas**. 2014. 2ª edição. Editora LCR. Fortaleza

BARRETO, M. C. R.; BARRETO, A. P. **Rede de Experiências e Saberes Científico, Popular e Político**. Coletânea A Prática da Terapia Comunitária Integrativa: desafios e possibilidades – vamos pensar juntos?. Caderno Pedagógico 2 – O papel do Terapeuta Comunitário antes, durante e após o encerramento da roda. Versão digital 2021, p. 44-48.

BARRETO, A. P.; **Terapia Comunitária Passo a Passo**. 2008.

BELCHIOR.(autor). **Alucinação (música)**. Site Letras. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/belchior/153384/>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDERLLI, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p.1585-1596, 2010.

BRANDT, L. C. **Processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho**. Rio de Janeiro: s. n., 2004.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 12 mai. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Potência do Acolhimento**. Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, nº 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos: dois anos—mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 849, de 28 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia [...]. **Diário Oficial da União**, n.60, seção 1, p. 68, 2017. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_27357131\\_PORTARIA\\_N\\_849\\_DE\\_27\\_DE\\_MARÇO\\_DE\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27357131_PORTARIA_N_849_DE_27_DE_MARÇO_DE_2017.aspx)>. Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248821102011.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares**. 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html)>. Acesso em: 10 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em:<  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005). DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, p. 29-31

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).Disponível em:  
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 19 out. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 12. De maio de 2021.

BARROS, N.F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 163-173, Set. 2018

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, 2017; 33(8):e00037316

CABRAL, S.; CYRULNIK, B. **Resiliência: como tirar leite de pedra**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

CARVALHO, D. C.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v.41, e17, 2016.

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

CLEMENTE, A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 555-564, 2011.

- CHAIKLIN, S.; PASQUALINI, J.C. (tradutora). A zona de desenvolvimento próximo na análise de Vigotski sobre aprendizagem e ensino. *Psicologia em Estudo*. Print version ISSN 1413-7372. **Psicol. estud.** vol.16 no.4 Maringá Oct./Dec. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/jCGfKbkrHPCr8KyZD4xjB3C/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mai. 2021.
- CHIAVERINI, D.H. (org). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
- CORREA, H. A saúde mental em xeque. Associação médica de Minas Gerais, abr. 2020. Disponível em: <<https://ammg.org.br/noticia/artigo-humberto-correa/>>. Acesso em: 05 jun. 2021.
- COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; Mari, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiquiatr Clín.** v. 26, p. 246-256, 1999.
- DANTAS, J. B.; SÁ, R.N.; CARRETEIRO, T.C.O.C. A patologização da angústia no mundo contemporâneo. **Arq Bras Psicol.** v. 61, n. 2, p. 1-9, 2009.
- DILÉLIO, A.S. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012.
- EMÍLIO, S. A. **Perfil e função do grupoterapeuta**. Texto da aula “Perfil e função do grupoterapeuta”. Curso de Formação da SPAGESP. Ribeirão Preto. 2003. (mimeo)
- FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface – Comunic. Saúde Educ.* v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. Editoras Paz e Terra S.A. São Paulo, 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1987.
- FORTES, P. A. C. **Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido**. *Revista Bioética*, v. 2, n. 2, 2009.
- FUKUI, L.; MARCHETTI, L. **Perfil: Considerações sobre a pessoa do terapeuta comunitário**. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (org.). *Terapia Comunitária. Tecendo Redes Para a Transformação Social Saúde, Educação e Políticas Públicas*. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, (TCendo.sp-Nemge – USP, congresso 2004), 2007. p.207-2012.
- GIFFONI, F. A. O. **Saber Ser, Saber Fazer: terapia comunitária, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia**. 2008. 235f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza/CE, 2008.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONDIM, G. M. M. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 87-120 ou 90-91, que foram as páginas específicas?

GÓES, M. C. R.; CRUZ, M. N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, v. 17, n. 2 (50) - maio/ago. 2006

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev Eletr Enferm.**, v.8, n.3, p.404-414, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7079>>. Acesso em: 20 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2019.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.** 65 (4), Ago. 2012 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400021>>. Acesso em: 12 maio 2021.

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 106-110, 2005.

KO, C.H. *et al.* The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. **Eur Psychiatry**, v.27, n.1, p.1-8, 2012.

KRIEGER, S.; LEAL, M. B. **História das teorias da comunicação**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1999.

LEPLAT, J. **Développement et dégradation des habilités dans le travail**. In: Société Française de Psychologie. **Psychologie du travail**. Équilibre ou fatigue par le travail? Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1980. p. 55-63.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise Da Prevalência da Síndrome de Burnout em Profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 283-304, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/yRhYHC8bJNhGzfLm3tmwfmJ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Localiza SUS. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. [201-]. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MERHY, E. E. *et al.* O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n.25, Rio de Janeiro, set./dez. de 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2018.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trab Educ Saúde**, v.15, n.1, p.131-145, 2017.

MORAIS, F. **Rodas de terapia comunitária: espaços de Mudanças para Profissionais da Estratégia Saúde da Família.** 2010. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2010.

MOROMIZATO, M. S. *et al.* O uso de Internet e redes Sociais e a relação com Índícios de ansiedade e Depressão em Estudantes de medicina. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 497-504, 2017.

MOVIMENTO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO CEARÁ (MISMEC/CE). **Relatório de atividades: acolhimento da dor e do sofrimento dos pacientes encaminhados da rede pública de saúde.** Fortaleza: MISMEC/CE, maio de 2018 a maio de 2019.

MOVIMENTO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA DO CEARÁ (MISMEC/CE). **Relatório de atividades: Supervisão em Terapia Comunitária/ Formação em Resgate da Autoestima.** Fortaleza: MISMEC/CE, 2019.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (Eds.). **The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Harvard: Harvard School of Public Health, 1996.

NEPOMUCENO, R. C. A. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde à luz da teoria das comunidades de prática.** 2019. 198 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

OLIVEIRA, L. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n.132, p.156-169, 2015.

OLIVEIRA, J.L.A.P.; CREPALDI, M. A. A EPISTEMOLOGIA DO PENSAMENTO SISTÊMICO E AS CONTRIBUIÇÕES DE HUMBERTO MATURANA. [Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis-SC, Brasil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, p. 325-334, jul./set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde. 1986. Disponível em: <<http://www.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019-

PADILHA, C.; FERREIRA O. W. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 16, n. 43, p. 1069-1086, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Cksh4TJtgxkKWrbHhLf7HDb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 mai. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Saúde Mental**. [2017]. Disponível: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental>>. Acesso em: 10 out. 2019.

PEREIRA, A. **Organização do cuidado em saúde mental numa unidade de atenção primária a saúde em Fortaleza, CE**. 2017. 40f. Monografia (Especialização em Psiquiatria) - Universidade Estácio de Sá, 2017.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu, Online)**, 22(supl.2): 1535-1547, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 mai. 2021.

PINHEIRO, S. A. *et al.* **Reunindo nossas pérolas**: experiência de um grupo de ex-alunos de curso de capacitação em terapia. *Temas em Educação e Saúde*, v.9, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/9583/6343>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SANTOS, A. M. V. S. *et al.* Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. **Cad Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p. 160-168, 2017.

SILVA, M. R. S. A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/84768>>. Acesso em: 22 mai. 2021.

SILVA, A. L. P. *et al.* **Implantação de Terapia Comunitária online**: tecnologia do cuidado em tempos de pandemia. *Temas em Educação e Saúde*, Araraquara, v. 16, n. esp.1, p. 393–408, 2020a. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14319>>. Acesso em: 5 jun. 2021.

SILVA, M. Z. *et al.* Como a Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado pessoas a enfrentarem o sofrimento durante a Pandemia da Covid-19?. In. AMARANTE, P. *et al.* (org). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Livro digital, formato A4. Rio de Janeiro, IdeiaSUS/Fiocruz, p. 82, 2020b. Disponível em: <<http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes-ideiasus/livros/269-o-enfrentamento-do-sofrimento-psiquico-na-pandemia-dialogos-sobre-o-acolhimento-e-a-saude-mental-em-territorios-vulnerabilizados>>. Acesso em: 22 jun. 2021.

STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre, 2010.

**TIC DOMICÍLIOS 2019**: principais resultados [Internet]. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC). 2020. Disponível em: [https://cetic.br/media/analises/tic\\_domicilios\\_2019\\_coletiva\\_imprensa.pdf](https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2019_coletiva_imprensa.pdf). Acesso em: 22 de jun. 2021.

VASCONCELLOS, M. J. E.(2012). Pensamento Sistêmico Novo-paradigmático: Novo-paradigmático por quê? In J G Aun, M. J. E. Vasconcellos; S.V. Coelho (Orgs.), **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais Fundamentos teóricos e epistemológicos** (3a ed., pp. 97109). Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.

VILLELA, F. **Um terço dos brasileiros tem internet em casa, diz FGV**. [ notícia] 2012. Empresa Brasil de Comunicação. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-05-16/um-terco-dos-brasileiros-tem-internet-em-casa-diz-fgv>. Acesso em: 1 jul. 2021.

VINUTO, J. **AMOSTRAGEM EM BOLA DE NEVE NA PESQUISA QUALITATIVA: UM DEBATE EM ABERTO**. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 12 mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Borrador de Declaración. In: **II Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible**; 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018. Disponível em: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/06/borrador-de-declaracion-ii-conf-aps-2018.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

WORD HEALTH ORGANIZACION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders-Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bistream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 de mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Mental Health and Covid-19**. [2020] Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>. Acesso em: 12 jun. 2021.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim** [recurso eletrônico] / Robert K. Yin ; tradução: Daniel Bueno ; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre : Penso, 2016. ePUB. Editado como livro impresso em 2016.

ZIMERMAN, D. E. Atributos desejáveis para um coordenador de grupos. In: ZIMERMAN, D. E; OSORIO, L. C. e cols. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap. 3, p. 41-47.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos das Grupos Terapias**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 6, p. 82-86.

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO ONLINE ( GOOGLE FORMS) A SER APLICADO AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS

# REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA SISTÊMICA NA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS, que tem como objetivo: Compreender as percepções dos terapeutas comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica em sua vida pessoal e profissional. Os participantes serão profissionais da ESF das cinco regiões brasileiras e para cada participante será aplicado formulário online e realizada entrevista online, que servirá de base de informações para os resultados da pesquisa a ser apresentada ao Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz Ceará (PROFSAÚDE) e possivelmente em outros estabelecimentos acadêmicos e profissionais. Este tipo de pesquisa não traz risco à sua saúde, e o(a) senhor(a) pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, será visto, avaliado e dado as devidas providências pelas pesquisadoras responsáveis pelo projeto. Se necessário, pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Andréa de Souza Gonçalves Pereira, fone: (85) 999539394, ou a professora doutora Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto, orientadora, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - CE), no endereço: Rua São José, s/n, Precabura, Eusébio-Ceará. CEP: 60.760. Fone (85) 32156450. Este Projeto foi submetido a Plataforma Brasil e Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Ceará, no endereço: Av. Antônio Justa, 3161 - Meireles, Fortaleza – CE, 60165-090. As dúvidas com relação a assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (085)31011398

\*Obrigatório

ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA\*

Sim

Não

E-mail \*

1. NOME \*

2. DATA DA ENTREVISTA \*

3. IDADE EM ANOS

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

4. SEXO \*

Feminino

Masculino

Outro:

5. GÊNERO \*

Cisgênero

Transgênero

Não Binário

Outro:

6. ESCOLARIDADE \*

- a) Analfabeto
- b) Fundamental I incompleto
- c) Fundamental I completo
- d) Fundamental II incompleto
- e) Fundamental II completo
- f) Ensino Médio incompleto
- g) Ensino Médio completo
- h) Superior incompleto
- i) Superior completo
- j) Ignorado/Não sabe/Não quer responder

Outro:

7. PROFISSÃO \*

- a) Agente Comunitário(a) de Saúde
- b) Enfermeiro(a)
- c) Médico(a)
- d) Dentista
- e) Técnico(a) de enfermagem
- f) Técnica(o)/Auxiliar de saúde bucal
- g) Profissionais do NASF

Outro:

8. ESTADO CIVIL \*

- a) Casada (o) ou União Estável
- b) Solteira (o)
- c) Viúva(o)

Outro:

9. RELIGIÃO \*

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Umbandista
- d. Espírita

Outro:

10. ESTADO DE ATUAÇÃO \*

11. MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO \*

12. UNIDADE DE ATUAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA \*

13. TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS (ESF) \*

- a) Menos de 5 anos
- b) De 5 a menos de 10 anos
- c) De 10 a menos de 15 anos
- d) De 15 anos ou mais

14. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA (TRABALHO) NA MESMA EQUIPE? \*

- a) De 1 até 2 anos
- b) Mais que 2 a 5 anos
- c) De 5 a menos de 10 anos
- d) De 10 a menos de 15 anos
- e) De 15 anos ou mais

15. QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO? \*

- a) Servidor público estatutário
  - b) Contrato temporário por prestação de serviço
  - c) Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
  - d) Empregado público CLT
  - e) Contrato CLT (Terceirizado)
- Outro:

16. VOCÊ REALIZA (REALIZOU) RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE FORMA SISTEMÁTICA? \*

- Sim
- Não

17. COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA (REALIZOU) RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA EM SEU TERRITÓRIO? \*

- a) Duas vezes por semana ou mais
  - b) Uma vez na semana
  - c) Uma vez a cada 15 dias
  - d) Uma vez ao mês
- Outro:

18. HÁ QUANTOS ANOS VOCÊ IMPLANTOU, DE FORMA SISTEMÁTICA, A TERAPIA COMUNITÁRIA EM SEU TERRITÓRIO? \*

19. VOCÊ RECEBE (RECEBEU) AJUDA DE PROFISSIONAIS DE SUA EQUIPE PARA REALIZAR AS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA? \*

- Sim
- Não

20. VOCÊ RECEBE (RECEBEU) AJUDA DE OUTROS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAR AS RODAS DE TCI? \*

- Sim
- Não

21. SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" NAS QUESTÕES 19 OU 20, DE QUEM VOCÊ RECEBE AJUDA?

Marque todas que se aplicam.

- Outro Terapeuta Comunitário
- Agente Comunitário de Saúde
- Liderança da Comunidade
- Residente Multi ou Médico

Estudante de graduação  
Médica (o)  
Enfermeira (o)  
Dentista  
Técnico(a) de enfermagem  
Técnico(a)/Auxiliar de saúde bucal  
Profissionais NASF  
Outro:

22. VOCÊ REALIZOU RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19?

\*

Sim  
Não

22. SE A RESPOSTA À PERGUNTA 22 FOR "NÃO", ENCERRE AQUI O QUESTIONÁRIO. OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!

23. SE SUA RESPOSTA À PERGUNTA 22 FOI "SIM", ESTAS RODAS DE TCI FORAM EM QUE MODALIDADE?

a) On-line  
b) Presenciais

Outro:

24. QUANTAS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA VOCÊ REALIZOU DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19?

25. SE VOCÊ REALIZA A TCI ON LINE, QUAL FERRAMENTA VOCÊ UTILIZA PARA REALIZAR AS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA?

a) Google Meet  
b) Zoom  
c) Whatsapp  
d) Skype  
e) Não se aplica

## **APÊNDICE B – ENTREVISTA ONLINE APLICADO AOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS**

### **Perguntas norteadoras**

- 1) Qual o seu nome?
- 2) Qual foi sua motivação para tornar-se terapeuta comunitário?
- 3) Como a Terapia Comunitária afetou ou refletiu na sua vida do ponto de vista profissional?
- 4) Por favor, explique as mudanças que ocorreram nas suas práticas profissionais depois que você iniciou a aplicação da Terapia Comunitária na sua comunidade.
- 5) Você poderia falar sobre como a prática enquanto terapeuta comunitário afetou sua vida do ponto de vista pessoal e familiar?
- 6) Por favor, explique as mudanças que ocorreram na sua vida pessoal e familiar depois que você iniciou a aplicação da Terapia Comunitária na sua comunidade.
- 7) O que mais você gostaria de falar sobre sua atuação como terapeuta comunitário?
- 8) Que medidas ou ações dos gestores e colegas de trabalho poderiam ajudar sua prática de terapeuta comunitário?
- 9) Por favor, explique como está a prática de Terapia Comunitária durante a Pandemia de COVID-19.
- 10) Como está sendo a experiência da Terapia Comunitária durante a Pandemia de COVID-19 para você?

**APÊNDICE C – ENTREVISTA ONLINE COM A PRESIDENTA DA ABRATECOM**

Nome:

Data da entrevista:

Idade em anos:

Sexo:

Gênero:

Estado civil:

Religião:

Categoria profissional:

Tempo de profissão:

Há quanto tempo você é terapeuta comunitário?

Há quanto tempo você é presidenta da ABRATECOM?

Vc atua na ESF? Qual seu local de atuação?

Você realiza rodas de terapia comunitária integrativa? Onde?

Com que frequência você realiza rodas de terapia comunitária?

Como você vê a atuação dos profissionais da ESF que são terapeutas comunitários no seu território?

Por favor fale um pouco sobre o alcance da ABRATECOM a nível de Brasil.

Dentre as 5 regiões do país, qual a capital, por região, que mais formou terapeutas comunitários?

Entre os polos formadores das capitais citadas acima, quais são mais atuantes, levando em consideração número de profissionais formados e atuação destes nos seus territórios?

Obrigada por sua participação!

## **APÊNDICE D – ENTREVISTA ONLINE COM OS COORDENADORES DE POLOS DE FORMAÇÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA**

### **Perguntas norteadoras**

- 1) Qual o seu nome?
- 2) Data da entrevista:
- 3) Idade em anos:
- 4) Sexo:
- 5) Gênero:
- 6) Estado civil:
- 7) Religião:
- 8) Categoria profissional:
- 9) Tempo de profissão:
- 10) Há quanto tempo você é terapeuta comunitário?
- 11) Há quanto tempo você é coordenador(a) de polo?
- 12) Vc atua na ESF? Qual seu local de atuação?
- 13) Você realiza rodas de terapia comunitária integrativa? Onde?
- 14) Com que frequência você realiza rodas de terapia comunitária?
- 15) Como você vê a atuação dos profissionais da ESF que são terapeutas comunitários no seu território?
- 16) Vamos agora falar especificamente sobre o polo que você coordena:
  - Quando e como foi formado; história do pólo na ABRATECOM;
  - Perfil, características,
  - Número e perfil dos terapeutas comunitários formados;
  - Número e perfil dos terapeutas comunitários atuantes antes de abril de 2019
  - Lista de profissionais atuantes, com suas respectivas categorias, desde abril 2019\*.

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL DOS TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS**, que tem como objetivo: Compreender as percepções dos terapeutas comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre as repercussões da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica em sua vida pessoal e profissional.

participantes serão profissionais da ESF das cinco regiões brasileiras e para cada participante será aplicado formulário online e realizada entrevista online, que servirá de base de informações para os resultados da pesquisa a ser apresentada ao Mestrado em Saúde da Família da Fiocruz Ceará (PROFSAÚDE) e possivelmente em outros estabelecimentos acadêmicos e profissionais.

Este tipo de pesquisa não traz risco à sua saúde, e o(a) senhor(a) pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, será visto, avaliado e dado as devidas providências pelas pesquisadoras responsáveis pelo projeto.

Se necessário, pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, **Andréa de Souza Gonçalves Pereira**, fone: (85) 999539394, ou a professora doutora Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto, orientadora, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - CE), no endereço: Rua São José, s/n, Precabura, Eusébio-Ceará. CEP: 60.760. Fone (85) 32156450.

Este Projeto foi submetido a Plataforma Brasil e Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Ceará, no endereço: Av. Antônio Justa, 3161 - Meireles, Fortaleza – CE, 60165 - 090. As dúvidas com relação a assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (085)31011398.

Este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor(a) participante da pesquisa.

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, de iniciativa de **Andréa de Souza Gonçalves Pereira**, orientado pela professora Dra. Ivana Cristina Holanda da Cunha Barreto, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa. Declaro ainda estar ciente que a qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do pesquisador que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_