

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Erika Macedo

**Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica no  
município de Volta Redonda/RJ**

Rio de Janeiro

2020

Erika Macedo

**Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica no  
município de Volta Redonda/RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na área de concentração de Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Vera Lucia Luiza

Coorientadora: Vera Cecília Frossard

Rio de Janeiro

2020

**Integrative Community Therapy: Implementation in Primary Care in the city of Rio de Janeiro/RJ**

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M141t Macedo, Erika.  
Terapia comunitária integrativa: implantação na atenção básica no município de Volta Redonda/RJ / Erika Macedo. -- 2020.  
110 f.

Orientadora: Vera Lucia Luiza.  
Coorientadora: Vera Cecília Frossard.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Terapias Complementares. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Terapia Comunitária Integrativa. 5. Práticas Integrativas e Complementares. 6. Análise de Implantação. I. Título.

Erika Macedo

**Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica no  
município de Volta Redonda/RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na Área de concentração de Política, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 27/05/2020

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lucia de Andrade Reis  
Cuidado, Atendimento, Ensino e Pesquisa do Indivíduo, Família e Comunidade Ltda

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tatiana Wargas Baptista  
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Frossard  
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lucia Luiza  
Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro  
2020

*Dedico esta dissertação a minha família, meus mestres, amigos, colegas de trabalho e pacientes. Todos contribuíram para lapidar meu olhar para questão do cuidado com o sofrimento humano; cada um a seu modo, dentro de seus próprios olhares me emprestaram lentes que sozinha jamais conseguiria enxergar.*

## AGRADECIMENTOS

Gratidão, à minha mãe Sonia, por todo carinho e amor de sempre.

Aos meus filhos, João Vitor e Pedro, pelas faltas compreendidas.

Ao meu companheiro Francisco, pela paciência e apoio ao longo do caminho percorrido.

Às minhas orientadoras, que me deixam importantes e diversos ensinamentos.

À minha fiel escudeira Madalena, por cuidar tão bem do meu ninho e dos meus passarinhos quando eu precisei voar para longe.

Aos colegas de mestrado por trilharem por caminhos com tantos obstáculos comigo.

A todos os professores do mestrado pelos ensinamentos e lições aprendidas.

A todos os entrevistados da pesquisa que me receberam de forma calorosa.

À Fabiola Martins e Ângela Guidoreni que me receberam com todo carinho em Volta Redonda.

À Marinha do Brasil, que me possibilitou o mergulho na pós-graduação.

À Lucia Ornelas, minha amiga, que plantou a semente desta conquista.

À Gisele Ribeiro por acreditar e batalhar comigo pela realização deste sonho.

A todos os participantes das rodas de Terapia Comunitária da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória: vocês me ensinaram muito e despertaram em mim o desejo de ir mais longe.

Às minhas amigas de toda a vida, Flavia, Ana Fernanda e Geórgia, por entenderem minhas muitas ausências, mas nunca desistirem da minha presença.

Enfim, a todos que contribuíram para a realização deste sonho: Minha Gratidão!

Redescobrir

Como se fora brincadeira de roda  
Jogo do trabalho na dança das mãos  
O suor dos corpos na canção da vida  
O suor da vida no calor de irmãos

Como um animal que sabe da floresta  
Redescobrir o sal que está na flor da pele  
Redescobrir o doce no lambar das línguas  
Redescobrir o gosto e o sabor da festa

Pelo simples ato de um mergulho  
Ao desconhecido mundo que é um coração  
Alcançar aquele universo que sempre se quis  
E que se pôs tão longe na imaginação

Vai o bicho homem fruto da semente  
Renascer da nossa força, nossa luz e fé  
Entender que tudo é nosso, sempre esteve em nós  
Somos a semente, ato, mente e voz

Não, não tenha medo, meu menino povo  
Tudo principia na própria pessoa  
Vai como a criança que não teme o tempo  
Se fazer é tão prazer que é como fosse dor

**Gonzaguinha (1981)**

## RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática coletiva de atenção à saúde, criada pelo Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, da Universidade Federal do Ceará em 1987, no Pirambú, bairro de periferia do município de Fortaleza-CE. O psiquiatra e antropólogo cearense apresenta esta abordagem como proposta para lidar com o sofrimento humano a partir dos recursos e competências das pessoas, comunidades e redes. Desde então, esta técnica ganhou visibilidade nacional e internacional, reconhecimento em políticas públicas municipais, estaduais e federais. O objetivo deste estudo, de natureza exploratório-descritivo-analítico, foi descrever e analisar o processo de implantação da TCI em um município do Rio de Janeiro, Volta Redonda. Foi utilizada a metodologia qualitativa por meio de revisão bibliográfica, análise documental, entrevista semi-estruturada e observação das Rodas de TCI, aplicados no período de setembro a novembro de 2019. Na Consulta aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis, a TCI começa a ser referenciada a partir de 2009 até seu período atual (2018 a 2021), onde passa a ser prevista no Projeto Centro de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde, coadunando com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que no ano de 2017 inseriu a TCI no rol das PICs. A observação da Rodas de TCI foi uma estratégia de proximidade ao objeto de estudo, que possibilitou o contato com o cotidiano das três rodas de TCI atualmente realizadas no município. A análise de implantação no município estudado revelou a importância do contexto político ao longo do processo de implantação desta técnica grupal no Sistema Único de Saúde; ora como facilitador da implantação, ora como barreira para manutenção de sua oferta. Apesar da mudança do contexto político ter ocasionado a diminuição da oferta de rodas de TCI, houve o reconhecimento do seu potencial na construção de redes de apoio social assim como na atenção às demandas de saúde mental, como por exemplo, a redução da medicalização.

Palavras-chave: terapia comunitária integrativa; saúde mental; análise de implantação; praticas integrativas complementares; pesquisa qualitativa.



## ABSTRACT

Integrative Community Therapy (ICT) is a collective health care practice, created by Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, from the Federal University of Ceará in 1987, in Pirambú, a suburb on the outskirts of the city of Fortaleza-CE. The psychiatrist and anthropologist from Ceará presents this approach as a proposal to deal with human suffering while using personal and communities resources and skills, and also their networks. Since then, this technique has gained national and international visibility, with recognition in municipal, state and federal public policies. The goal of this study, which has an exploratory-descriptive-analytical nature, is to describe and analyze the process of implanting the ICT in a municipality in the state of Rio de Janeiro, Volta Redonda. Qualitative methodology was used through literature review, document analysis, semi-structured interview and participant observation, which occurred from September to November 2019. Consulting Municipal Health Plans, TCI begins to be referenced in the period from 2009 until its current period (2018 to 2021), where it starts to be foreseen in the Projeto Centro de Práticas Integrativas (Center for Integrative Practices Project) of the Municipal Health Department, in line with the Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (National Policy of Integrative and Complementary Practices), which in 2017 included TCI in the list of PICs. Participant observation was a strategy of proximity to the object of this study, which enabled contact with the daily life of the three ICT groups currently carried out in the municipality. The implantation analysis in the studied municipality revealed the importance of the political context throughout the process of implantation of this group technique in the National Health Service (SUS); sometimes as a facilitator of the implementation, sometimes as a barrier to maintaining its offer. Despite the change in the political context that led to a decrease in the supply of ICT groups, there was a recognition of its potential in building social support networks as well as in meeting mental health demands, such as reducing medicalization.

Keywords: Integrative Community Therapy; mental health; analyse of implantation; Integrative and Complementary Practices; qualitative research

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1. INFORMAÇÕES DE INTERESSE A SEREM OBTIDAS COM AS ENTREVISTAS SEGUNDO ATORES, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E NÚMERO INICIAL ESTIMADO.....	54
QUADRO 2. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS IDENTIFICADAS NAS FALAS. .	56
QUADRO 3. LOCAIS DE OFERTA DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA POR OCASIÃO DAS OBSERVAÇÕES DAS RODAS DE TCI VOLTA REDONDA, 2019. ....	59
QUADRO 4. OBSERVAÇÕES SOBRE AS RODAS DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) NO DIA VISITADO. VOLTA REDONDA, 2019. ....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APA	American Psychiatric Association
APS	Atenção Primária do Município
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Cargo Comissionado
CDI	Centro de Doenças Infecciosas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HSN	Hospital Siderúrgica Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MISMEC	Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
MT	Medicinas Tradicionais
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Prática Integrativa Complementar
PAS	Programa Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RAG	Relatório Anual de Gestão
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFC	Universidade Federal do Ceará
UHG	União Hospitalar Gratuita
VR	Volta Redonda
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
2	OBJETO	19
3	PRESSUPOSTO DO ESTUDO	20
4	PERGUNTAS	21
5	OBJETIVOS	22
5.1	Geral	22
5.2	Específicos	22
<b>6</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>23</b>
6.1	Conceitos de Saúde	23
6.2	Práticas Integrativas e Complementares no Brasil	25
6.3	Terapia Comunitária Integrativa	27
6.3.1	O Pensamento Sistêmico	32
6.3.2	Teoria da Comunicação	33
6.3.3	A Pedagogia de Paulo Freire	34
6.3.4	A Antropologia Cultural	35
6.3.5	A Resiliência	36
6.3.6	A roda de TCI	38
6.3.7	O Terapeuta Comunitário e a Capacitação	42
6.4	Evidências sobre a TCI	43
6.5	Avaliação em saúde	44
6.5.1	Análise de Implantação	49
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>51</b>
7.1	Contexto do estudo	52
7.2	Aspectos operacionais	54
7.3	Análise de dados	56
7.4	Cuidados Éticos	57
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>59</b>
8.1.1	Entrevistas	59
8.1.2	A Observação das Rodas de TCI	59
8.1.3	Plano municipal de saúde	62

8.1.4	Programação Anual de Saúde .....	62
8.1.5	Relatório Anual de Gestão (RAG) .....	63
8.1.6	Relatórios das Conferências de Saúde .....	63
8.2	Implantação: Momento inicial.....	63
8.3	Intervenção .....	67
8.4	Atores envolvidos na TCI do município estudado .....	76
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>10</b>	<b>LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO.....</b>	<b>89</b>
<b>11</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>
	APÊNDICE 1. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – GESTORES .....	979
	APÊNDICE 2. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS.....	100
	APÊNDICE 3. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DA UBS .....	101
	APÊNDICE 4. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – PARTICIPANTES DAS RODAS.....	102
	APÊNDICE 5. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS RODAS.....	103
	APÊNDICE 6. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -PROFISSIONAIS E GESTORES.....	104
	APÊNDICE 7. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PARTICIPANTES DA RODA DE TCI.....	107
	APÊNDICE 8. TERMO DE ANUÊNCIA.....	110

## 1. INTRODUÇÃO

A pós-modernidade vem trazendo mudanças no modo de vida das pessoas. De um lado, assistimos um maior acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade e, de outro, verificamos que a desigualdade - como um fenômeno sócio-econômico - e a exclusão - como um fenômeno cultural e social - se tornam muito mais presentes nas sociedades capitalistas, manifestando-se através da precarização geral do trabalho, do aumento da criminalidade, do abuso de drogas, da violência social e da miséria.

Este processo é majoritariamente marcado por situações de sofrimento, muitas vezes expresso por meio de queixas somáticas inespecíficas como: dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos, estado de mal-estar, dentre outros. Esses são exemplos de sintomas que não apresentam causas orgânicas específicas. Assim, não são facilmente classificáveis nos diagnósticos médicos e psiquiátricos, porém têm íntima relação com fatores psíquicos e sociais. Este tipo de sofrimento foi nomeado pelo pesquisador Victor Vincent Valla (2001) como *sofrimento difuso* e colocado como uma das maiores demandas de atenção em saúde nas classes populares.

Entre as queixas somáticas inespecíficas, ainda podemos encontrar o diagnóstico de *transtornos mentais comuns* (TMC), que podem se apresentar através de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, além de manifestações que podem se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

As projeções mundiais para 2030 são no sentido dos TMC serem incluídos entre os mais incapacitantes do ser humano. No Brasil, a prevalência é de 28,7% a 50%, em especial entre o gênero feminino e os idosos (LUCCHESI et al., 2014).

Dentro da categoria dos TMC não existe uma preocupação com enquadramento ou classificações nas categorias dos manuais diagnósticos de psiquiatria, mas sim com a detecção de uma forma de sofrimento que produz prejuízos significativos ao viver dos indivíduos, representando um modelo dimensional, ao invés de categorial, como os diagnósticos dos manuais de classificação psiquiátrica. Seriam formas de expressão de sofrimento que vão além das queixas difusas, levando a consequente busca por serviços de saúde (FONSECA, 2007).

Como se apresentam principalmente através de queixas somáticas inespecíficas, a prevalência dos TMC na atenção básica é alta, por ser esta também a porta de entrada dos serviços de saúde. Porém, havendo um enfoque na queixa imediata dos usuários, sem o reconhecimento do mal-estar mais amplo, implicará em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários.

Pessoas com TMC usualmente se apresentam com sintomas somáticos associados, que pode tornar-se erroneamente o principal foco do tratamento. Por outro lado, o reconhecimento de sintomas somáticos pode levar à prescrição indiscriminada de psicofármacos (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A vulnerabilidade social e econômica pode levar a maior exposição aos TMC; contudo, o aumento das redes de apoio social diminui conseqüentemente o seu risco. Este dado foi mostrado por Fortes (2004) que aponta para os efeitos protetores das redes de apoio social sobre a saúde mental dos indivíduos. A autora consegue mostrar a relação inversa entre rede de apoio social e TMC. Podemos dizer que o incremento das redes de apoio social através da formação de grupos comunitários, de atividades físicas ou artísticas, de lazer ou terapêuticas pode ter efeito protetor para os transtornos mentais comuns.

O apoio social pode ser definido como “sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (VALLA, 2001, p.42). O apoio social pode agir como fator de proteção contra o aparecimento de doenças, contribuindo muitas vezes para a manutenção da saúde das pessoas.

A implementação de uma prática grupal, de origem brasileira, chamada de Terapia Comunitária Integrativa, implantada na atenção básica no Sistema Único de Saúde, pode ser uma proposta de acolhimento das situações de sofrimento, possibilitando a problematização de questões coletivas, o fortalecimento das redes de apoio social, espaço de escuta, vínculo e desmedicalização da vida (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) foi desenvolvida no Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará sob a coordenação do Antropólogo e Psiquiatra, Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto, desde 1987. Barreto desenvolveu o método com moradores da favela do Pirambu, na comunidade Quatro Varas, onde seu irmão, o advogado Dr. Airton Barreto, coordenava um centro de direitos humanos e atendimento jurídico.



Quatro Varas é uma das cento e dez comunidades que compõe a Favela do Pirambu, em Fortaleza. Suas ruas, palco de um cenário de violências e despejo, receberam nomes que evidenciam a história de excluídos e de lutas: “Rua do Avanço”, “Rua do Grito”. Aírton Barreto, advogado sensível aos Direitos Humanos, oferecia atendimento jurídico a trabalhadores recém-demitidos de uma antiga fábrica que havia fechado as portas por motivo de falência. Por não receberem indenização, os funcionários saquearam a fábrica e resolveram juntos, reivindicarem seus direitos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS. COORDENAÇÃO-GERAL DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE, 2005).

O nome da comunidade foi batizado em uma assembleia, inspirado na lenda de um ancião: Pressentindo a morte, um senhor muito pobre reuniu seus quatro filhos e disse-lhes: “Vou morrer e não tenho nenhum bem material para deixar como herança, porém, deixolhes uma mensagem que é muito importante”. Em seguida pediu que cada um trouxesse uma vara, e após uní-las, ordenou que a quebrassem. Ninguém conseguiu quebrar as quatro varas juntas. “Pois bem, esta é a mensagem que deixo para vocês: enquanto ficarem unidos como estas varas, ninguém os destruirá”.(GIFFONI, 2008)

A partir daquela assembleia, a Comunidade passou a se chamar “Quatro Varas” e com toda união e força conseguiram se estabelecer, construir suas casas, a Associação de Moradores, Escola Comunitária, Creche e Posto de Saúde. Após a fase de implantação, são ampliadas e diversificadas as ações comunitárias. Adalberto Barreto, a convite de seu irmão Aírton, após atender às queixas psiquiátricas encaminhadas da comunidade para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará, resolveu ir à fonte dos problemas e iniciou um tipo de acolhimento na própria comunidade, com um grupo de pessoas em conflito e sofrimento psíquico que se reuniam à sombra de um cajueiro. Iniciou, dessa forma, um trabalho de inclusão da diversidade, possibilitando a descoberta de superação frente ao sofrimento e a miséria afetiva, e, ao mesmo tempo, possibilitou aos profissionais da Universidade saírem da Academia e irem pra Comunidade, aliando o saber científico ao popular (BRASIL, 2005).

As primeiras demandas trazidas pela comunidade, que procurava o Centro de Direitos Humanos, eram individuais e centradas na busca de medicamentos para controlar insônias, violência, alcoolismo, abandono, crises nervosas, fome, etc. A comunidade buscava nos medicamentos a solução para os seus problemas e não fazia a relação entre os

seus sofrimentos e o contexto sócio-político-econômico no qual estava inserida. As pessoas aguardavam que a solução para as suas dores viesse de fora, trazida por técnicos e/ou especialistas, políticos ou religiosos, gerando assim relações de dependência e assistencialismo (BARRETO et al., 2011).

Assim, ao longo do tempo, por meio da experiência com a comunidade, que se deu pela escuta, apoio, respeito à história individual e coletiva, e fortalecimento do grupo, a Terapia Comunitária Integrativa foi se construindo e traçando seus objetivos e consolidando seu método (BARRETO et al., 2011).

O uso de medicações para tratamento é deixado em segundo plano, e com seu desenvolvimento, o Projeto Quatro Varas, se transforma no Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária- MISMEC 4Varas, que é uma entidade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e base comunitária, que há 33 anos desenvolve um trabalho na área de prevenção da saúde comunitária, na comunidade do Pirambu e adjacências, periferia de Fortaleza. É um projeto interdisciplinar e transcultural do Departamento de Saúde Comunitária da Pró-Reitoria de Extensão da UFC- Universidade Federal do Ceará. Quem procura o serviço, é convidado a participar da terapia comunitária integrativa, além da massagem anti-estresse, yoga, quiropraxia, acupuntura, e dos serviços da “Farmácia Viva”.

A TCI vem emergindo como uma intervenção em política pública, sendo considerada uma ferramenta do cuidado e como estratégia que pode ampliar e fortalecer a prática dos profissionais da ESF em direção ao modelo comunitário de saúde. Compõe desde 2017 o conjunto de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS) (BRASIL, 2006a, 2017).

A motivação pelo estudo emergiu da trajetória profissional da pesquisadora como psicóloga, servidora federal civil das forças armadas, atuando como psicóloga clínica na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, onde realiza atendimento psicológico a família dos militares da ativa e reserva, e grupos de militares inativos e seus dependentes.

O primeiro contato com a TCI aconteceu no V Congresso Brasileiro de Terapia Familiar; III Encontro Latino Americano, no ano de 2002, na cidade de Salvador. Neste Congresso, a pesquisadora teve a oportunidade de participar de uma roda de TCI facilitada pelo Dr. Adalberto Barreto, entrando em contato pela primeira vez com sua metodologia simples de mobilização de grandes grupos.

A partir daquele, momento surgiu o desejo de conhecer mais profundamente a TCI. Através do Instituto Noos, uma organização da sociedade civil que promovia cursos de

aprimoramento na área da saúde e educação no Rio de Janeiro, chegou a informação que o Prof Adalberto viria ao Rio de Janeiro ministrar o curso de TCI a partir de 2008. Em busca por conhecimento e atualização em atividades complementares, o apoio para participar no curso foi solicitado à Marinha do Brasil, que o possibilitou à servidora em 2010, com encerramento em 2011.

A parte prática do curso, que consistia na condução de rodas de TCI, foi integralmente realizada na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória em grupos de usuários do Sistema de Saúde da Marinha que participavam do Programa de Saúde da Diabetes e Hipertensão. Assim, a partir de 2012, a TCI passou a ser um novo recurso terapêutico grupal nesta Instituição. O relato deste conjunto de eventos busca expressar o envolvimento pessoal da autora com o tema.

Considerando o fato de o Brasil ter uma PNPICS, da TCI, uma PIC desenvolvida no país estar nela incluída, considera-se relevante identificar os desafios de implementação. No entanto, em 2018, quando houve a oportunidade de realizar uma abordagem acadêmica sobre o tema como parte do projeto de dissertação de mestrado em Saúde Pública, a TCI encontrava-se com a oferta interrompida na Policlínica Naval, *locus* original de interesse para realização do estudo. Então, considerando que o nível municipal é responsável pela APS, onde a TCI se insere, optou-se pela realização do estudo neste âmbito.

É relevante, na saúde coletiva, avaliar práticas com a intenção de verificar sua competência reconhecida e compatibilidade com os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

A municipalização decorrente da descentralização do sistema Único de Saúde (SUS), fez do município o principal espaço para implementar as políticas de saúde, tendo cada um seu próprio cenário local que vai influenciar na implantação e na efetividade das intervenções.

A TCI foi inserida no município de Volta Redonda, região Sul Fluminense, a partir de 2008 através da inserção de oito profissionais da rede de saúde no curso de terapia comunitária. Na época, o Ministério da Saúde havia firmado um convênio com a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para realizar a qualificação de profissionais de saúde com o objetivo de implantar a TCI no SUS. A Secretaria Municipal de Volta Redonda foi indicada pela então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sesdec/RJ) para capacitação no Instituto Noos, polo formador do Rio de Janeiro a época (CRUZ et al., 2012).

A realização deste estudo se faz pertinente pela proposta de analisar a implantação desta nova intervenção no município citado, permitindo identificar melhor sua dinâmica e seus fatores explicativos críticos em diferentes Unidades de Atenção Básica de Saúde.

Quanto à organização da presente dissertação, a este texto introdutório que apresenta o objeto, sua gênese e a motivação da pesquisadora para o estudo, segue a justificativa que sinaliza o interesse científico e sanitário, a explicitação do objetivo assim como as perguntas e objetivos do trabalho. Para uma melhor compreensão da temática, na revisão da literatura são tecidas algumas considerações sobre os conceitos de saúde em sua visão ampliada, assim como as Práticas Integrativas e Complementares, que consideram o indivíduo na sua integralidade. A seguir a TCI é apresentada mais detalhadamente, com seus pilares teóricos e sua inserção nas políticas públicas. Para embasar a metodologia do estudo, foi apresentada o tema sobre Avaliação em Saúde e a Análise de implantação, como escolha da pesquisa avaliativa. A metodologia do estudo é então apresentada, com seu contexto, aspectos operacionais e análise dos dados. Ao fim do trabalho os resultados da pesquisa são expostos, abrindo para discussão e a conclusão do estudo.

## **2. OBJETO**

A Terapia Comunitária Integrativa oferecida nas Unidades de Atenção Básica em um município do Estado do Rio de Janeiro (Volta Redonda).

### **3. PRESSUPOSTO DO ESTUDO**

A TCI é uma ferramenta potente para abordar o sofrimento difuso em especial em situações de vulnerabilidade social.

#### **4. PERGUNTAS**

- Que fatores influenciaram a decisão da oferta da TCI na ESF no Município de Volta Redonda?
- Quais as facilidades e barreiras para a implantação desta técnica no âmbito da ESF no Município de Volta Redonda?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Geral**

Analisar o processo de implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Básica, no município de Volta Redonda/RJ.

### **5.2 Específicos**

- Descrever a oferta da TCI no Município de Volta Redonda;
- Identificar que atores foram mobilizados para a implantação da TCI e qual sua avaliação sobre a técnica.
- Analisar as principais barreiras e facilitadores na implantação e manutenção desta PIC na Atenção Básica no Município de Volta Redonda.



## 6 REVISÃO DA LITERATURA

### 6.1 Conceitos de Saúde

O conceito de saúde está ligado a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade; não tendo o mesmo significado para todas as pessoas. A saúde ou a doença, são conceitos que variam muito: tudo dependerá da época, do lugar, da classe social; e também de valores individuais, concepções científicas ou filosóficas (SCLIAR, 2007).

A concepção mágico-religiosa sobre a doença partia, e ainda parte, do princípio que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo e que neste se introduzem por causa do pecado ou maldição. Para os antigos hebreus, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A visão religiosa antecipa a entrada em cena de um importante personagem: Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), o pai da Medicina, que traz uma visão mais racional da medicina, bem diferente dessa concepção mágico-religiosa (SCLIAR, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) - organismo sanitário internacional fundado em 1948 e integrante da Organização das Nações Unidas - definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Esta definição, que vai além do conceito de ausência de doença, consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então (OMS/WHO, 2008).

A amplitude do conceito da OMS acarretou uma série de críticas a essa definição de natureza técnica e também política. Christophe Dejours (1986) defende que o “estado de bem-estar e de conforto” é impossível de definir e para ele, no fundo, não existe. Esse estado seria uma ficção, uma ilusão, algo que não sabemos em que consiste, porém, esperamos alcançar. Tenderíamos a dizer que a saúde é um fim, um objetivo a ser atingido, algo longe da estabilidade proposta pelas organizações internacionais. Para ele, a saúde estaria sempre em pleno movimento, instável, nunca fixada em um modelo rígido. A saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Dejours ainda acredita que o bem-estar físico é dar ao corpo a liberdade de adaptação, a liberdade de descansar quando se está cansado ou de comer quando sente fome. Já o bem-

estar psíquico seria a liberdade deixada ao desejo de cada um na organização da sua vida. E por fim, o bem-estar social seria a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho.

Já George Canguilhem(2000) apresenta a concepção da saúde através da relação do indivíduo com seu meio. A saúde corresponderia a uma ordem tanto implicada no fato biológico da vida quanto no modo de vida; numa polaridade dinâmica entre o indivíduo e o meio em que vive. Para ele, a doença não seria a ausência de norma, mas pertenceria a uma norma de vida inferior, em que o indivíduo perde a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. Logo, a doença não é somente o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o surgimento de uma nova ordem vital.

Canguilhem faz uma crítica ao reducionismo da concepção biomédica mecanicista, onde há a necessidade de uma patologia objetiva, apagando o corpo subjetivo do indivíduo. Com isso, para ele a saúde não é um conceito científico e sim um conceito vulgar (ao alcance de todos) e uma questão filosófica. Há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível ao outro, e somente acessível ao próprio indivíduo. As infidelidades do meio; os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento que o mundo é de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erro mas sim como capacidade de enfrentá-los.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº 8080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS. Esta lei – que regulamenta o Sistema Único de Saúde brasileiro – coloca a saúde como sendo condicionada e determinada por fatores como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

A saúde mental, segundo a OMS, também é um conceito mais amplo que a mera ausência de transtornos mentais ou deficiências: é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais. A saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida entrelaçados e interdependentes. Compreendendo essa trama, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

## 6.2 Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

Denominada pela literatura biomédica e pela OMS como medicina alternativa e complementar (MAC), ou medicina tradicional (MT) quando inseridas em tradições culturais dos povos e países, essas práticas no Brasil receberam o nome de práticas integrativas e complementares, abreviadas para PIC. Este é o termo institucional utilizado pelo governo brasileiro desde a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a).

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados. Propõe-se a atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2015).

Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS (BRASIL, 2018).

As PICS são utilizadas como complemento às abordagens da terapêutica alopática e tem como objetivo uma resposta mais natural do organismo, buscando assim incentivar a autonomia do indivíduo e garantir um tratamento mais integral, holístico, que contemple aspectos mentais, corporais e espirituais. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Já no final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MAC) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. Por isso, desde a década de 1990, o uso das Práticas

Integrativas e Complementares (PIC) tem aumentado em todo o mundo (RUELA et al., 2019)

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde se iniciaram a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, implementando experiências pioneiras.

Desde então, o Brasil tem se destacado como um dos 69 Estados-Membros da OMS que possuem políticas e estratégias específicas para o uso dessas terapias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A PNPIC contempla diretrizes e define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das PICs e orienta que estados, distrito federal e municípios instituem suas próprias normativas trazendo para o Sistema Único de Saúde (SUS) práticas que atendam às necessidades regionais. Esta política foi formulada por grupos de trabalho representativos, subsidiados por documentos e normas nacionais e internacionais, além das recomendações das conferências da saúde, com amplo debate da sociedade. Trouxe diretrizes norteadoras e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

No ano de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, sendo incluídas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, **terapia comunitária integrativa** e yoga (BRASIL, 2017).

Já em 2018, através da Portaria GM/MS nº 702/2018, 10 novas práticas são incorporadas a PNPIC, dentre essas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 práticas desde então. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários (BRASIL, 2018).

A PNPIC inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas. Esta política responde ao desejo da população, manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988 e contribuiu para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, dando uma maior institucionalização a estas abordagens. Atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e

implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados.

A produção internacional de conhecimento científico sobre as PICs é vasta e crescente. Porém, em território nacional ainda se apresenta bem mais reduzida mas igualmente crescente. Muitas das PICs no país e mesmo nos serviços públicos estão ainda por serem estudadas: a visão dos profissionais e dos usuários sobre essas práticas merecem pesquisas mais aprofundadas. Os impactos, as análises e avaliações de implantação e de ofertas dessas práticas ainda precisam ser explorados assim como ainda se faz necessário análise e divulgação das experiências para que os iniciantes possam aprender com as experiências mais antigas (TESSER, 2012).

Ao analisar a implementação, o acesso e o uso das PIC no SUS após uma década da implantação da política, Ruela e al (2019) consideraram que as PIC ainda são oferecidas de modo incipiente no SUS e a escassez de dados sobre determinadas práticas mostram-se como uma limitação ao estudo sobre o atual cenário das mesmas. Porém foi possível observar reflexos positivos para os usuários e para os serviços que aderiram à sua utilização. Foi considerado neste estudo que ainda existem desafios em sua implementação, no seu acesso, no seu uso e na formação de profissionais capacitados. Com o objetivo de impulsionar o desenvolvimento de estudos na área, durante o 1º Congresso Brasileiro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, realizado em outubro de 2017 na cidade de Natal, foi anunciada a criação do primeiro Consórcio de Pesquisadores em Saúde Integrativa da América Latina. O Consórcio, criado por 25 Pesquisadores de 19 Universidades Brasileiras, tem o objetivo de contribuir para fortalecer a legitimidade científica das práticas integrativas e complementares em Saúde (PICS), bem como sua credibilidade e a sustentabilidade de sua integração ao Sistema Único de Saúde (BVS MTCI AMÉRICAS, 2017).

### **6.3. Terapia Comunitária Integrativa**

As práticas grupais no Brasil tiveram seu crescimento impulsionado pelas mudanças nas concepções e formas de atendimento em saúde mental a partir do movimento da reforma psiquiátrica e objetivavam a reintegração social dos pacientes. A redução do número de internações em hospitais psiquiátricos e a consequente criação de políticas orientando novas formas de atendimento para saúde mental, transformaram o atendimento em grupo no principal recurso terapêutico dentro destes contextos. Junto a este fato, outro aspecto que

influenciou o desenvolvimento e emprego de técnicas grupais, foi a pressão de ordem econômica que levou a busca de uma maior produtividade no atendimento da demanda e de vantagens de custo em comparação com outras terapias, o que vai ao encontro a exigências de produtividade do ambulatório (GUANAES; JAPUR, 2001).

Diferentemente de outras técnicas grupais, o foco da Terapia Comunitária Integrativa não está sobre os diagnósticos ou definições de problemas e teorias de mudança, mas sobre o sofrimento humano em qualquer de suas formas e manifestações. Então podemos dizer que a TCI centra sua ação no sofrimento e não na patologia, buscando criar espaços de partilha coletivos.

Esse espaço de partilha de experiências apresenta o terapeuta comunitário como um facilitador que tem como objetivo acolher e valorizar as histórias de vidas dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Logo, é função do terapeuta comunitário estimular as pessoas a serem corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano saindo da posição de vítima.

Partindo de uma visão da pessoa como autora de suas próprias histórias, capaz de aprender com suas próprias adversidades e incorporar recursos a partir de sua dimensão criativa, a TCI propõe uma metodologia transversal aos contextos, viável com grandes grupos e possível de ser realizada em espaços públicos, nos lugares em que as pessoas vivem e frequentam (BARRETO, 2008).

É uma proposta inclusiva – como o próprio nome diz: integrativa – trabalhando com vozes de distintas culturas, níveis socioeconômicos, origens étnicas, crenças e posicionamentos de mundo. Apresenta-se como um alívio diante do isolamento em que pessoas em sofrimento tendem a se encontrar, recorrendo à construção de um espaço coletivo, tecendo na linguagem e de forma colaborativa novos significados e possibilidades onde antes havia escassez (GRANDESSO, 2014).

Essa prática grupal se caracteriza como um sistema de conversação organizada em torno de um tema de escolha coletiva, o que se dá em cada sessão. Procura promover a saúde, entendida em perspectiva ampliada e multidimensional, num espaço coletivo. Trabalha com grupos abertos, acreditando-se que os fatores estressantes só podem ser trabalhados com a união do grupo, antes que culminem em patologias, que só poderão ser tratadas por especialistas e com medicamentos, em níveis secundários de cuidado (BARRETO, 2008).

A proposta é compartilhar, em um ambiente acolhedor e caloroso, histórias vividas, tanto de sofrimento como, principalmente, aquelas de competência e aprendizado. Sua ação consiste em estabelecer ou reforçar os vínculos entre as pessoas do grupo, mobilizar e valorizar as competências vindas da experiência de cada integrante, do saber que cada um encerra em si mesmo e da cultura a que pertence, na tentativa de aliar o saber científico e o saber popular (BARRETO, 2008).

Com um desenho circular e horizontal, estreitando os vínculos e fortalecendo a construção do saber popular, a TCI busca, através da formação de redes solidárias, fortalecer a autoestima de pessoas, famílias e comunidades. Com isso, seus principais objetivos são (BARRETO, 2008):

- Restaurar ou reforçar a autoestima individual e coletiva.
- Contribuir para que cada indivíduo redescubra seus valores e potenciais, tornando-se mais autônomo e menos dependente.
- Reconhecer o papel da família e da sua rede de relações.
- Suscitar em cada indivíduo, família e comunidade o sentimento de pertencimento, valorizando suas raízes culturais.
- Colaborar com o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, promovendo o fortalecimento dos laços sociais.
- Possibilitar a articulação entre os saberes científico e popular.
- Estimular a participação popular como forma de melhorar as relações sociais, contribuindo para a conscientização e instigando o grupo, pela via do diálogo e da reflexão, assumindo o comando da sua vida.

A TCI emerge como tecnologia leve de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003) que potencializa o território devido sua metodologia, proporcionando à comunidade momentos de integração, partilha e solidariedade. É uma ferramenta que atende aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Ao longo de sua trajetória, tem demonstrado ser uma tecnologia de baixo custo para a população em situação de risco de adoecimento e com sofrimento emocional, visto que seus encontros acontecem na comunidade onde residem os usuários que partilham realidades semelhantes.

Esta técnica destaca-se como uma intervenção psicossocial na saúde pública e uma abordagem preventiva de conflitos, antes de se transformem em patologias que poderão vir a ser tratadas com psicotrópicos e serviços especializados. Diante dessa perspectiva, insere-

se na atenção básica de saúde como uma prática complementar e não substitutiva, oferecendo escuta, acolhimento, partilha de soluções para o sofrimento cotidiano. Pode ser oferecida dentro de um espaço de atendimento em nível primário, permitindo que afluam para os níveis secundários aqueles que de fato necessitam de um cuidado especializado.

No Brasil, a TCI iniciou sua trajetória nas políticas públicas de saúde em 2004, através de um convênio firmado entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), a Universidade Federal do Ceará, o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC)-CE e os municípios, com o objetivo de formar terapeutas comunitários capacitados a trabalhar com o direcionamento para problemática da drogadição em vários estados brasileiros (GOMES, 2013).

Posteriormente, a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 deu subsídios para estender a TCI a outras regiões. Através de convênios de 2007 e 2008 firmados entre o Ministério da Saúde e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura para implantar a TCI na Rede de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, 2105 terapeutas comunitários foram formados por todo o território brasileiro. Os convênios (3367/2007 e 2397/2008) tiveram como objetivo capacitar, na metodologia da Terapia Comunitária, os profissionais da rede básica de saúde, visando desenvolver nos profissionais de saúde e nas lideranças comunitárias, as competências necessárias para lidar com os sofrimentos e demandas psicossociais e promover redes de apoio social, ampliando a resolutividade da Atenção Básica (BARRETO et al., 2011).

Em 2017, por meio da portaria nº145/2017, a PNPIC inclui no leque das PICS, outras práticas que já eram desenvolvidas, mas que foram destacadas para facilitar o conhecimento e ampliar sua disseminação. A TCI, juntamente com outras 13 práticas, entrou no rol de práticas integrativas e complementares oferecidas pelo SUS. Essa medida representou um grande passo para favorecer o reconhecimento da TCI como recurso terapêutico pra ser empregado no campo da saúde e em outros setores sociais que trabalhem com o sofrimento (FERREIRA FILHA; LAZARTE; DIAS, 2019; GOMES, 2013).

A TCI vem se consolidando como uma prática integrativa e complementar de cuidado essencial para a rede de atenção primária à saúde. Vem se expandindo a cada dia na Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma prática de cuidado que visa construir redes de apoio na comunidade com intuito de complementar a atenção primária em saúde mental. É uma estratégia de promoção da saúde mental e prevenção de outras doenças (BARRETO; FREIRE; CAMAROTTI, 2013).



A TCI vem sendo implementada no âmbito da Atenção Básica como uma modalidade de tecnologia leve de cuidado e de formação de vínculos, partindo de uma situação problema e dentro de um contexto que permite a resolutividade a partir da escuta e da fala dentro da comunidade, onde a partilha de estratégias resolutivas vem cada vez mais resgatando a solidariedade entre as pessoas, criando redes de apoio psicossocial, e como consequência, trazendo um fortalecimento aos princípios norteadores do SUS na ESF: universalidade, integralidade e equidade.

Na rede SUS e na ESF, esta técnica sintoniza com a mudança da prática assistencialista para o modelo participativo da Saúde Mental e no desenvolvimento comunitário e social da população, integrando mais um instrumento a promoção da atenção primária à Saúde Mental. Assim, a despeito de inicialmente proposta para a APS, tanto dentro de unidades de saúde quanto na comunidade (BARRETO; FREIRE; CAMAROTTI, 2013), a TCI tem sido aplicada em vários outros espaços, em função de sua capacidade de ser feita em qualquer ambiente, parque, escola, postos de saúde; em qualquer lugar que tenha um grupo de pessoas reunido sob a condução de um ou mais terapeutas comunitários. Na maioria das vezes acontece em comunidades mais pobres, mas há rodas em empresas, clínicas e realizadas com deficientes auditivos e visuais. Em um estudo sobre as PICS na Atenção Primária à Saúde brasileira, verificou-se que a TCI é uma das práticas mais ofertadas em número de equipes da APS em 2016. A prática fica atrás somente das Práticas Milenares (PRÁTICAS CORPORAIS DA MTC), Plantas Medicinais e Fitoterapia e Acupuntura (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

A Roda de TCI não se define como um processo psicoterapêutico, mas sim, como um ato terapêutico de grupo e dirigido por facilitadores (terapeutas comunitários) devidamente treinados. Os usuários usam estratégias de enfrentamento com base na história de vida de cada indivíduo contando com a participação de pessoas de qualquer idade, sexo, nacionalidade ou religião; acontece em locais onde as pessoas têm acesso fácil e não se limita a um número absoluto de pessoas.

Não há um aprofundamento do caso e nem um terapeuta conduzindo e interpretando os sentimentos e emoções do paciente com base em teorias da personalidade. Através de uma abordagem grupal, a TCI acontece como uma conversa aberta, na qual os participantes sentam-se lado a lado e em círculo, de modo que seja possível a visualização destes entre si. Essa maneira de conduzir o grupo valoriza a contribuição dos participantes, dissolvendo as relações de hierarquia e os saberes são compartilhados no mesmo patamar horizontal.

Diferentemente das psicoterapias de grupo convencionais, a TCI não exige um processo com frequência regular, ou seja, é possível ir a uma roda e voltar duas ou três semanas depois. Cada roda é um ato terapêutico com começo, meio e fim. O benefício da técnica é obtido naquela conversação específica, naquele momento. Sendo assim, o grupo apresenta um fluxo móvel, permitindo um espaço aberto para novos participantes, seguindo independente da frequência e rotatividade das pessoas.

Conforme Barreto (2008), a palavra TERAPIA, é de origem grega (*therapeia*) e seu significado é acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que acolhe de forma calorosa.

A metodologia da técnica encontra-se fundamentada nos seguintes arcabouços referenciais: na Teoria da Comunicação, na Antropologia Cultural, no Pensamento Sistêmico, na Pedagogia de Paulo Freire e na Resiliência.

### **6.3.1 O Pensamento Sistêmico**

O pensamento sistêmico é um dos pilares fundamentais da TCI. Ele é baseado na consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Através do pensamento sistêmico podemos ver o mundo em termos de relação e de integração, em permanente transformação, enfatizando mais as relações do que as entidades isoladas (CAPRA, 2006).

Os sistemas são totalidades integradas, em que as propriedades não podem ser reduzidas às unidades menores. Embora possamos diferenciar partes individuais em qualquer sistema, a natureza do todo é sempre diferente da soma de suas partes. E ainda não cabe uma compreensão de funcionamento linear\_ do tipo, A causa B e B causa C\_ onde a causa determina o efeito, mas a interdependência das partes relacionadas implica na causalidade circular (uma parte afeta o todo, que afeta as partes).

Também devemos considerar que há subsistemas de sistemas, sistemas de sistemas e sistemas de sistemas mais amplos. Para exemplificar visualmente esta ideia, Banyai (2007) em seu livro “Zoom” apresenta através de imagens, gravuras, que vão fazendo parte de um sistema cada vez mais amplo, como num zoom de fotografia. Assim, um indivíduo pertence a uma família, que está inserida numa comunidade, que pertence a um bairro, que pertence a uma cidade, dentro de um estado, dentro de um país, que pertence a um continente, dentro de um planeta no universo.

Pensar em uma comunidade como um sistema é pensar em uma teia de interrelações que tecem e se entrecem constantemente em um movimento dinâmico e constante; é pensar para além de um conjunto de fios entremeados entre si, pois sistemas humanos são sistemas abertos a transformações vindas de sua própria história e dos múltiplos contextos da vida. A comunidade é um sistema de inter-relações, auto-regulável, dispondo também de mecanismos reguladores de seus conflitos. Na TCI, esses mecanismos são reativados pela partilha de diversas experiências.

Conforme diz Capra (2006): “*Quanto mais estudamos o mundo vivo, mais nos apercebemos de que a tendência para a associação, para o estabelecimento de vínculos, para viver uns dentro de outros e cooperar, é uma característica essencial dos organismos vivos.*” (CAPRA, 2006, p. 272)

### 6.3.2 Teoria da Comunicação

A comunicação é o elemento de ligação entre as pessoas e é através dela que fazemos contato, trocamos informações, expressamos opiniões, pensamentos e conseqüentemente estabelecemos relações. É através dela, inclusive, que expomos sofrimentos e que a terapia se desenvolve. Nos comunicamos através da linguagem verbal e também da não verbal: com gestos, olhares, corpo, postura.

Nem sempre quando eu me expresso através da linguagem, sou compreendido. Muitas vezes os problemas relacionais advêm exatamente desse mal-entendido, da dificuldade entre mensagem enviada e mensagem recebida. Para compreendermos as relações humanas é necessário compreendermos as propriedades da comunicação humana.

Em seu livro *Pragmática da Comunicação Humana*, Watzlawick (2002) apresenta axiomas da comunicação:

1. É impossível não comunicar. Se todo comportamento é uma forma de comunicação, logo um indivíduo não pode *não* se comportar.
2. A comunicação apresenta dois elementos: o conteúdo e a relação entre os comunicantes. Conteúdo é tudo aquilo que dizemos com palavras e gestos. Qualquer comunicação é um compromisso e define a relação.
3. Toda comunicação depende da pontuação e será esta que organizará os eventos comportamentais.
4. Toda Comunicação apresenta duas formas de expressão: a comunicação verbal (palavras) e a comunicação não verbal (analógica). A comunicação analógica inclui os gestos, expressão facial, inflexão de voz, seqüência, ritmo, cadência das palavras e

qualquer outra manifestação não-verbal de que o organismo seja capaz. Muitas vezes alguém diz algo mas sinaliza com os gestos outra coisa, ocasionando o que chamamos de dupla comunicação: verbaliza-se algo mas expressa-se outro.

5. A comunicação pode ser simétrica ou complementar, baseada na similaridade e a minimização da diferença ou na maximização da diferença.

Na TCI, a comunicação é de extrema relevância, e é através dela que a troca de experiências e a formação de vínculos podem ocorrer. A base do encontro é a comunicação entre as pessoas.

Ao enunciar as regras, definir a TCI, explicar as diferentes fases, o terapeuta necessita de clareza, dando atenção a linguagem verbal e gestual, para que assim haja compreensão entre todos e a roda de terapia comunitária atinja seus objetivos (REIS, 2017).

### **6.3.2 A Pedagogia de Paulo Freire**

Paulo Freire (1921-1997) foi um célebre educador brasileiro, com atuação e reconhecimento internacional. Conhecido principalmente pelo método de alfabetização de jovens e adultos nos anos 60, que leva seu nome, ele desenvolveu um pensamento pedagógico assumidamente político.

O método Paulo Freire surgiu como uma crítica ao sistema tradicional de ensino, o qual tinha a cartilha como ferramenta central da didática para o ensino da leitura e da escrita. Para além de um método de alfabetização, criou uma pedagogia problematizadora, em que o sujeito parte de sua realidade e busca soluções emancipatórias e libertadoras. Para ele, o objetivo maior da educação é conscientizar o aluno. Isso significa, em relação às parcelas desfavorecidas da sociedade, levá-las a entender sua situação de oprimidas e agir em favor da própria libertação.

Ao propor uma prática de sala de aula que pudesse desenvolver a criticidade dos alunos, Freire condenava o ensino oferecido pela ampla maioria das escolas (isto é, as "escolas burguesas"), que ele qualificou de educação bancária. Para Freire (2018), o professor age como quem deposita conhecimento num aluno apenas receptivo, dócil. O saber é visto como uma doação dos que se julgam seus detentores.

Há vários aspectos da pedagogia de Paulo Freire que se encontram incorporados à metodologia da Terapia Comunitária Integrativa:

- A prática dialógica, que preconiza a existência de momentos de fala e de escuta, garante que o indivíduo reflita acerca da realidade a sua volta mediante o contato com outras problemáticas cotidianas, resgatando histórias e experiências de vida enquanto fonte permanente de saberes.
- A valorização da cultura e sabedoria popular como fontes de conhecimento para construção de uma identidade. Sendo que esse conhecimento nunca está separado do contexto da vida, quando o saber não pode ser algo transferido, e sim compartilhado para tornar os indivíduos conscientes, na perspectiva de se apropriarem de sua realidade para poder transformá-la.
- A visão do educador de criticidade, como oposta à visão ingênua, alienada, do mundo.
- A Escolha do tema, a contextualização, a problematização. Na TCI existem etapas que foram batizadas com esses nomes.
- A noção do opressor introjetado no oprimido – como um obstáculo à liberdade – e a noção de que o processo educativo é sempre de duas vias: todos aprendem, o educador e o educando, isto é, todos somos educadores-educandos, por um lado, e, por outro, a noção de que todos somos geradores de saberes e de visões de mundo irreduzíveis umas às outras, em um movimento contínuo de mútua contradição e complementariedade.

### **6.3.3 A Antropologia Cultural**

A Antropologia Cultural tem como objetivo compreender o homem e as sociedades humanas dentro da sua cultura. Cultura entendida na totalidade de padrões apreendidos e desenvolvidos ao longo de sua existência: conhecimentos, crenças, valores morais, leis, produções artísticas, costumes, ou seja, toda ação do homem como membro da sociedade.

O indivíduo e a comunidade que está inserido têm a sua identidade cultural, suas tradições e costumes passados de geração a geração. Isso chamamos de mecanismo cumulativo: parte daí o domínio do fogo, a invenção da roda, desenvolvimento da agricultura, a criação das cidades, da ciência, das escolas.

Outra característica importante da cultura é o mecanismo adaptativo. Através dele, o ser humano tem a capacidade de modificar os seus hábitos graças a sua inteligência. Temos

ainda a cultura simbólica, feita por símbolos (artes e mitos); e a cultura material (expressa por meios das ferramentas, obras de artes, da literatura).

O Brasil é um país multirracial, com uma diversidade vasta de costumes e crenças religiosas, o que nos faz um país diverso, rico e plural. O povo brasileiro é um povo jovem, mas sua identidade é formada por povos milenares e originários: índios, africanos e europeus. Quando aqui chegaram os europeus, nosso território já era habitado por povos originários de diferentes grupos. Os portugueses, ao chegarem ao Brasil, trouxeram os navios negreiros com africanos para serem escravizados; diversos imigrantes, estrangeiros e internos, procuraram e procuram diferentes regiões do Brasil para estabelecimento de nova vida. Toda essa diversidade de povos contribui para formação cultural, étnica e social do nosso povo.

A TCI favorece a utilização pelos participantes do tal mecanismo adaptativo, pois através da cultura o ser humano muda, adaptando-se às novas realidades. Como um espaço amplo e inclusivo, acreditando na multiplicidade de valores, a roda de TCI, busca conviver com os contrários, a diversidade nesse universo tão complexo que é a convivência humana. Ela busca respeitar as diferenças de ideias e crenças, contribuindo para a construção de uma sociedade que acolhe sua pluralidade, consciente e buscando conscientizar que a diversidade cultural é a nossa maior riqueza (REIS, 2017).

#### **6.3.4 A Resiliência**

A palavra resiliência tem origem no latim: resílio; re+salio, que significa ser elástico. Empréstado das ciências exatas, o termo resiliência é utilizado para pensar a resistência dos materiais submetidos ao choque e sua possibilidade de retorno ao estado inicial. Porém, nas ciências humanas, quando saímos da matéria para o humano, tal choque produz novos efeitos subjetivos imprevisíveis. Visto isso, não poderíamos pensar na possibilidade de se passar por um evento traumático, e voltar ao estado anterior. O que podemos aproveitar das ciências exatas é a ideia de que a resistência que esses materiais apresentam está diretamente ligada à sua flexibilidade.

Os primeiros estudos sobre a resiliência têm sido alvo de críticas por boa parte dos pesquisadores contemporâneos, por identificarem esta possibilidade de superação a condições adversas, apresentada por algumas pessoas, como uma capacidade individual e inata, compreendida como invulnerabilidade ao choque (BARON; BRASIL, 2014).

Considerações recentes em resiliência ultrapassam essa limitação apresentando a influência do meio, dos fatores sociais no fenômeno da resiliência. Apresentam norteadores contextuais e relacionais, multidimensionais e transdisciplinares, convidando a uma ampliação do olhar desde uma abordagem individual para uma abordagem do processo, social e relacional. Abre mão de uma linguagem baseada na deficiência do indivíduo e foca nas possibilidades e transformações a partir da consideração de redes de apoio social (VENUTO; GRANDESSO, 2017).

A resiliência passa a referir-se às condições encontradas nas pessoas ou nos grupos de pessoas, de retomada de algum processo de desenvolvimento após o enfrentamento de condições adversas de existência. Superando a ideia inicial de que a capacidade de recuperação às adversidades seria uma característica individual e inata, pesquisas recentes avançaram na direção de compreender, a partir de uma concepção ecológica, quais são os ingredientes psicológicos, sociológicos, políticos existentes nesse complexo processo.

Indo além disso, quando enxergamos que a situação cotidiana de privação a que somos submetidos em diversas áreas da vida, nas quais a precariedade se faz norma, não podemos nos permitir o conforto de esperar que a solução esteja numa capacidade pessoal inata de resistência a uma realidade. É um conceito perigoso, que nos coloca muitas vezes na armadilha de defender a capacidade individual de encontrar saídas criativas como solução para o enfrentamento de adversidades construídas por conjunturas sociais, culturais e políticas (CABRAL; CYRULNIK, 2015).

Considerada também como um dos pilares da TCI, a resiliência favorece a visão da pessoa humana como autora de sua existência e capaz de aprender com a experiência. É uma possibilidade de resposta aos desafios que a vida impõe ao indivíduo e vai muito além do enfrentamento das adversidades, na direção do aprendizado e crescimento pessoal. Leva em consideração a criatividade – novas respostas – diante da crise. Após ser ferida, a ostra pode surgir com uma pérola, que lhe serve de mecanismo de proteção (BARRETO, 2008).

A TCI também pode ser um espaço de promoção da resiliência. Através da partilha de experiências da vida, os indivíduos reforçam a sua autoestima, fortalecendo os vínculos interpessoais e estimulando também a autonomia. Esse processo faz com que indivíduos e comunidades possam adquirir ferramentas de proteção, não eliminando os riscos, mas estimulando a superação dos mesmos.

### 6.3.5 A roda de TCI

A roda de TCI tem característica de um ritual e possui desenho que inicia e termina em si, em cada encontro. A participação se dá por adesão espontânea e os participantes podem optar por retornarem ou não aos encontros e na frequência desejada, não havendo a exigência de participação, com isso, sem previsão da continuidade (GOMES, 2013).

A viabilidade dessa prática é fruto da forma como foi organizada, em etapas, que garantem a completude de cada encontro enquanto forma de conversação, como também a possibilidade de seu manejo dada a simplicidade de sua estruturação, sendo poucas as exigências, do ponto de vista do contexto (GRANDESSO, 2014).

No seu conjunto, as seis etapas propostas para a TCI (Acolhimento, Escolha do tema, Contextualização, Problematização ou Partilha de Experiências, Encerramento e Avaliação) tem por objetivo organizar uma conversação propositada, favorecendo uma rede de trocas de experiências em torno de significados compartilhados, a partir de temas propostos e escolhidos pela comunidade, valorizando o conhecimento local e o saber de cada indivíduo (GRANDESSO, 2014).

1. **O Acolhimento** – primeira etapa – consiste no início da roda, onde os participantes são dispostos em círculo que permite a visualização de todos por todos e os terapeutas (de preferência um trio, um terapeuta e dois co-terapeutas) se apresentam. O primeiro co-terapeuta dá as boas-vindas, com músicas e dinâmicas para ambientar o grupo. Criando uma atmosfera de confiança para que as pessoas possam se descontraírem e participar. A música favorece um primeiro momento de espaço coletivo que segue com um convite para celebração de algum acontecimento importante: aniversário de vida ou um nascimento, a conquista de um emprego, recuperação de um adoecimento, enfim, motivos que sinalizem conquistas, competências, ganhando visibilidade e legitimação diante da comunidade.

É nesse momento que o co-terapeuta explicita a que se propõe a TCI: um espaço de partilha de sofrimento e preocupações, daquilo que está tirando o sono, trazendo tristeza e inquietações. As regras de participação também são expostas pelo primeiro co-terapeuta, configurando uma prática de conversação organizada: fazer silêncio, para que todos possam se ouvir; falar na primeira pessoa, do lugar da experiência vivida; não dar conselhos; não interpretar nem julgar as experiências do outro. Além dessas regras organizadoras da conversação coletiva, o co-terapeuta



convida os integrantes que tiverem vontade, no decorrer da conversa, de sugerirem músicas, ditados populares, poesias, que tenham alguma ligação com o tema da discussão. Para fechamento desta etapa o co-terapeuta deverá propor uma atividade recreativa com música, gestos e movimentos que permitam os participantes se comunicarem e abraçarem. Este é o momento de incluir elementos da cultura local, permitindo que os participantes se sintam à vontade e descontraídos. Ela deve ter duração de aproximadamente 7 minutos (BARRETO, 2008).

2. **Escolha do Tema** - segunda etapa - momento dos participantes colocarem seus temas, falando de forma resumida sobre algum sofrimento que gostariam de partilhar com o grupo. Esta etapa é conduzida pelo Terapeuta e tem duração aproximada de 10 minutos. O terapeuta lembra que a TCI não é o lugar para se falar de grandes segredos, mas para se falar de inquietações do cotidiano. E ele pede para quem quiser falar que levante a mão, diga seu nome e qual é seu problema em poucas palavras. Todos os temas são anotados pelo terapeuta. Os temas são portas de entrada possíveis para a reflexão e partilha de experiências entre os participantes. O terapeuta questiona à comunidade qual tema foi mais significativo para si, e a escolha do tema é feito por votação. A votação permite um comprometimento coletivo com a conversa através de uma responsabilidade compartilhada. O terapeuta agradece a todos os participantes que expuseram temas e abre espaço para esses participantes, se sentirem necessidade, procurá-lo ao final da roda de TCI, se ainda sentirem desconforto sobre o tema que gostariam de falar.

3. **Contextualização** - Na terceira etapa, o participante que teve seu tema escolhido pelo grupo é solicitado a falar mais sobre o seu sofrimento. Ela dura aproximadamente 15 minutos. É nesse momento que o participante do tema escolhido poderá contar à comunidade sobre sua história e também responder dúvidas dos outros participantes. É o momento de entender melhor o sofrimento do outro: os envolvidos na situação, como tal sofrimento se insere no seu contexto de vida, as suas relações familiares e sociais. É o momento que possibilita maior clareza para todos da situação.

O terapeuta durante esta etapa cuida do processo de conversação e também formula o mote, que consiste numa questão reflexiva que será oferecida na próxima etapa à comunidade. O mote é uma pergunta-chave que vai permitir a reflexão

coletiva sobre um tema trazido por quem citou o problema, como por exemplo: Quem já viveu uma experiência parecida com essa e o que fez para superar?

O mote cumpre duas funções: levantar possibilidades de enfrentamento diante da situação trazida pelo participante e ao mesmo tempo ressaltar histórias de competências e aprendizado daquela comunidade. A apresentação do mote finaliza esta etapa, com o agradecimento a pessoa que protagonizou a conversação, tirando-a do centro da conversa.

4. **Problematização-** quarta etapa- na Problematização ou Partilha de experiências, o terapeuta apresenta o mote. Esta etapa dura aproximadamente 45 minutos. O grupo é convidado a partilhar suas vivências pessoais em situações semelhantes, enfatizando as formas de enfrentamento e superação que encontrou. Neste momento são favorecidas narrativas de vivência de competências, valores e aprendizados. A pessoa que narra sua história de competência pode ser reconhecida, apreciada e legitimada pela comunidade ali reunida.

O efeito terapêutico desta fase pode ser avaliado por dois aspectos: primeiro, a partilha de vivências de outrem desperta nos participantes o sentimento de pertencimento que é visto como fundamental para restaurar a autoconfiança e o consequente desenvolvimento de vínculos saudáveis consigo mesmo e com os outros. Em segundo lugar porque, através da partilha, o sujeito passa a ver que outras pessoas enfrentaram dificuldades semelhantes às suas e conseguiram superar. Essa percepção pode contribuir para o redimensionamento da dificuldade, ressignificação, além de constituir um aprendizado de estratégias de superação, aplicáveis na vida cotidiana (GIFFONI, 2008).

A quarta etapa é a mais longa da terapia, quando é tecida uma atmosfera de empoderamento coletivo. Entrando em contato com a história de competência do outro, cada um pode ser despertado sobre as suas vivências de competências, não reconhecidas até aquele momento. Por outro lado também, a pessoa que expôs seu tema para a conversação, recebe um leque de possibilidades de enfrentamento vindas da comunidade, sugerindo alternativas e ferramentas para sua condição.

5. **Encerramento: Ritual de Agregação** - A quinta etapa- é a que favorece a construção de novas realidades possíveis. O segundo co-terapeuta (se houver) convida os participantes a processar a experiência vivida durante a roda de TCI (tem duração de aproximadamente 10 minutos). É o momento do reconhecimento,

valorização e agradecimento a coragem de quem trouxe seu tema ao invés de se calar. Momento também de aproximação entre os participantes e reforço da autoestima do grupo com rituais de agregação: é pedido que os participantes formem um círculo, com as mãos nos ombros ou na cintura uns dos outros, numa atmosfera de proximidade e aconchego.

Nesta etapa, o segundo co-terapeuta faz uma reflexão sobre o que se viveu na roda do dia, o que despertou sua atenção, além de fazer um comentário apreciativo sobre a fala do participante que teve seu tema escolhido e agradecer a possibilidade de reflexão gerada por ele. Os propósitos de conversação desta etapa envolvem convidar o grupo a refletir sobre o que os participantes viveram na TCI do dia: o que aprenderam na roda daquele dia? O que mais tocou? O que admirou na história do outro? O que está levando do encontro? Essas reflexões levam a construir novas realidades possíveis. Esta etapa pode terminar com alguma música sugerida pela comunidade ou proposta pelo terapeuta, favorecendo uma despedida afetiva (GRANDESSO, 2014).

**6. Avaliação ou Apreciação** - última etapa- se procura avaliar a condução da Terapia e o impacto desta sobre os participantes, verificando o processo de formação do terapeuta e o reconhecimento do grupo como fonte de conhecimentos. Esta etapa é realizada entre os três terapeutas.

### **6.3.6 O Terapeuta Comunitário e a Capacitação**

O Terapeuta Comunitário é aquele que coordena as rodas de TCI após formação específica. Ele não precisa ter uma formação acadêmica na área de saúde ou educação: pode ser uma liderança comunitária, agentes comunitários de saúde, profissionais da ESF ou qualquer profissional de saúde.

Os principais critérios de seleção para a formação em TCI são (BARRETO et al., 2011):

- Idade Mínima de 21 anos;
- Ter interesse e disposição para trabalho em equipe;
- Ter disponibilidade mental/emocional para participar de práticas vivenciais durante o curso;

- Condição de participar das aulas do curso, conforme o formato de desenvolvimento da programação.

A formação em TCI no Brasil é oferecida por um Pólo Formador associado à Abratecom (Associação Brasileira de Terapia Comunitária). Os Pólos Formadores de TCI são constituídos por instituições e/ou associações efetivamente envolvidas com atividades práticas de TCI e áreas afins.

Atualmente os cursos de Capacitação em TCI apresentam carga horária mínima de 240h/a, sendo 50h/a destinadas aos aspectos teóricos, 50h/a para as vivências terapêuticas, 80h/a para os encontros de intervisão (supervisão em grupo) e 60h/a de estágio prático, correspondendo à condução de trinta rodas de TCI, com duração de 2h cada. Os cursos de capacitação em TCI estão estruturados em módulos, compostos por momentos presenciais e de dispersão (REIS; GRANDESSO, 2017).

As vivências terapêuticas, oferecidas nos encontros presenciais, tem como objetivo trabalhar a pessoa do terapeuta como também proporcionar ao futuro terapeuta vivências que lhe permitam conhecer suas sensibilidades e competências, para que ele, ao acolher a sua dor e a sua história, acolha melhor a história e a dor do outro nas rodas de TCI.

É importante trabalhar com o terapeuta na conscientização de que sua função não é resolver os problemas das pessoas, e sim, facilitar uma dinâmica que possibilite a partilha de experiências e crie uma rede de apoio aos que sofrem. E também que ele não deve assumir o papel de especialista (aquele que detêm o conhecimento), fazendo interpretações ou análises. Ele vai trabalhar o sofrimento das pessoas, estimular a partilha e possibilitar a construção de uma rede de apoio. Trabalhando a competência das pessoas, garimpando o saber produzido pela vivência do outro e valorizando o saber produzido pela experiência (BARRETO, 2008).

Para isto, o terapeuta comunitário deve conduzir as rodas atento ao:

- Acolhimento do grupo
- As regras da TCI (fazer silêncio, não julgar, não dar conselhos, etc)
- As perguntas em torno de estratégias de superação de dificuldades
- Aos saberes construídos pelo grupo
- A rede de atenção comunitária existente na localidade para que a TCI possa dar apoio às outras atividades
- Aos diferentes códigos culturais utilizados na expressão do sofrimento

- Aos encaminhamentos para a rede de apoio social nos diferentes níveis de complexidade.
- Aos objetivos da terapia e dos limites da sua intervenção para não extrapolar sua função.

#### **6.4 Evidências sobre a TCI**

São ainda escassos os trabalhos científicos sobre a TCI. Em um levantamento da literatura existente sobre TCI até 2012, Gomes (2013) mapeou 2 (duas) teses de doutorado, 20 (vinte) dissertações de mestrado, 35 (trinta e cinco) artigos publicados em revistas científicas, 5 (cinco) livros e 8 (oito) monografias de especialização ou conclusão de curso de graduação. A maioria dos estudos tem o foco na prática da TCI no SUS e trouxeram contribuições sobre a TCI como espaço de fortalecimento da cidadania, em contextos universitários, com públicos específicos (gestantes, idosos, alcoolistas), com os próprios terapeutas e no fortalecimento de redes.

Andrade (2009) fez um estudo sobre a avaliação da satisfação dos usuários em relação à TCI na Atenção Básica no município de João Pessoa/PB, revelando alto índice de satisfação por parte dos participantes da técnica, além de constatar que a TCI vem se destacando como instrumento de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Outro estudo sobre as contribuições da TCI para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (CARVALHO et al., 2013), revelou que tal estratégia promoveu a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana. Ficou evidente que o uso da terapia comunitária integrativa está relacionado a propostas de inclusão e reabilitação psicossocial de seus participantes.

Já Alves(2017) avaliou a eficácia da TCI como tecnologia do cuidado capaz de aumentar a autoestima e reduzir os sinais e sintomas da depressão de mulheres vivenciando o climatério. Através de uma pesquisa-ação-intervenção, o autor concluiu que a TCI é uma tecnologia do cuidado, capaz de ampliar o olhar das participantes, que as fez adotar novas posturas e jeito de conduzir a vida, encorajando-as a refletirem e buscarem respostas para suas necessidades subjetivas, provocando mudanças importantes em suas vidas. Após a participação delas nas rodas de TCI, percebe-se melhora na autoestima e redução dos sinais

e sintomas de depressão. Em um recente estudo que buscou identificar os principais benefícios da TCI revelados por usuários de substâncias psicoativas, LEMES et al (2020) demonstraram que a prática é uma tecnologia de cuidado terapêutico importante a ser utilizada no redimensionamento de conflito, sofrimentos e emoções, ampliando a rede de suporte social necessária para o tratamento da dependência química. Portanto, para os autores, a TCI pode ser destacada como uma prática que pode ser inserida no tratamento de usuários de substâncias psicoativas, no que diz respeito ao cuidado de sua saúde mental.

## 6.5 Avaliação em saúde

O campo da saúde sofre a ação entre o desenvolvimento de novas tecnologias, a crise financeira dos sistemas públicos de saúde e o envelhecimento da população. Esse emaranhado complexo faz com que os governantes tenham que controlar o crescimento dos gastos e ao mesmo tempo garantir a população acesso equitativo a serviços de qualidade. Sendo assim, os responsáveis pelo sistema decisório possuem uma árdua tarefa. Dentro deste contexto, a avaliação em saúde constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação desses decisores no seu objetivo final de ajudar na tomada de decisões.

Segundo Brouselle et al. (2011):

*Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.*

A intervenção, nesse caso, é concebida como um “sistema organizado de ação” que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Essa, por sua vez, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas; e a pesquisa avaliativa, que visa analisar, mediante procedimentos científicos, a relação entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto em que a intervenção encontra-se inserida (BROUSSELLE et al., 2011; SAMICO et al., 2010).

É importante definir o que se entende por intervenção antes mesmo de poder avaliá-la. Uma intervenção pode ser definida como um sistema organizado de ação que inclui:

agentes (atores); uma estrutura (o conjunto de recursos e das regras); processos (relações entre os recursos e as atividades) e um objetivo (o estado futuro para o qual a ação é conduzida). Quando se pretende avaliar uma intervenção é fundamental que tenhamos conhecimento sobre esta, definindo-a, descrevendo-a, além da construção de seu modelo lógico e teórico ser uma estratégia importante. Para evitar erros nos resultados da avaliação precisamos lançar mão de estratégias como a modelagem do programa. A modelização é uma etapa essencial para a confecção de perguntas avaliativas; para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões (CHAMPAGNE et al., 2011a).

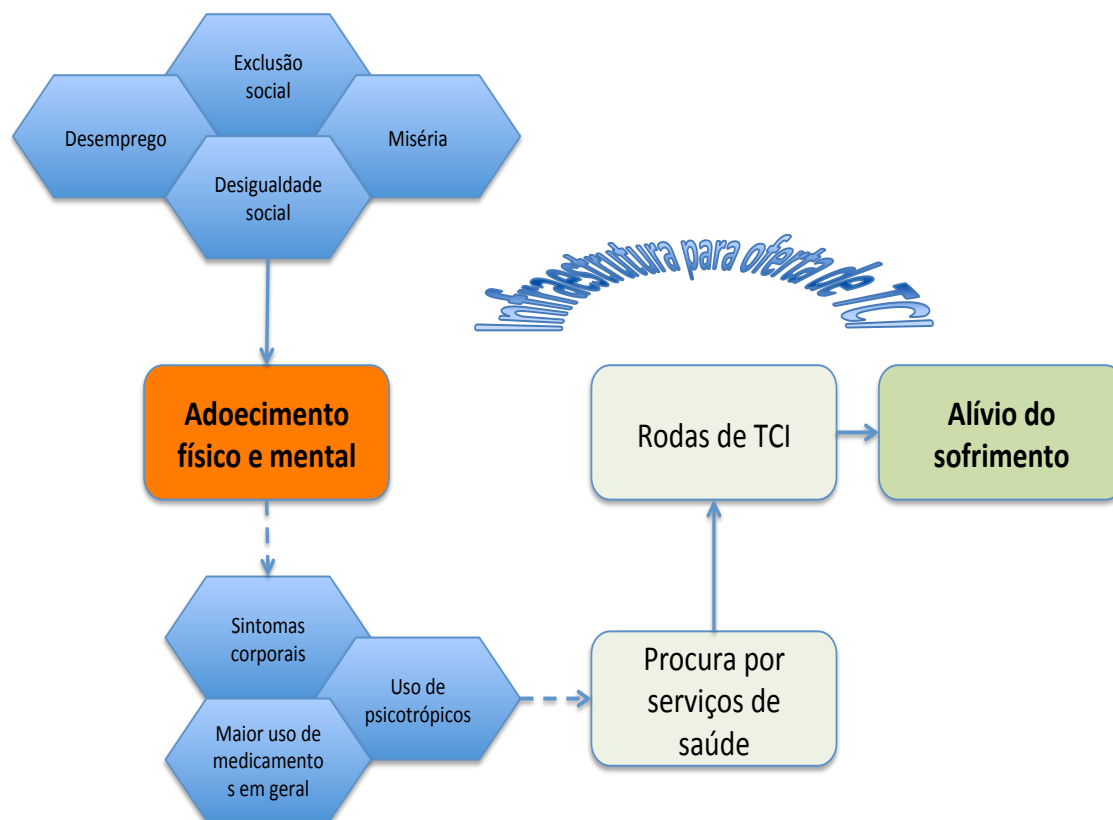
É importante ressaltar a importância de levar em conta os diferentes atores envolvidos numa intervenção, pois são eles que lhe dão forma particular em um dado momento em um dado contexto. Cada ator pode ter seu próprio objetivo em relação à intervenção e sua avaliação. Além disso, os objetivos de uma avaliação são diversos, podem estar claros ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceito por todos os atores ou somente por alguns (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

O modelo lógico do programa é um esquema visual que mostra o funcionamento da intervenção e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados). O modelo teórico complementa o modelo lógico, um complemento escrito, que inclui especificações sobre o problema, a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos que permitem alcançar os efeitos esperados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Na

Figura 1, busca-se apresentar que um conjunto de desafios como exclusão social, desemprego, miséria e desigualdade interagem e promovem adoecimento físico e/ou mental, que se expressa em sintomas corporais e no maior uso de medicamentos, incluindo os psicotrópicos, gerando a busca por serviços de saúde. Havendo infraestrutura para oferta de TCI, que incluem o treinamento de profissionais, alocação de tempo de trabalho para a aplicação da técnica e aceitabilidade pelos demais profissionais, os usuários expostos a TCI podem então se beneficiar, encontrando alívios de seus sintomas.

Figura 1. Modelo lógico da TCI na atenção primária em nível municipal



Fonte: o Autor (2020)

O desenho do modelo lógico permite que gestores e avaliadores tenham uma visão mais clara acerca da racionalidade da construção da intervenção e das relações causais empregadas na sua elaboração. Apresentar e discutir o modelo lógico possibilita uma maior otimização do tempo, uma apresentação dos recursos destinados a implantação da intervenção, além de permitir definir exatamente o que deve ser medido e a parcela de contribuição da intervenção nos efeitos observados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

A avaliação de uma intervenção costuma implicar na necessidade de combinar a análise de diferentes técnicas e abordagens. É importante valorizar nos achados tanto os acertos quanto os problemas, pois ambos constituem aprendizado importante, uns para que possam ser preservados e os outros para que possam ser mitigados. Provavelmente quanto mais bem sucedida uma avaliação seja, mais abra caminhos para novos questionamentos; inclusive porque, via de regra, as intervenções são dinâmicas, envolvem vários atores com competências variadas e diversas estratégias (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HARTZ, 1997).



Sendo o objetivo final o de ajudar na tomada de decisões, é importante se interrogar sobre a influência das informações obtidas a partir da avaliação nas decisões a serem tomadas. A avaliação é um dispositivo de produção de informação, sendo também fonte de poder para os atores que a controlam. É provável que quanto mais uma avaliação seja bem-sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A área de avaliação das intervenções teve seu maior desenvolvimento nas décadas de 1960 e 1970 com a implantação de grandes programas sociais nos Estados Unidos. Essas avaliações, baseadas unicamente nos efeitos de uma intervenção, tinham como objetivo a decisão pela continuidade ou interrupção destes diferentes programas sociais (CHAMPAGNE et al., 2011b; DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Porém, atualmente, tem sido enfatizado a importância de superar esta avaliação de efeitos ou de impacto das intervenções com o modelo de “caixa preta”. Recebeu esta nomenclatura ao se considerar que a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e não sofre influência das características dos meios nos quais ela é introduzida. Com isso, a avaliação dos efeitos não leva em consideração processos envolvidos na produção das mudanças observadas depois da introdução de uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Embora essa abordagem da caixa preta seja frequentemente utilizada, recebe diversas críticas pelos estudiosos da área. Ela impõe um modelo não condizente com a realidade de execução das intervenções, propondo uma definição muito estreita dos objetivos de um programa, deixando de lado os diferentes meios de implantação e as modificações realizadas no decorrer de sua implantação. Consequentemente, a adoção de tal modelo pode limitar a utilidade das conclusões extraídas das pesquisas avaliativas e ainda levar muitas vezes a um julgamento negativo sobre as reformas sociais empregadas (CHAMPAGNE et al., 2011b; DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O reconhecimento dos limites do modelo de “caixa preta” em avaliação levou a um interesse pelos problemas ligados à implantação das intervenções. A implantação, portanto, pode ser entendida como a transferência, em nível operacional de uma intervenção.

### 5.5.1 Análise de Implantação

O processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança, referindo-se à operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração a um dado contexto organizacional (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A Análise de implantação consiste justamente em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção, identificando os procedimentos implicados na produção dos efeitos desta intervenção. A análise de implantação se interessa pelo estudo dos determinantes e da influência da variação na implantação nos efeitos trazidos pela intervenção. Ela visa entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção de seus efeitos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A análise de implantação pode ser definida como o estudo da relação entre uma intervenção, seus componentes e o contexto de implantação na produção dos efeitos. Ela visa analisar o modo como uma intervenção provoca mudanças em seu contexto, assim como delimitar os fatores que a facilitam ou embaçaram. (CHAMPAGNE et al., 2011b)

Porém, a análise de implantação não é objeto de uma definição consensual; alguns autores defendem uma concepção muito ampla, enquanto outros optaram por uma definição mais específica (CHAMPAGNE et al., 2011b).

A avaliação da implantação comporta uma parte explicativa importante, sendo seu objetivo compreender o desenrolar de uma intervenção. A explicação pode ser: sincrônica ou dinâmica. A sincrônica tem como objeto a intervenção em um determinado momento e como objetivo conhecer as variáveis cuja influência é significativa para explicar um nível de desenvolvimento do projeto ou as condições de produção dos efeitos. Esta abre janelas de análise em momentos preciso no tempo. Já a explicação dinâmica, tem por objetivo a evolução da intervenção, procura compreender o desenrolar dos acontecimentos que cercam a implantação da intervenção e identificar as variáveis significativas que marcam sua evolução(CHAMPAGNE et al., 2011b).

A análise da implantação se interessa pelas relações entre contexto, as variações na implantação e os efeitos produzidos pela intervenção. Ela tem como objetivo especificar as condições da implantação e os processos de produção dos efeitos de uma intervenção. Ela contribui para reflexão sobre os principais desafios que devem ser levados em conta quando se quer reduzir os riscos de fracasso das intervenções que visam à mudança. Em seu

conjunto, verifica-se que a análise de implantação é um tipo exigente de avaliação que deveria contribuir para aumentar a utilidade das conclusões das pesquisas avaliativas(CHAMPAGNE et al., 2011b; HARTZ, 1997).

Ao analisar a implantação de uma intervenção podemos utilizar diferentes estratégias metodológicas de pesquisa: **o estudo de caso, a análise comparativa e a experimentação**. A escolha destas dependerá da abordagem teórica para o estudo do contexto(CHAMPAGNE et al., 2011b).

O Estudo de caso é uma estratégia de pesquisa empírica que não pode ser isolada de seu contexto. O pesquisador se concentra em uma ou em um número muito reduzido de unidades de análise. Sua observação se efetua no interior dos limites de caso. Já o estudo comparativo possibilita envolver um grande número de unidades de análise e se interessa pelas variações concomitantes entre um conjunto de variáveis independentes e uma ou mais variáveis dependentes. E, finalmente, a experimentação é uma estratégia que possibilita ao pesquisador testar o efeito de uma variável sobre uma ou várias outras (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Neste estudo, utilizamos o estudo de caso para analisar o processo de implantação da intervenção. O estudo de caso é definido como uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado do seu contexto. É uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise e a observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa deste tipo de estudo decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades; e visa particularmente a uma generalização analítica(CHAMPAGNE et al., 2011b)..

## 7. Metodologia

Foi realizada análise do processo de implantação da intervenção por meio de abordagem qualitativa.

O estudo foi aplicado no município de Volta Redonda, devido ao fato de ser um dos primeiros do estado do Rio de Janeiro a oferecer a técnica, que persiste ainda atualmente. Uma vez contatado houve boa receptividade para autorizar a condução da pesquisa. Adicionalmente, o município localiza-se em bom acesso considerando-se o de residência da autora, o que viabilizou a condução do estudo dentro das possibilidades financeiras e de tempo.

A análise de implantação é um procedimento científico que valoriza o contexto onde a intervenção estudada está inserida (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Foram coletados dados primários por meio de entrevistas semi-estruturadas de base dialógica, contendo algumas questões temáticas norteadoras e a observação do contexto das Rodas de TCI. Complementarmente, foram analisados o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, os Relatórios Anuais de Saúde e os Relatórios das Conferências de Saúde.

Para levantamento do material de pesquisa foram adotadas as seguintes estratégias:

- Consulta de documentos que informassem sobre o serviço, o funcionamento e o processo de implantação das rodas de TCI em cada unidade de Saúde.
- Realização de entrevistas semiestruturadas – metodologia útil quando se tem interesse no ponto de vista do sujeito e se objetiva apreender e compreender os sentidos e a interpretação do sujeito para os temas privilegiados pelo estudo.
- Realização de Observação das Rodas de TCI - Participação em rodas de TCI em diferentes unidades de saúde. O objetivo foi acompanhar as rodas de TCI com o intuito de avaliar o contexto da implantação.

O cenário da avaliação foram as rodas de TCI realizadas em duas Academias da Saúde e outra no Zoológico Municipal, próximo a um CAPS, no município de Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. O material empírico foi produzido a partir de dados documentais, entrevistas semiestruturadas e observação às rodas de TCI. Foram entrevistados três gestores, quatro terapeutas comunitários, nove profissionais que trabalhavam nas Academias de Saúde e nas Unidades de Saúde e nove usuários destas rodas. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para a coleta de dados das entrevistas e da observação das Rodas foram realizadas 6 visitas a cidade de Volta Redonda, contemplando os seguintes locais: a Secretaria de Saúde de Volta Redonda, Academia da Saúde situada no bairro de Nova Brasília e outra no bairro de Volta Grande e o CAPS do bairro de Vila Cecília.

## **7.1 Contexto do estudo**

O estudo teve como lócus a cidade de Volta Redonda, um dos principais municípios do Estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil. Com uma população estimada em 2019 de 273.012 habitantes e IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,771(2010), possui uma área de 182,105 km<sup>2</sup>, apresentando importância significativa para a economia regional e estadual (IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A cidade é cortada pelo Rio Paraíba do Sul, cuja curva acentuada deu nome à cidade: a volta redonda. Localizado na região do Sul do Estado do Rio de Janeiro, no trecho inferior do Médio Vale do Rio Paraíba do Sul, entre as serras do Mar e Mantiqueira, o município tem papel fundamental na história do desenvolvimento industrial do Brasil (MAGALHÃES et al., 2012).

Embora a história do município tenha referências no século XIX, o grande marco está na década de 40, do século passado, quando foi criada a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), quando tem início o processo de industrialização do país. Isto significou um desenvolvimento diferenciado dos demais municípios. Abrigando a maior usina siderúrgica da América Latina, por isso é conhecida como a “Cidade do Aço”, o crescimento da cidade deu-se em torno da CSN, que representou para a população residente, durante muitos anos, o grande mercado de trabalho da cidade (PINTO et al., 2012).

Um aspecto importante relacionado à CSN, foi a forma de organização da assistência médica aos trabalhadores e seus familiares através do Hospital Siderúrgica Nacional (HSN), vinculado ao então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Para a parcela da população não atendida pelo HSN, um grupo de lideranças local criou, na década de 50, a União Hospitalar Gratuita (UHG), com a finalidade de suprir essas necessidades. Com o decorrer dos anos e a definição de políticas de assistência médica no país, além do HSN, a população trabalhadora era atendida em parte pelo serviço de saúde do Sindicato dos

Metalúrgicos e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (PINTO et al., 2012).

Na década de 70 registra-se um fato importante para a organização do sistema de saúde na cidade. Em 1973, Volta Redonda foi considerada Área de Interesse da Segurança Nacional, durante a ditadura militar. Com isso, as eleições municipais para Prefeito foram suspensas, e os dirigentes eram levados ao cargo como interventores, indicados pelo regime militar. Isso significou um período de 13 anos sem eleições diretas para prefeito, o que contribuiu, provavelmente, para incipiência da atuação do gestor municipal no campo da saúde (PINTO et al., 2012).

Embora a população vivesse as restrições consequentes à ditadura militar, eram fortes as organizações do movimento social. Isso pode ser observado tanto no que se relacionou à luta sindical, através do sindicato dos metalúrgicos, quanto aos direitos da população na área da saúde. No início da década de 1980, com o movimento que representou as bases da reforma sanitária no município, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (SMS/VR), que posteriormente foi responsável pelo processo de municipalização da saúde (PINTO et al., 2012). O processo de participação popular foi consolidado, o que permitiu a realização da I Conferência Municipal de saúde, em 1988, que deliberou pela criação do Conselho Municipal e do Fundo Municipal de Saúde (PINTO et al., 2012).

A privatização da CSN, em 1993, constituiu-se num marco divisor, desencadeando novas situações e novos desafios para a cidade, inclusive no campo da saúde. Esse cenário permitiu que o poder público assumisse seu papel de gestor da saúde através da expansão e fortalecimento das unidades de saúde de caráter público, invertendo a lógica do modelo curativo até então vigente (PINTO et al., 2012).

Cumprindo com a missão de garantir o direito à saúde, de forma integral e humanizada através da construção de uma rede integrada de serviços, a Secretaria Municipal de Saúde mapeou os seus Territórios de Saúde. Foi estabelecido a existência de onze Territórios e constituído três colegiados de Gestão em territórios estratégicos de alta vulnerabilidade social como instâncias de gestão compartilhada entre os atores que compõem a rede: as unidades de Atenção Básica, de urgência, hospitais e de atenção especializada, como as de saúde mental (MAGALHÃES et al., 2012).

A Rede de Atenção em Saúde (RAS) do município de VR é uma das mais complexas da região do Médio Paraíba e completas da região do Médio Paraíba, sendo, por isto mesmo, referência regional para população de muitas cidades (PINTO et al., 2012).

A RAS de VR é composta por 58 unidades de saúde na Atenção Básica, 28 unidades na Média Complexidade, 02 hospitais municipais e 05 unidades intermediárias de Urgência e Emergência. Totaliza cerca de cem serviços públicos distribuídos entre os níveis de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, além dos serviços complementares, conveniados ou contratados de prestadores de serviços.

A rede de atenção básica é constituída por 58 Unidades, sendo 38 Unidades Básicas de Saúde da Família, 8 Unidades Básicas, 02 Academias da Saúde, 01 Consultório na Rua, 6 Clínicas Odontológicas Concentradas e 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), integradas e distribuídas em diferentes bairros, com cobertura de 80% da população. É a partir dessas unidades que os usuários são referenciados para outros níveis do sistema de saúde e para onde devem retornar.

## **7.2 Aspectos operacionais**

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de setembro a novembro do ano de 2019. Inicialmente se buscou efetivar a descrição geral da oferta de TCI na APS do município, incluindo o número de unidades de saúde em que se encontra em operação e o público alvo em cada uma. Esta informação permitiu também definir a amostra de entrevistados, ao que se aplicou o critério de conveniência. A amostra por conveniência é uma amostra não probabilística que consiste em selecionar uma parcela da população mais acessível. Estas informações foram obtidas com os atores do nível central e consulta a documentos.

O contato com os informantes-chave para convite à participação no estudo foi feito através de telefone ou presencialmente. Após apresentação da pesquisa e obtenção da assinatura do TCLE, buscou-se realizar a entrevista no mesmo dia ou, quando isto não foi possível, agendá-la. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As visitas ocorreram preferencialmente em dias de roda de TCI.

A observação foi realizada nas Academias da Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) durante a realização das rodas de TCI e a entrevista com os usuários logo após a roda. A roda de Terapia Comunitária geralmente realizada no zoológico municipal teve que ser deslocada para o Caps em virtude do fechamento do zoológico para obras.

Os roteiros de entrevista são apresentados nos Apêndices de 01 a 04.

As informações de interesse obtidas com as entrevistas, assim como os respectivos atores são apresentados no **Quadro 1**. O número de entrevistados foi definido pela saturação das informações.

Nas observações se buscou compreender como a dinâmica se desenvolvia e se a técnica era aplicada como proposta originalmente ou houve adaptações e, neste caso, se pareciam funcionar bem ou não.

Nos Planos Municipais (2008/2010; 2011/2013, 2014/2017 e 2018/2021), na Programação Anual de Saúde (2014, 2015, 2016 e 2017) e no Relatório Anual de Gestão (2009 a 2019), buscou-se identificar como se inserem as PICs, se há referências específicas à TCI e o que se prevê quanto a ela.

Quadro 1. Informações de interesse a serem obtidas com as entrevistas segundo atores, critérios de seleção e número inicial estimado.

<b>Ator de interesse</b>	<b>Informações de interesse</b>	<b>Critério de seleção</b>	<b>N inicial estimado</b>
Gestores	o que desencadeou a decisão de oferecer a TCI no município; como se deu a implantação da TCI no município entre a etapa de capacitação até a oferta de rodas de TCI nas Unidades de Saúde; qual a institucionalidade das decisões? Foram oferecidas condições para o adequado desenvolvimento da técnica, definição de público-alvo e monitoramento-avaliação.	Coordenador de atenção básica e Coordenadora das Práticas Integrativas atual e da época da Implantação.	3
Terapeutas Comunitários	como foi feito o recrutamento e a oferta da TCI na UBS; como se deu a decisão para aderir a TCI; como as rodas são realizadas (com que frequência as rodas acontecem em cada unidade, a média de participantes por roda e os principais temas abordados), quais os critérios de inclusão dos usuários nas rodas	Terapeutas que estão exercendo a atividade na SSM	4



<b>Ator de interesse</b>	<b>Informações de interesse</b>	<b>Critério de seleção</b>	<b>N inicial estimado</b>
Participantes das Rodas	Como se deu o conhecimento sobre a roda, o que desencadeou a decisão de participar e o que mudou após sua participação. Há percepção de alcance de resultados (conforme aqueles potenciais, sinalizados por Barreto (2008)).	Três participantes por roda incluída no estudo, preferencialmente o que propôs o tema escolhido, um dos que respondeu ao mote e um participante mais antigo	9
Demais Profissionais da Unidade	Visão dos demais profissionais sobre a TCI. Costuma referenciar pacientes para a roda?	Profissionais que conhecem e indicam a Roda de TCI	9

### 7.3 Análise de dados

O método de análise de dados utilizado neste estudo foi a análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de toda a classe de documentos e textos.

As informações obtidas por meio de documentos, entrevistas e observação foram submetidas à análise do conteúdo temática categorial, sugerida por Bardin (2011). Segundo a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sendo a semântica de suma importância para o desenvolvimento do método. A semântica é aqui entendida como a pesquisa do sentido de um texto. A análise de conteúdo oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade.

Esta técnica foi dividida em três fases: A pré-análise; a exploração do conteúdo; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise foi o momento de organização do material e teve como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material foi o momento de tratar o material, de codificá-lo para então na última fase, transformá-lo em informações significativas e válidas (BARDIN, 2011).

Com base nos objetivos do estudo e a partir da Análise de Conteúdo temática categorial (BARDIN, 2011) foram obtidas duas categorias: Implantação e Intervenção, para as quais foram identificadas subcategorias (Quadro 2).

Os achados da análise documental e da observação são apresentados a partir desta mesma organização.

Quadro 2. Categorias e subcategorias identificadas nas falas.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Implantação	Contexto
	Facilitadores
	Barreiras
Intervenção	Oferta Inicial
	Oferta atual
	Barreiras para Manutenção da Oferta
	Percepções sobre a Efetividade

Visando minimizar a exposição dos entrevistados, mas ao mesmo tempo preservar a localização dos posicionamentos, os entrevistados foram codificados da seguinte forma: Ge = Gestores; Tc = Terapeutas Comunitários; Ps = Profissionais e Us = Usuários.

#### **7.4 Cuidados Éticos**

Dentre os recursos metodológicos desta pesquisa, contemplamos a participação de pessoas, o que nos orientou a assegurar que seus direitos fossem protegidos, como consta da resolução nº466/2012 e em especial, a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016a). As entrevistas somente foram realizadas e gravadas após assinatura voluntária do TCLE (Apêndice 5).

Conforme explicitado no TCLE, a identidade de todos os indivíduos entrevistados, bem como dos sujeitos por eles citados, foi preservada, pois os nomes foram devidamente codificados no momento de análise do material. No entanto, tendo em vista o pequeno número de entrevistados e a relevância do cargo ocupado por alguns deles, não foi possível garantir, em sua totalidade, o sigilo quanto à sua participação no estudo. Ainda, foi garantida a possibilidade de interrupção da participação no estudo a qualquer tempo, sendo também assegurado que os dados recolhidos foram utilizados apenas para fins da pesquisa.

O processamento dos dados foi realizado somente por pessoas autorizadas vinculadas à pesquisa e não foi realizada identificação nominal em qualquer publicação decorrente do estudo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e ao Comitê de Ética da Prefeitura do município de Volta Redonda, sob CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº 16551419.8.0000.5240. O modelo de termo de consentimento livre e esclarecido é apresentado no Apêndice 05. A secretaria municipal de saúde foi solicitada a assinar termo de anuência com a pesquisa, conforme modelo do Apêndice 06.

## **8 Resultados**

### **8.1.1 Entrevistas**

Participaram das entrevistas semiestruturadas 25 pessoas: 3 gestores, 4 terapeutas comunitários, 9 profissionais das UBS e 9 usuários participantes das rodas de TCI. Dentre os gestores, 2 atuavam na Secretaria Municipal de Saúde e uma encontrava-se aposentada. Os terapeutas comunitários, atuantes nas rodas oferecidas pelo Município foram: duas terapeutas na Academia de Saúde de Nova Brasília e outras duas no Zoológico Municipal e na Academia da Saúde de Volta Grande. Dos profissionais que se dispuseram a dar entrevistas, pudemos contar com dois profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Nova Brasília e um profissional da Academia da Saúde de Nova Brasília; três profissionais do Caps Nova Esperança; dois profissionais da UBSF de Volta Grande e uma profissional da Academia da Saúde de Volta Grande. Dentre os participantes das rodas, foram escolhidos três de cada local.

Dentre os entrevistados, 23 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idades que variaram de 22 a 66 anos. As entrevistas com os gestores foram previamente agendadas; com os terapeutas, profissionais e usuários participantes das rodas, foram realizadas após a observação, nos dias de roda de Terapia Comunitária. Apenas um profissional foi entrevistado com hora marcada, pela impossibilidade de horário no dia da observação das Rodas. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Em meio a este processo 1 entrevista com um usuário foi perdida, por falha na gravação.

### **8.1.2 A Observação das Rodas de TCI**

A observação foi uma estratégia profícua, que possibilitou proximidade ao objeto de estudo. Ela foi realizada em três das visitas e abrangeu o cotidiano das três rodas de TCI atualmente realizadas no município, nas Academias da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá”, Academia da Saúde Darcilei Monteiro de Oliveira “Professor Darcilei”, e no CAPS Santa Esperança. Esta última roda estava instalada provisoriamente neste local, pois o Zoológico Municipal entrou em obras na época da observação.

Lançado em 2011, o programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção e produção do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos. Conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde, eles contam com infraestrutura apropriada,

equipamentos e profissionais qualificados e suas ações acontecem interligadas com as UBSFs (Unidades Básicas de Saúde da Família).

As principais características são apresentadas no **Quadro 3**.

Quadro 3. Locais de oferta da Terapia Comunitária Integrativa por ocasião das observações das Rodas de TCIVolta Redonda, 2019.

<b>Visita (Data)</b>	<b>Local (Inauguração)</b>	<b>Observações gerais do serviço</b>	<b>Início e Periodicidade atual da TCI</b>
1 (01/10/2019)	Academia da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá” (24/06/2016)	Localizada no bairro de Vila Brasília. Suas ações acontecem interligadas com a UBSF da Vila Brasília, abrangendo ainda moradores do bairro Belo Horizonte, Verde Vale, Mariana Torres e Coqueiros.  Conta com o apoio de profissionais da Estratégia de Saúde da Família, além de uma equipe composta por recepcionista, terapeuta comunitária e alunos do Projeto Pet Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).	TCI ofertada desde a inauguração.  Semanal, terças-feiras, 14h
2 (09/10/2019)	CAPS Santa Esperança (substituindo temporariamente a roda do zoológico, que acontece desde 2008)	Funcionamento da TCI no Zoológico Municipal (também conhecido como Horto Municipal), localizado no bairro de Vila Cecília, devido a obras com conclusão prevista para dezembro de 2019.	2008 (primeira do município)  Semanal às quartas-feiras, 09:30 h

<b>Visita (Data)</b>	<b>Local (Inauguração)</b>	<b>Observações gerais do serviço</b>	<b>Início e Periodicidade atual da TCI</b>
3 (31/10/2019)	Academia da Saúde Darcilei Monteiro de Oliveira (11/11/2016)	Situada no bairro de Volta Grande. Atende aos moradores dos bairros Volta Grande I, II, III e IV, Parque das Ilhas, Ilha Parque, Santo Agostinho e Vila Americana.  Conta com equipe multiprofissional formada por psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social e ainda conta com estagiários de educação física do UniFOA (Centro Universitário de Volta Redonda), profissionais do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs)	Iniciada em 2016.  Interrompida no final de 2018 e Retomada em setembro de 2019  Mensal, última quinta feira do mês.

Na Academia da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá”, são oferecidas atividades de prevenção às doenças crônicas degenerativas além de atividades de promoção à saúde da mulher, da criança, do idoso, dentre outras. Tem como prioridade o fortalecimento da vigilância em saúde, a partir das reais necessidades de saúde da população. Além da TCI, também são oferecidas outras atividades em grupo como: aulas de alongamento, dança, combate ao tabagismo e agulhamento seco.

A Academia da Saúde Darcilei Monteiro de Oliveira “Professor Darcilei” oferta atividades de Caminhada orientada, Relaxamento e Alongamento, Grupo Amigos do Peso,

Oficina de dança de salão, Grupo do Tabagismo, Oficina da Memória, Oficina Lúdica e Roda Terapêutica (roda de TCI). A roda de TCI, oferecida mensalmente, teve seu retorno a partir de setembro de 2019, tendo uma interrupção devido a saída de uma das terapeutas no final de 2018.

### **8.1.3 Plano municipal de saúde**

A construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS) é uma exigência do Ministério da Saúde, devendo ser uma ferramenta para estratégias de melhoria da saúde no município. É um requisito para captação de recursos. Em Volta Redonda fez parte de um processo democrático e participativo iniciado com a definição de prioridades do Governo Municipal para a área de saúde.

Em relação aos Planos Municipais de Saúde não foi encontrado disponível o PMS do triênio de 2008 a 2010 no sítio eletrônico da Prefeitura e tampouco conseguiu-se uma cópia nas idas a Secretaria. Logo, este documento não foi contemplado na análise. Foram obtidos e analisados os PMS dos triênios 2011 a 2013, 2014 a 2017 e 2018 a 2021.

A construção do PMS do triênio de 2011 a 2013, envolveu o Gestor, trabalhadores da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde, através do Conselho Municipal de Saúde. As metas foram estabelecidas a partir dos eixos prioritários da Atenção, Vigilância e Gestão, considerando: as demandas e necessidades da população; as diretrizes políticas de saúde preconizadas pela IX Conferência Municipal de Saúde de VR; o Termo de Compromisso dos Pactos Pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS, integrantes do Pacto pela Saúde; a missão do Município enquanto polo regional.

### **8.1.4 Programação Anual de Saúde**

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e tem o objetivo de anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Foram encontradas disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura quatro PAS referentes aos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017.

### **8.1.5 Relatório Anual de Gestão (RAG)**

O RAG é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Foram encontradas disponíveis no sítio eletrônico da prefeitura de VR, RAGs dos anos de 2009 a 2019.

### **8.1.6 Relatórios das Conferências de Saúde**

A Conferência de saúde é uma reunião realizada a cada quatro anos, contando com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Nas Conferências Municipais de Saúde, acontece um debate periódico e sistemático sobre a saúde no município e os relatórios apresentam as diretrizes de formulação de políticas para a área nas esferas da gestão municipal. Foram analisados os relatórios da 9ª, 10ª e 11ª Conferência Municipal de Saúde de Volta Redonda realizadas respectivamente nos anos de 2011, 2015 e 2017.

## **8.2 Implantação: Momento inicial**

A triangulação das informações captadas nas entrevistas e documentos da SMS-VR levou a identificar o período 2008 até 2014 como o momento de implantação. Os PMS e RAGs referem-se à implantação da TCI em vários momentos deste período, considerando-a como meta alcançada. O período posterior foi considerado como da intervenção e, como se verá mais adiante, foi caracterizado por momentos de ampliação seguido por momento de maiores dificuldades, o que perdura até hoje.

Durante esse período de implantação foram realizadas três capacitações (2008, 2011 e 2013), somando um total de 25 profissionais formados.

A decisão de implantar a técnica no município de Volta Redonda surgiu a partir da Capacitação em TCI da primeira turma de 2008, pelo Ministério da Saúde (que havia firmado um convênio com a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura), após um primeiro contato de uma gestora da SMS de Volta Redonda com a técnica, em um Congresso de Medicina de Família e Comunidade.



*"Teve um Congresso de Medicina de Saúde e Comunidade, acho que foi em Fortaleza, e um grupo de Volta Redonda esteve nesse Congresso, conheceu a roda de TCI lá com o próprio Adalberto. E daí já tiveram a decisão de trazer para Volta Redonda. E aí foram batalhando pra trazer..." G2*

Esse movimento estava afinado com o momento político, tendo havido o apoio pela gestão central.

*"O processo começou quando a gente foi pro congresso. Esse congresso já foi uma coisa assim, de levar um grupo de profissionais da Secretaria de saúde para um Congresso de Medicina de Família e Comunidade. Era um grupo de profissionais da Secretaria de saúde que volta com essa missão: trazer a TCI. Aí a Secretaria de saúde do estado mais o Ministério, então assim [...] os astros estavam todos a favor...foi um arranjo legal...abril foi quando a gente foi ao Congresso, agosto a gente começou o curso." G1*

Então, após o Congresso, a Secretaria Municipal de Volta Redonda, assim como outras secretarias, foi indicada pela então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Sesdec/RJ) para realizar a capacitação de um grupo de profissionais. Foi nesse momento que a Coordenação de Programas e Projetos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Volta Redonda, indica o nome de 10 profissionais de saúde da SMS/VR para processo seletivo. Dentre esses profissionais, 8 são selecionados para participarem do I Curso de Formação de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa no SUS do Estado do Rio de Janeiro, que teve seu início em agosto de 2008 e encerramento em fevereiro de 2009, em Guapimirim(RJ). A Secretaria Municipal de Saúde indicou profissionais da saúde: médicos, dentistas, fisioterapeutas e Agentes Comunitários de Saúde.

A partir deste momento, outras duas edições de formação em Terapia Comunitária foram realizadas através das atividades de Educação Permanente do Pólo-Sul-RJ: uma realizada no ano de 2011 e outra no ano de 2013, em Arrozal (RJ). No total foram capacitados 25 profissionais de saúde em Terapia Comunitária no município de Volta Redonda. Dentre esses profissionais, alguns possuíam vínculo empregatício estável (concursados) e outros vínculo empregatício mais instável (contratados).

Segundo informações coletadas nas entrevistas com gestores, a seleção para a capacitação em TCI priorizava o perfil dos profissionais e não o vínculo de trabalho. Com isso, na primeira turma de 2008, de oito profissionais, cinco eram servidores públicos. Na turma de 2011 de cinco profissionais, apenas um era servidor público. E na turma de 2013, de 12 profissionais apenas um era servidor público. De um total de 25 terapeutas formados, apenas sete possuíam vínculo empregatício estável.

A primeira roda de Terapia Comunitária Integrativa foi realizada no Horto Municipal, sendo realizada semanalmente até o presente momento. Após a primeira turma formada em TCI, o Município contou com quase 16 rodas semanais espalhadas por

diferentes pontos da cidade, e chegaram a possuir uma equipe mínima de três terapeutas para rodas de TCI (Os terapeutas tinham sua agenda exclusiva para TCI). Talvez esse tenha sido o ápice da implantação da TCI no Município.

Assim, dentre os aspectos facilitadores da implantação, o apoio da gestão central do município foi claramente nesse sentido, garantindo infraestrutura, recursos humanos e outras condições, como expresso por duas gestoras.

*" Na época da implantação não teve tanta dificuldade. A gente podia sair, fazer as rodas, a gente ia pra Guapimirim...foi um momento extremamente rico e potente." Ge1*

*" Aqui nós mandamos um documento para todos os gerentes, gestores que tinham terapeutas em formação, que ele precisava ser liberado para completar a formação. Era um documento para garantia desse momento." Ge2*

A única barreira sinalizada, por apenas uma entrevistada da gestão, foi a resistência inicial tanto da equipe de saúde quanto dos usuários em função do desconhecimento sobre a nova intervenção. Como estratégia de implantação foi necessário realizar sensibilização dos usuários e da equipe de saúde para a nova técnica em implantação, o que se deu em especial no Conselho Municipal de Saúde. O estranhamento se deu pelo fato da condução não estar atrelada à formação em psicologia, havendo resistência por parte das equipes. A estratégia foi então iniciar a oferta da TCI fora do espaço das unidades de saúde.

*" Então no início, foi complicado.[...] Inicialmente era até o local...as unidades de saúde tinham dificuldades, as próprias equipes também não queriam trabalhar com terapia comunitária[...] Quando a gente foi implantar, as maiores dificuldades era convencer aquela coordenadora de distrito que aquilo ali era uma coisa que poderia estar contribuindo..." G2*

No Plano Municipal de Saúde 2011-2013, a primeira referência à TCI se dá no capítulo "Promoção de equidade em saúde: **implantar TCI**"

**1.2 -PROMOÇÃO DE EQUIDADE OBJETIVO II: Implantar Projeto Piloto em regiões de alta vulnerabilidade social, visando a ampliação do acesso e da incorporação tecnológica nos Territórios do Siderlândia e Retiro.**

**Implantar terapia comunitária e coleta descentralizada em todas as Unidades.**

**Prazo: 2011**

Na Programação Anual de Saúde de 2014, a Implantação da TCI é encontrada como ação proposta e executada em 100 % na diretriz 01 (Garantia de Acesso da População à serviços de qualidade em todos os níveis da atenção, com ênfase para a Atenção Primária

em Saúde) do Eixo estruturante - Atenção e Vigilância em Saúde; no Território de Siderlândia.

Na análise do Relatório Anual de Gestão de 2009, entre as atividades desenvolvidas na Atenção Básica, a TCI aparece na Educação Permanente em Saúde junto com outros grupos como: Planejamento familiar, Grupos de mães, Grupo de adolescentes, Grupo de Gestantes, Grupo de mulheres, Grupos de Artesanatos para geração de renda, Grupos de Hipertensos e Diabéticos. Mas também a “Implantação da Terapia Comunitária em várias unidades e equipes” é encontrada dentre as ações desenvolvidas neste ano, visando a uma mudança importante no processo de trabalho. A TCI também surge entre as atividades desenvolvidas de “PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO”; e foi vista como um “espaço de convivência social”, trazendo a oportunidade das pessoas buscarem – e encontrarem – uma rede social de apoio. Isto, independente de idade, classe social e nível de instrução.

No Relatório de Gestão de 2010 a TCI foi encontrada fazendo parte das ações do Programa de PICS, juntamente com a homeopatia e a fitoterapia (ainda em fase de projeto). A equipe de TCI de VR, neste ano, era composta por oito terapeutas comunitários, três agentes comunitários de saúde, dois médicos, uma enfermeira, um fisioterapeuta e um cirurgião dentista. A equipe de homeopatia era composta por oito profissionais homeopatas, sendo dois em UBS e seis em UBSF.

Os grupos de TCI foram instituídos com o nome fantasia “Rodas de Terapia Comunitária”. Durante o ano de 2010 foram realizadas em média 17,6 Rodas de Terapia Comunitária, assistindo 217 usuários nas Unidades ESF: Água Limpa, Belmonte, Jardim Cidade do Aço, Nova Primavera, Padre Jósimo, Roma II, Santa Cruz, Santa Rita do Zarur, Santo Agostinho, São Carlos, São Lucas, Siderlândia, Três Poços, Vila Americana, Vila Brasília, Vila Rica Três poços, Volta Grande, Ciep Santo Agostinho, Cras – Vila Brasília e Clínica Crer.

Entre as ações executadas estava a realização do I Fórum Municipal de Práticas Integrativas e Complementares/VR – com apresentação dos temas: Terapia Comunitária e Integralidade, Homeopatia e Educação Permanente.

No ano de 2011, o RAG apresentou resultados do objetivo: Implantar Terapia Comunitária nos Territórios Siderlandia e Retiro, como parcialmente executado (nas US de Belmonte e Padre Jósimo).

No RAG de 2012 novamente apresentava resultados do objetivo “Implantar Terapia Comunitária nos Territórios Siderlândia e Retiro” como executado parcialmente.

Este objetivo pertencia a “Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada”, onde os indicadores superaram as metas pactuadas.

No RAG de 2013, o objetivo de implantar projeto piloto em regiões de alta vulnerabilidade social, visando a ampliação do acesso e da incorporação tecnológica nos territórios do Siderlândia e Retiro, tinha como ação “Implantar Terapia Comunitária e Coleta Descentralizada em todas as unidades”. A meta prevista de 100% foi executada parcialmente. Uma vez que a TCI já era ofertada no município desde 2009, deduz que o termo “piloto” refere-se à oferta em áreas de vulnerabilidade social.

No RAG de 2014 a TCI foi destacada nas ações da AB como “uma forma inovadora de cuidar das pessoas”, na média complexidade e na área técnica de Práticas Integrativas e Complementares. Informava-se um quantitativo de 225 rodas de TCI realizadas no ano de 2014 em Volta Redonda, com um total de 2387 participantes.

Conforme o RAG de 2014, a SMS manteve a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB em 100%. Esta cobertura atingiu os 100% de cobertura pactuados para 2014, demonstrando o alcance do município na garantia do acesso da população aos serviços fornecidos pelo SUS municipal, provendo-o em tempo adequado às necessidades básicas e de saúde especializada de sua população.

No relatório da 9ª Conferência de Saúde, a terapia comunitária integrativa somente aparece num poema, mas não em propostas.

### **8.3 Intervenção**

Nesta categoria são abordados aspectos da organização da intervenção, tanto no início quanto no momento atual.

A implantação da TCI contou com a oferta inicial de um grande número de rodas em diferentes territórios da cidade.

*“Nós tínhamos quase 16 rodas...nós tínhamos rodas em 90% das Unidades de Saúde.” G2*

Quanto à oferta atual, baseado na descrição da oferta atual e nas entrevistas, houve uma redução de mais de 80% da oferta.

*“Aí eu acredito que até 2013, a gente tinha um volume grande de rodas na cidade, eu acho que depois é que começa a diminuir.” G1*

Como Barreiras para continuidade da Oferta foi relatado que a mudança de governo, acarretou mudanças também na política e nas prioridades da gestão. Algumas demissões foram sendo realizadas e dentre estas constava as de muitos terapeutas comunitários, o que fez a oferta da TCI ser reduzida pela falta de profissionais capacitados na técnica

*“[...]Por isso, atuante no campo só 4. Eu perdi muito a equipe quando perderam o vínculo.[...] Para nós aqui em Volta Redonda isso começa acontecer na nossa terceira turma, eu acho que de 2016 pra cá. Que a coisa começou a realmente assim, a gente começa a perder os vínculos, começamos a perder os terapeutas.”*

Ainda que reconhecendo as demissões como um problema, a mudança de prioridades políticas também pode indicar o atual como um momento político menos favorável à técnica.

*“Então depende muito do olhar do gestor. Tem gestores, dependendo quando há mudança, eles têm outras prioridades.” G2*

Onze anos depois da implantação da TCI, as entrevistas apontaram para a necessidade de uma luta para permanência da oferta da intervenção. Acredita-se que a resistência da intervenção se deu em virtude da existência de terapeutas comunitários na gestão central ainda nos dias de hoje e da solicitação da comunidade pela sua permanência:

*“[...] eu sou servidora, então eu consigo ainda mesmo na gestão, fazer parte da assistência. Porque senão, não teria mais roda. Todas essas rodas eu estou envolvida.[...] Existem pactuações, no Conselho de Saúde... pactuações e conferências, e a comunidade sempre solicita o retorno das rodas, então isso também acaba impactando. Eles levam pro Conselho de saúde, fazem manifestação. Isso aparece no Conselho de Saúde. A gente é chamado para realizar. O usuário está bem engajado nessa história. [...]Nós ainda temos 3 rodas: Nova Brasília, Zoológico e Volta Grande, que tá voltando agora...para poder cobrir os territórios...” G2*

Quanto às percepções sobre a efetividade da técnica entre os terapeutas comunitários, foram mencionadas mudanças concretas nos comportamentos dos usuários, com ganho de autoconfiança, redução de medicamentos utilizados, e da necessidade de atendimentos especializados. O reconhecimento como uma estratégia terapêutica na saúde mental e a valorização do saber popular foi também percebida por um terapeuta comunitário:

*“Pra mim foi uma estratégia de terapia. Por que? Quando a gente realizou o diagnóstico situacional do território...apareceu muita saúde mental.[...] A gente conseguiu diminuir muito os índices de depressão, as situações problemáticas, principalmente crises familiares, que acontecem.[...] Eles vêm, resolvem o problema, mas continuam vindo, porque eles acham que sempre tem alguma coisa para resolver ou sempre algo pra ensinar. Então é muito do saber popular também.” Tc3*

Isto sinaliza para o potencial na TCI na atenção às demandas de saúde mental com redução da medicalização. O espaço de escuta e ajuda mútua por si foi resolutivo para algumas demandas, prevenindo que se medicalizasse o sofrimento.

Entre os profissionais das UBSF a maioria vê a TCI como efetiva, uma técnica potente e todos mencionaram fazer indicação para a roda. Um profissional mencionou a redução de medicamentos, outro o combate à depressão e um terceiro a possibilidade ao usuário conquistar autonomia e como um espaço de socialização e troca de experiências.

Apenas uma profissional, que nunca participou de uma roda (somente a conhece na teoria e de ouvir o retorno dos usuários) referiu, apesar de vê-la como recurso importante, que lhe chama a atenção o fato de alguns usuários que retornaram dizendo não terem se adaptado. Ao ser perguntada sobre o motivo, foi mencionada a questão do trabalho coletivo incomodar alguns usuários.

*“ Eu vejo que o que eu entendo da roda é um espaço de acolhimento e dali a gente pode construir um cuidado pra aquelas pessoas de acordo com o que elas trazem...então eu vejo a roda como um espaço de cuidado pra comunidade.[...] Tiveram alguns incômodos. E isso sempre me ficou na cabeça também...Têm pessoas que amam, já teve pessoas que disseram que não gostaram e precisaram de um outro espaço...então, é muito variado. [...] Isso é uma curiosidade que eu queria saber...Elas falam muito por ser coletivo...do grupo.” Ps5*

Duas usuárias referiram dificuldade inicial de adaptação à intervenção, mas ao persistirem, deram continuidade a frequência e avaliaram benefícios na técnica:

*”Antigamente eu ficava muito assustada e não conseguia ficar, não conseguia...me dava aquele pânico e eu começava a chorar...aí eu não ficava...quando comecei a ficar, eu também não abria a boca...mas conforme eu fui vindo, eu comecei a falar e agora me sinto bem.” Us3*

Dentre os usuários entrevistados, alguns valorizaram a troca de experiência.

*”Vi grande diferença. Eu usava muito remédio pra dormir. Depois que eu comecei a frequentar a terapia, eu até tenho, mas quase não tomo mais[...] É um grande apoio...um ajuda o outro.[...] A gente pegou uma amizade pela outra pessoa. Até nisso aí é bom...porque você vai se expandindo e conhecendo mais pessoas.” Us6*

Outras menções por diferentes usuários incluíram:

- a importância do aprendizado (relato pelo usuário com pouca participação ativa na roda observada),
- o bem-estar sentido ao frequentar a roda de TCI, principalmente pela oportunidade de desabafar e falar dos problemas;
- melhora em comportamento agressivo;
- benefício da desmedicalização e da criação das redes de apoio ;
- importância no respeito às diversidades que a roda proporciona;

No Quadro 4 são apresentados aspectos selecionados sobre as respectivas rodas de TCI conforme observações nos dias das visitas.

Quadro 4. Observações sobre as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no dia visitado. Volta Redonda, 2019.

<b>Aspecto observado</b>	<b>Local (data de início da oferta da TCI)</b>		
	<b>Academia da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá” (24/06/2016)</b>	<b>CAPS Santa Esperança [Zoológico/Horto municipal] (desde 2008)</b>	<b>Academia da Saúde Darcilei Monteiro de Oliveira (reiniciou em setembro de 2019)</b>
Terapeutas	Uma médica da UBSF e uma agente administrativa da SMS, ambas formadas em TCI	Uma gestora e uma técnica de enfermagem	Uma gestora e uma técnica de enfermagem (as mesmas do Zoológico)
Participantes (contando com as terapeutas e a pesquisadora)	20 pessoas (16 mulheres e 4 homens).	11 pessoas (10 mulheres e um homem). O número baixo de participantes foi justificado pelo fechamento do zoológico para obras e o dia chuvoso.	9 pessoas (8 mulheres e 1 homem). O pequeno número de participantes foi justificado pelo retorno recente da roda, que está ainda em adaptação de periodicidade e horário

<b>Aspecto observado</b>	<b>Local (data de início da oferta da TCI)</b>		
	<b>Academia da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá” (24/06/2016)</b>	<b>CAPS Santa Esperança [Zoológico/Horto municipal] (desde 2008)</b>	<b>Academia da Saúde Darcilei Monteiro de Oliveira (reiniciou em setembro de 2019)</b>
Espaço físico	Apropriado para as rodas com a utilização de cadeiras soltas suficientes para o número de pessoas.	Apesar de improvisado, o espaço era apropriado para a realização das rodas, com cadeiras soltas, que possibilitaram a construção da roda.	Apropriado e preparado com cadeiras soltas, conforme recomendação na formação dos terapeutas
Dinâmica da roda	O grupo parece já ter vivência com a técnica, pois muitos pareciam ter uma adaptação às suas regras e etapas. Além da comunidade, participaram também da roda, como é comum acontecer, alunos de Medicina, o que tornou esta a roda com o maior número de participantes observada. A técnica foi aplicada como proposta originalmente, sem novas adaptações.	A roda foi realizada em local novo, mas conhecido pela maioria dos participantes. A dinâmica da roda foi interessante onde se misturou questões dos usuários com das estagiárias, permitindo que a roda de terapia fosse de todos.	Como a roda retornou após quase um ano de interrupção, os usuários presentes não conheciam a técnica, porém não foi visto como empecilho, apenas o baixo número de usuários na roda.



Na Academia da Saúde Denilson de Souza Amaral “Tá” as etapas da roda foram seguidas e exploradas. As terapeutas respeitaram o horário de início e o fim, totalizando toda a roda em 1 h. Na roda observada, o grupo pareceu familiarizado com a técnica, bem adaptados às suas regras e etapas. Foi verificado que as músicas, ditados populares, conforme preconizado pela técnica, não foram trazidos pela comunidade nem pelas terapeutas.

Na Academia da Saúde “Professor Darcilei”, a roda de TCI, oferecida mensalmente, teve seu retorno a partir de setembro do presente ano, tendo uma interrupção devido a saída de uma das terapeutas no final de 2018. A observação foi realizada no segundo dia de retorno das rodas de terapia comunitária. Dentre os usuários participantes, apenas uma já havia participado da roda no passado. As terapeutas respeitaram o horário de início e de término sem fazer novas adaptações da técnica em questão. Foi verificado também pouco uso por parte das terapeutas do recurso cultural, como: cantigas, ditados populares, histórias da comunidade.

A roda realizada no Horto Municipal conta com a participação de muitos usuários dentro do projeto terapêutico singular, juntamente com estagiários das Disciplinas de Saúde Mental dos cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem de uma Instituição de Ensino superior e os demais usuários da rede. Esta foi a primeira roda a acontecer na cidade, há 11 anos e se transformou em referência para muitos estudantes e usuários da rede. Os 11 participantes da roda no dia da observação incluíram 3 usuários do Caps, três estagiárias do curso de enfermagem, a professora de Enfermagem, um funcionário administrativo do Caps, as duas terapeutas e a pesquisadora. A baixa participação pode ser atribuída à troca de lugar e ao tempo chuvoso no dia. Neste dia, em função do tempo chuvoso, o horário de início foi prorrogado para as 09:40 h, com a chegada de alguns participantes depois do horário de início. Apesar do pequeno público, as terapeutas iniciaram a roda, seguindo as etapas sem novas adaptações da técnica.

As três rodas observadas apresentaram características distintas, em função do perfil de seus participantes. A roda de Vila Brasília é a com maior número de participantes e com participantes antigos, que já a frequentam há algum tempo. Os usuários possuem uma ótima relação com a médica da UBS, que inclusive faz a indicação para muitos participantes da roda. Acredita-se que o fato da médica da Unidade de Saúde ser a Terapeuta Comunitária da Roda, facilite a adesão de muitos usuários. A roda de Volta Grande, estava com retorno recente, por isso a baixa frequência e com usuários ainda pouco adaptados a nova

abordagem. A roda do Zoológico foi realizada provisoriamente no CAPS de Vila Cecília e estava com frequência de usuários do CAPS e alunas estagiárias e professora da Disciplina de saúde Mental do curso de Técnica em Enfermagem.

No PMS de 2014-2017 estava o compromisso de garantir a TCI na Atenção Básica, por meio das Unidades de Atenção Básica, funcionando nas equipes de Saúde da Família e também nos serviços de Média Complexidade e nos de Saúde Mental como o Espaço de Cuidado José Salvino de Paiva Oliveira. Este Espaço era um serviço ambulatorial diferenciado que oferece atendimento multidisciplinar para adultos com transtorno mental e sofrimento psíquico de baixa complexidade, encaminhados pelos CAPS. Além das consultas psiquiátricas e grupos terapêuticos, a unidade desenvolve práticas integrativas de cuidado como Acupuntura, Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa e Ioga.

Como ação da Promoção de Equidade, a Implantação da TCI foi prevista no prazo de 2014-2016, no Território de Siderlândia.

Além destas ações, aparece a de implementar o Programa de Práticas Integrativas e Complementares na Rede no prazo de 2014 a 2017.

No PMS de 2018 a 2021 permanece o compromisso de oferta da TCI nos Serviços de AB e média complexidade, além de fazer parte do PROJETO CENTRO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS, coadunando com a PNPIC de 2017, que incorporou a TCI no SUS (BRASIL, 2017). Este projeto visa fomentar o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e habilidades para o autocuidado, a desmedicalização da população e, melhorando a qualidade de vida e o autocuidado, diminuindo a necessidade de consultas e exames especializados.

As unidades de Atenção Básica e Média Complexidade deverão encaminhar para o Centro de Práticas Integrativas os seguintes pacientes: Portadores de dor crônica, portadores de distúrbios de ansiedade e depressão, obesos, pacientes polimedicamentados (em uso de três ou mais medicamentos), portadores de doenças oncológicas e adolescentes em situação de risco.

São indicadores do projeto:

- A redução do uso de medicamentos pelos pacientes e, conseqüentemente, a redução do custo do Município com medicamentos;
- Controle de dor;
- Controle da depressão e ansiedade;

- Diminuição dos encaminhamentos para consultas e exames da Atenção Básica para a Média Complexidade;
- Satisfação do usuário do SUS.

Neste PMS como diretriz 1 aparece:

*“Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.”*

Dentre suas ações menciona: *“Implantar atendimento de práticas Integrativas aos Usuários da Saúde Mental, promovendo a desmedicalização” e também “Descentralizar o atendimento das Práticas Integrativas na Rede de Atenção à Saúde que referenciem os pacientes quando necessário”.*

Nas PASs de 2015, 2016, 2017 a Implantação da TCI foi também mencionada na diretriz 01 (Garantia de Acesso da População à serviços de qualidade em todos os níveis da atenção, com ênfase para a Atenção Primária em Saúde) do Eixo estruturante - Atenção e Vigilância em Saúde e considerada como executada em 100% no ano de 2014.

Porém, quando pesquisado as Práticas Integrativas e Complementares, foi encontrado na PAS de 2014, no mesmo eixo estruturante, contudo na DIRETRIZ 03 - Garantia de atenção integral ao usuário através de ações em rede, visando o cuidado resolutivo no SUS: **Implementar as ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Rede.**

Na PAS de 2014, as PICS têm como programação meta de 50% e demonstra executada o mesmo valor; na de 2015 e 2016, programação anual de 100% - Contínuo e na de 2017 programação de 50% e status da ação iniciada/em execução.

No RAG de 2015 não foi identificada referência a TCI, porém no indicador: Implementar as ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Rede, com ênfase na ampliação do número de profissionais atuantes com meta de 60%, foi realizado 30%.

No RAG de 2016 não aparece nenhuma menção à TCI nem às demais PICS.

No RAG de 2017, na DIRETRIZ 03 - Garantia de atenção integral ao usuário através de ações em rede, visando o cuidado resolutivo no SUS; no indicador: Implementar as ações da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Rede, a meta de 50%, foi superada, alcançando 80%.

Os RAGs de 2018 e 2019 não foram encontrados disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura. No relatório da 10ª Conferência de Saúde de 2015, entre as propostas aprovadas estava a de garantir a TCI entre as Unidades de Saúde. Já no da 11ª Conferência, de 2017, como proposta para a rede de atenção à saúde estava a de Implantar Centro de Práticas Integrativas e Complementares e descentralizar o atendimento das Práticas Integrativas na Rede de Atenção à Saúde que referenciem os pacientes quando necessário.

#### **8.4 Atores envolvidos na TCI do município estudado**

Nas entrevistas com os gestores foi identificado a participação do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Município, da Coordenação de Atenção Primária e do Polo de Educação Permanente para a implantação da intervenção. Os seguintes programas foram envolvidos: Programa de Práticas Integrativas, Programa de Saúde Mental e o CDI (Centro de Doenças Infecciosas). A escolha dos atores para a capacitação foi em cima das pessoas que apresentavam o perfil de trabalhar com grupos, com populações carentes de escuta.

Mesmo com a mudança de governo em 2009, foi dada a continuidade do apoio dos novos atores da secretaria de saúde do município e do núcleo da Gestão. Então, embora tenha mudado o governo, a política se manteve, o que possibilitou a resistência da técnica no tempo.

## 9. Discussão

Embora as PICs sejam utilizadas por um número crescente de pessoas em todo o mundo, a sua institucionalização na APS cresceu em menor proporção. Contatore(2015), acredita que a justificativa para tal fato está ligado à uma política de evidências científicas restritiva, que privilegia evidências quantitativas em detrimento das qualitativas. Apesar do aumento exponencial de países membros da OMS que criaram alguma legislação permitindo a utilização das PIC em serviços de saúde, poucos as oficializaram em políticas públicas efetivando sua institucionalização, O Brasil foi um dos países membros da OMS que acatou suas preconizações através da PNPIC de 2006 do SUS.

A implantação da TCI em Volta Redonda foi facilitada pelo momento político do país, que estava passando pelo segundo mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), eleito pela primeira vez em 2002. Na área da saúde, três programas foram marcos deste governo: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular. A expansão da cobertura do PSF( Programa de Saúde da Família) foi fortalecida e enfatizada como estratégia de reestruturação do modelo de atenção através da Portaria nº648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006b; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A Saúde da Família é entendida como sendo uma “estratégia de reorientação do modelo assistencial” do SUS, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e a comunidade. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Sua ação transforma o cenário das práticas de saúde desenvolvidas na atenção básica (BRASIL, 2006b).

A ESF, considerada o eixo estruturante do SUS, porta de entrada e local privilegiado para desenvolvimento de ações e serviços de saúde, vem com o propósito também de imprimir maior racionalidade na utilização de outros níveis assistenciais. Para superar o antigo modelo centrado na doença, práticas gerenciais e sanitárias participativas são implementadas, atuando com o trabalho em equipe multiprofissional e com população em territórios delimitados (PINHO, 2010).

Com a mudança do modelo assistencial de saúde, são exigidas novas estratégias, mudanças de práticas, uma reorganização dos processos de trabalho e uma inversão das tecnologias de cuidado, que sai da prevalência das tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) e leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) para as tecnologias leves (as tecnologias das relações)(MERHY; FRANCO, 2003).

A TCI converge de forma importante com a ESF, dentro desta proposta de reorganização das práticas assistenciais e dos processos de trabalho, em substituição ao modelo clássico de atenção à saúde, entendido também como médico hegemônico, voltado para a consulta médica, individual. Entende também o usuário no seu contexto ampliado, considerando o conceito de família e os aspectos da promoção da saúde.

Com isso, a TCI desponta como uma tecnologia de trabalho, a qual as equipes da ESF podem se utilizar no cotidiano dos serviços e na comunidade, ao se depararem com o sofrimento difuso, também conhecido como Transtorno Mental Comum, e enfrentarem a vulnerabilidade das condições de saúde mental das populações em situação de desvantagem econômica e social, abrindo espaço para a construção de redes solidárias

No município de Volta Redonda, o apoio da gestão central tanto na capacitação como no início da oferta das rodas, foi fundamental para o êxito da implantação.

A única barreira percebida para implantação pode ser vista como resistência comum da equipe de profissionais e dos usuários a uma nova proposta de trabalho, em particular com abordagem grupal.

Segundo Chacra (2016), não temos como negligenciar a realidade grupal de nossa existência. Querendo ou não, somos produto de grupos e, ao mesmo tempo, produzimos e damos consistência aos nossos grupos. Apesar de pulsar em nós algo da ordem do grupal, não nos sentimos gregários, dotados de uma capacidade instintiva para conviver com o outro e em grupo e nesta relação íntima nos constituirmos como sujeitos. Como exemplo deste fato, o autor coloca que ninguém chega a recepção de um centro de saúde explicitando a necessidade ou desejo de ser tratado em grupo. No máximo, explicita sua necessidade de ser tratado como pessoa ou cidadão.

Para Chacra, trabalhos em grupo com número maior de participante, já implicam construção de campo grupal no espaço e no tempo: grupalidade. Desejo de se constituir como grupo promotor de saberes comuns, comunitários. O processo de constituição de grupalidade exige do grupo um esforço de aceitação mútua de todos que participam como legítimos membros desta conformação grupal.

Nascimento e Oliveira (2017) realizaram um estudo que analisou as PICs Grupais em Unidades de Saúde. O estudo revelou que as PICs Grupais expressam muitas potencialidades no cotidiano das equipes por se configurarem como um espaço de produção de formas de vida que emergem como resistência ao poder médico e medicalizante. Os grupos se apresentam ainda como espaço de cuidado nos quais as pessoas são acolhidas e cuidadas, manifestam suas emoções e afeto, sentem-se pertencentes aos coletivos, constroem redes solidárias e são reconhecidas em seus saberes e práticas. Isso ainda acrescido da contribuição para uma significativa desmedicalização da vida e diminuição de demandas nos serviços.

Esta pode ser uma resposta para as equipes da ESF que sofrem por muitas vezes se verem impotentes em face de problemáticas complexas e que geralmente conduzem suas ações para estratégias pouco resolutivas, a exemplo da larga prescrição médica indicadora do uso de benzodiazepínicos, para problemas como falta de sono, dor de cabeça, dores nos ombros e inquietação (SÁ et al., 2012).

A resistência inicial dos usuários e profissionais a trabalhos grupais como a TCI, pode ser vista como uma característica atribuída à predominância de um modelo biomédico hegemônico que orienta as práticas de saúde, refletindo na expectativa por atendimento individual. Além desse fato, há um desconforto diante da equipe em trazer pra ESF uma nova técnica que auxilia na promoção da saúde mental, se apresentando como mais uma demanda de trabalho. A sobrecarga de trabalho pode ser vista como um ponto de resistência, já que a TCI precisa ser agregada às várias demandas profissionais. E a questão da TCI não exigir do terapeuta uma formação em nenhuma área de formação acadêmica, pode trazer estranhamento e desconforto aos profissionais especializados da saúde mental.

No Município de Volta Redonda, a sensibilização aos profissionais e aos usuários nas Unidades e nos Conselhos de Saúde foi utilizada como estratégia de enfrentamento desta barreira, levando ao entendimento que a dificuldade foi apenas inicial, com pouca resistência a intervenção ao longo do tempo.

O contexto econômico e político do país mergulha em uma instabilidade e crise a partir de 2014, no segundo mandato da Presidente Dilma Roussef, também do partido dos trabalhadores (PT). A política de saúde entra numa fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política em 2016, que culminou com o impeachment da presidente. Diante desse contexto, novas propostas são lançadas vindo a desestabilizar ainda mais a base

financeira do SUS e favorecer o fortalecimento dos mercados em saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Assim, após o momento inicial da implantação da TCI no município, pode-se identificar um segundo momento (a partir de 2015), ao que denominamos momento de intervenção, que também pode ser entendido como momento da implementação. Novas dificuldades foram verificadas pelos gestores para a continuidade da oferta. Com a troca de governo e conseqüente mudança de prioridades, algumas rodas foram sendo extintas e outras prioridades são colocadas para a saúde de seus usuários.

Segundo Champagne *et al.* (2011b) na Análise de implantação é importante delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação da intervenção. Por isso, como dito anteriormente, ela não está restrita somente a análise dos efeitos, e permite identificar melhor a dinâmica de implantação e os fatores críticos para a continuidade da intervenção.

Com mudanças de governo no país, na gestão local e conseqüente mudanças na política, a partir de 2016, os profissionais capacitados em TCI no município de Volta Redonda foram sendo demitidos, juntamente com outros profissionais contratados pela prefeitura, pois não apresentavam vínculos empregatícios estáveis.

Este fato apresentou-se como um reflexo das medidas saneadoras das finanças públicas que o prefeito da cidade de Volta Redonda, Samuca Silva, do Partido Verde, com mandato entre 2017 a 2020, tomou para redução de gastos com pessoal da administração direta e indireta. Isto significou a redução dos gastos com CCs (cargos comissionados), os contratos pelos regimes de RPAs (Recibo de Pagamento Autônomo) e Reda (Regime Especial de Direito Administrativo).

A questão das demissões em massa de funcionários com contratos terceirizados de trabalho na prefeitura, levando a redução da equipe de terapeutas comunitários, foi visto como uma barreira para continuidade da oferta inicial de rodas de TCI. Muitos entrevistados se remeteram a redução drástica da oferta de TCI no município devido a essas demissões, assim como ao clima de insegurança dos trabalhadores, tanto da gestão como da assistência.

Além das demissões, os profissionais que ainda continuaram tiveram que fazer outras atividades e deixar de priorizar a roda de TCI.

Este cenário no município de Volta Redonda remonta a discussão sobre o processo de **precarização do trabalho** que vem ocorrendo no serviço público como um todo, com destaque aqui ao serviço público de saúde. A precarização do trabalho pode ser vista como



a perda aos direitos trabalhistas ocorridas diante do mundo do trabalho e do retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo, surgidas nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado.

No setor saúde, este fato aponta para o fenômeno de flexibilização através das novas formas de gestão e organização do trabalho, com a terceirização das ações e serviços de saúde. O poder público abrindo mão do gerenciamento de hospitais, unidades básicas de saúde, equipes da saúde da família, dentre outros; e transferindo esta incumbência pra entidades privadas. Este pode ser visto como uma renúncia do Estado à sua responsabilidade social e, ao mesmo tempo, da promiscuidade das relações público-privado, com a transferência de recursos públicos para instituições privadas, a fim de assumirem um serviço essencial à sociedade brasileira, que é um dever constitucional do Estado (DRUCK, 2016).

Como reflexo desta situação avistamos a formação de um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos por um lado, e por outro, a destruição dos funcionários públicos, com a redução dos seus direitos, desqualificando e desvalorizando uma categoria profissional que é essencial num Estado democrático. A todos os trabalhadores da saúde impõe-se um desafio: a superação dos constantes ataques sofridos por uma conjuntura política e econômica de caráter neoliberal (DRUCK, 2016).

Foi percebido no estudo que muitos profissionais sem vínculo empregatício estável foram capacitados em terapia comunitária integrativa desde 2008, uma vez que se preferiu priorizar o perfil profissional e não o vínculo empregatício.

Por um lado, é compreensível a mobilização desses profissionais, uma vez que é comum que os servidores de carreira estejam assoberbados e sem tempo ou ânimo de se envolverem em projetos inovadores; e capacitar profissionais sem vínculo estável pode ser visto como objeto motivador em suas carreiras. No entanto, a decisão de capacitar profissionais com vínculos empregatícios frágeis apresenta-se como um risco para a implantação de uma nova intervenção, pois com a mudança de governo, a crise econômica do município, torna a implementação da técnica frágil, pela falta de profissionais que possam aplicá-la. Esta foi vista como uma barreira para continuidade da oferta, ou seja, para sua implementação.

Pode-se dizer, que o fato de ainda hoje gestores com formação em TCI pertencerem a gestão, é visto como um ponto de resistência da oferta da intervenção. Porém, este fato também se apresenta como um risco para sua continuidade. Com uma mudança de gestão e

política, esses mesmos profissionais, em um tempo futuro, podem não mais fazer parte da gestão, arriscando a continuidade da oferta atual

Outro ponto de resistência da oferta da intervenção relatado por gestores e verificado nos Planos Municipais de Saúde, nos Planos Anuais e nos Relatórios de Gestão, foi a presença de uma área técnica programática. Gestores argumentaram ser este um ponto de diferenciação de outras intervenções por esta ter um local, estar inserida no Programa de Práticas Integrativas e Complementares; este fato possibilita reunião periódica, discussão, onde o profissional – o terapeuta comunitário – tem um lugar onde pode se dirigir e falar sobre a sua prática e dificuldades.

Em Volta Redonda, as Práticas Integrativas e Complementares tiveram seu embrião no Grupo de Trabalho de Homeopatia. A homeopatia na rede pública foi uma conquista resultante da luta de homeopatas que trabalhavam no SUS-VR e da decisão política do prefeito e da Secretaria de Saúde da época. Após realização de concurso e da criação do GT de homeopatia, o serviço foi implantado na rede pública. A partir daí, foi lançado a oportunidade de incluir outras práticas e então o GT de homeopatia foi transformado em Programa de Práticas Integrativas e Complementares (CRUZ et al., 2012).

Com as observações às Rodas de TCI, pôde ser percebido que há um respeito aos recursos da estrutura da técnica, com local privativo e apropriado para grandes grupos. Os terapeutas comunitários respeitaram as etapas sem novas adaptações à técnica. Porém, a respeito do uso dos recursos culturais, foram pouco explorados, sendo utilizados somente na etapa do acolhimento.

Há algumas regras necessárias para o bom andamento da terapia, conforme exposto anteriormente. Dentre elas estão: fazer silêncio, não dar conselhos, não julgar, falar de si (usar a primeira pessoa do singular), propor músicas, poemas, contos, história, fábula ou paródias que estejam relacionadas com o tema em questão.

De acordo com a regra das manifestações culturais, estas podem ser implementadas pelos terapeutas ou sugeridas pelos participantes em qualquer etapa da terapia. A implementação dos recursos culturais na TCI tem como objetivo uma maior participação da comunidade, integração entre os participantes, um melhor desenvolvimento das sessões bem como o fortalecimento de vínculo e resgate cultural. A música, por exemplo, com sua letra e som, tem a capacidade de acolhimento e permite compartilhar, nesta outra forma de linguagem, emoções, percepções e sensações que as vezes só com as palavras não damos

conta (BARRETO, 2008; FIX; LEITE; GALVANI, 2007; OLIVEIRA; FERREIRA FILHA, 2011).

O local da Academia da Saúde foi visto como um local ideal para a oferta de TCI; não apenas pela sua estrutura física, mas principalmente por sua proposta.

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção e produção do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 para os municípios brasileiros (BRASIL, 2011). O Programa passou por reajustes e aperfeiçoamentos, sendo redefinido pela Portaria nº 1707, de 23 de setembro de 2016 (BRASIL, 2016b), tendo como pontos centrais, a implantação de polos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, o que potencializa a realização de ações variadas de promoção da saúde.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, o Programa não se restringe a realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável.

Os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outras. Nesse sentido, a Portaria nº 1.707 estabelece eixos em torno dos quais as atividades do polo devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, práticas integrativas e complementares, planejamento e gestão (BRASIL, 2016b). Assim, parece razoável e coerente que a TCI sobreviva principalmente nesses espaços.

Apesar da oferta inicial de TCI ter diminuído, conforme relatado pelos entrevistados, os gestores consideraram que a oferta atual cobre três pontos estratégicos da cidade: As duas Academias da saúde, que dão acesso a duas partes distintas da cidade e o Zoológico Municipal, que está situado em uma área mais central. Eles consideram que o objetivo principal é que algumas áreas da cidade fiquem cobertas, independente do número de rodas; e também consideram que ter uma equipe mínima de três terapeutas (como foi realizado no início da implantação), exclusivos para a TCI, seria a melhor forma de cobrir os territórios da cidade, sem problemas de sobreposição de tarefas, sem acúmulo de função, como ocorre atualmente.

Em relação às Percepções sobre a efetividade da TCI, foi visto ao longo do estudo que a TCI cumpriu com seus principais objetivos (BARRETO, 2008). A visão dos entrevistados é que a TCI é uma técnica simples, porém potente, capaz de proporcionar a troca de experiências e estratégias de enfrentamento das dificuldades, do sofrimento, do adoecimento psíquico, possibilitando o fortalecimento das redes sociais de apoio, além da legitimação do conhecimento popular, produzido a partir das experiências de vida, resultando na restauração e no reforço da autoestima individual e do grupo. Sua importância foi também reconhecida para que cada indivíduo redescubra seus valores e potenciais, tornando-se mais autônomo e menos dependente.

Nas entrevistas com os usuários, foi colocado a oportunidade de redimensionar seus sofrimentos através da escuta de outras histórias de vida e contribuir para efetuar mudanças em suas vidas com vistas à sociabilidade. Os usuários tiveram a oportunidade de criar um espaço compartilhado de partilha de sofrimentos do cotidiano e o intercâmbio das experiências, transformando aquele espaço em parte importante das suas redes sociais.

A rede social foi definida pelo psiquiatra argentino Carlos Sluzki (1997) como a totalidade de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Ele descreve a *rede pessoal significativa* como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas para ele e que influenciam no seu próprio reconhecimento como sujeito assim como na sua autoimagem.

Sluski mostra a forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável é um fator protetor contra doenças; atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. Por sua vez, uma rede com poucos vínculos afeta negativamente a qualidade de vida do sujeito, sendo que a presença de doença na vida deste pode deteriorar sua interação social e reduzir a possibilidade de acesso à rede social. Assim, a qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com as pessoas significativas podem interferir tanto positiva quanto negativamente na saúde do sujeito. Com isso, Sluski coloca uma correlação positiva entre rede social e saúde.

As redes sociais podem ser consideradas importantes recursos de que dispõe o indivíduo no que se refere ao apoio percebido e recebido. Estas podem ser de ordem individual, familiar, institucional ou comunitária. As redes sociais ainda influenciam

diretamente o sentimento de autoestima, identidade e competência de um indivíduo, sendo centrais em situações de crises, gerando a capacidade de enfrentamento adequado em situações vitais difíceis, sejam elas crônicas ou temporárias (MORÉ; CREPALDI, MARIA APARECIDA, 2012; SLUZKI, 1997).

A TCI pode ser considerada um instrumento de construção de redes sociais, como uma rede de apoio, solidária, trazendo suporte emocional, já que os participantes da roda se colocam em círculo para falarem de suas dificuldades e das respectivas estratégias de enfrentamento, possibilitando a partir daí a construção de novas redes. Nas entrevistas, foi percebido que nos locais onde a roda está implantada há mais tempo e sem interrupções (na Academia da Saúde de Nova Brasília e no Zoológico), os usuários se referiram a grupos de Whatsapp entre os participantes, inclusive com usuários que já não frequentam mais a roda, criando novas redes a partir da TCI.

Ainda sobre as percepções sobre a efetividade dos diferentes entrevistados, pôde ser visto o destaque no potencial da TCI na atenção as demandas de saúde mental como a redução da medicalização.

Medicalizar seria entendido como medicar, “cuidar-se por meio de medicamentos”, ou também “exercer a medicina” (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Há em nossa sociedade contemporânea uma exigência de um bem-estar constante, a crença de que toda forma de sofrimento e mal-estar deve ser evitado, remediado, onde as adversidades à existência devem ser evitadas. Vivemos em uma época caracterizada pela ideia de que “problemas mentais podem e devem ser tratados por drogas”. Logo, a medicalização é uma resposta ao sofrimento, mesmo que muitas vezes seja uma resposta equivocada e com efeitos nocivos.

Percebemos atualmente como o tratamento farmacológico faz parte da vida cotidiana. O uso de psicotrópicos vai desde a regulação das mudanças de humor, melhora da performance no trabalho, como resistência a situações estressantes, à tristeza provocada pela perda e conseqüente luto, aos efeitos traumáticos de determinadas experiências, até ao tratamento das alterações associadas aos transtornos mentais graves.

A epidemia das drogas psiquiátricas é um dos aspectos mais relevantes da medicalização do homem contemporâneo. É o que melhor expressa a aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica e que ocorre, sobretudo, a partir da década de 1950. Tal aliança foi consumada porque há entre elas o princípio do desequilíbrio químico no cérebro, que as drogas ajudariam a restaurá-lo. É no campo da saúde mental que a aliança entre

medicina e indústria farmacêutica pode ser mais bem evidenciada como medicalização da nossa existência (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Com essa aliança, o que antes era um processo de construção social da doença foi substituído pela construção corporativa da doença. A doença passou a ser resultante dos interesses corporativos da medicina mental e da indústria farmacêutica.

O tratamento farmacológico encontra-se por vezes limitado a uma intervenção puramente técnica e instrumental de regulação dos sintomas objetivados. O diálogo paciente/interventor é, então, totalmente contido na relação com a medicação, deixando à sombra os múltiplos não-ditos do sofrimento.

Um dos pilares que sustentam a medicalização mental é a classificação dos chamados transtornos mentais. Historicamente, surgiram diferentes manuais de diagnósticos: DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), produzido pela American Psychiatric Association (APA) e a CID (Classificação Internacional de Doenças), produzida pela OMS. Esses manuais se tornaram referência de saber científico assimilado por psiquiatras e trabalhadores da área da saúde mental, que passam a exercer influência na sociedade, então destinada e obstinada a seguir o caminho da medicalização.

Isso leva a concluir que a concepção biomédica dos transtornos mentais domina atualmente o campo da saúde mental de maneira quase hegemônica e que ela tende a ampliá-lo a outros campos de intervenção. Neste campo, inclusive, atribui-se à farmacologia um papel fundamental na desospitalização, uma vez que o recurso aos psicotrópicos teria, de fato, permitido a milhares de pacientes asilados, viver em comunidade. Considera-se também que a medicação contribuiu para certa humanização das práticas, reduzindo a outros métodos mais invasivos. No novo contexto da desinstitucionalização, os usuários têm acesso a uma gama de serviços bastante diversificados, mas cujas abordagens e práticas psiquiátricas permanecem atadas ao hospital e ao tratamento farmacológico. (DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008)

Inicia-se um grande impasse no cenário da assistência psiquiátrica: por um lado o tratamento psicofarmacológico de pacientes esquizofrênicos demonstrava ser uma política eficaz para a redução de sintomas psicóticos, para aliviar a angústia dos pacientes, permitir a desospitalização e sua permanência na comunidade, porém por outro lado eram muitos os problemas criados pela própria terapêutica psicofarmacológica. Começaram a ser estudados os efeitos colaterais nocivos do tratamento com psicofármacos (FREITAS; AMARANTE, 2017).

Assim, o recurso à medicação psiquiátrica começa a ser questionado e outras formas de tratamento inseridas no rol de possibilidades da desmedicalização. Mas o que seria desmedicalizar? Des-Medicalizar, oposto ao ato de medicalizar.

Embora o termo medicalização remeta diretamente à medicação e uso de medicamentos, não podemos reduzi-lo a somente este significado. Medicalização pode ser visto como um processo amplo, pelo qual condições humanas e problemas ordinários passam a ser definidos e tratados como condições médicas, tornando-se, portanto, objeto de estudo exclusiva ou predominantemente médico, diagnóstico, prevenção ou tratamento. O processo de medicalização da vida seria entendido como o processo de trazer à esfera biomédica característica da vida humana (FREITAS; AMARANTE, 2017).

A Reforma psiquiátrica no Brasil, movimento iniciado nos anos 1970, passou por um processo de superação do modelo manicomial, asilar, hospitalocêntrico, de enfoque individual, curativo, discriminador; adotando com isso uma crítica epistemológica ao modelo psiquiátrico de produção de conhecimento. Novos olhares foram postos sobre a doença mental, não mais a reduzindo a uma questão biológica, orgânica, onde o psiquiatra tem um papel central e determinante, desvinculado das demais visões. Esses novos olhares, diferentemente da psiquiatria, fazem parte de um campo mais amplo de conhecimento e atuação vasto, complexo, plural, intersetorial, com transversalidade de saberes: a saúde mental (AMARANTE, 2007).

Uma grande diversidade de serviços e modalidades de atenção e cuidados em saúde mental surgiram, ampliando o leque de opções terapêuticas e assistenciais no processo de reforma psiquiátrica: Hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, centros e núcleos de atenção psicossocial (CAPS e NAPS), residências terapêutica, Programa de Volta para casa, equipes matriciais, ambulatórios multidisciplinares, oficinas protegidas, enfermaria psiquiátrica em hospital geral e uma rede comunitária de suporte. A intenção primordial destas formas de atendimento seria a ressocialização, estimulando a interação do usuário no contexto familiar, laborativo e sociocultural (AMARANTE, 1998; CAMAROTTI; FREIRE; BARRETO, 2013).

Dentro desse contexto, de superação desse modelo manicomial surge também a construção de novas práticas de saúde mental e assistência psicossocial na atenção básica no território. A atenção básica surge como uma estratégia, assim como a saúde da Família, que aponta para um atitude crítica ao modelo biomédico, medicalizante, patologizante e substituição por um modelo de base comunitária, participativo, desmedicalizante, cujo eixo

é o coletivo, a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento e a inclusão social (AMARANTE, 2007; SOALHEIRO, 2017).

O modelo de base comunitária constitui um desafio: ressocialização do usuário de saúde mental e a evocação da necessidade de prevenir os processos de adoecimento advindos de situações de sofrimento emocional, que são comuns no cotidiano. Por isso, em parceria com os serviços de saúde mental é imprescindível a participação efetiva da rede básica de saúde; trabalhando não só com os portadores de transtornos psíquicos, mas com aqueles que estão em sofrimento psíquico gerado no cotidiano da vida (CAMAROTTI; FREIRE; BARRETO, 2013).

É nesta perspectiva que se faz imprescindível ações nos Serviços de Saúde Mental, Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF) que minorem o sofrimento psíquico em todos os seus níveis. A implantação da TCI no Município estudado revelou a importância desta abordagem no acolhimento dos indivíduos e comunidade.

A roda de TCI realizada no Zoológico Municipal, traz uma experiência interessante de (des)institucionalização ao contar com a participação dos usuários da Saúde Mental, do usuário da Rede Básica de Saúde, professores e estudantes da disciplina de saúde mental. A roda do Zoológico foi vista pela Coordenadora do CAPS Vila Esperança como um recurso potente de cuidado, que possibilita a saída do cuidado da instituição para outros espaços públicos, tirando um pouco da “institucionalização” do CAPS.

O conceito de (des)institucionalização na saúde mental seria a construção de um novo modo de pensar e tratar o sofrimento psíquico e a experiência da loucura, desconstruindo o modelo centrado no manicômio, tomando a dimensão de um trabalho terapêutico voltado para reconstituição das pessoas como sujeitos e como indivíduos que sofrem (SOALHEIRO; MARTINS, 2017).



## **10. LIMITAÇÕES E FORTALEZAS DO ESTUDO**

A observação da Roda de TCI no Zoológico Municipal, local da primeira oferta de roda do município, não pôde ser realizada em função deste se encontrar fechado para obras na época da observação. A roda havia sido instalada provisoriamente no Caps Santa Esperança, num local improvisado, que acredita-se ter feito diferença no público participante.

A roda da Academia da saúde no bairro de Volta Grande estava em seu segundo dia de retorno após um ano de interrupção, o que limitou o número de participantes, pois ainda não havia sido devidamente divulgado.

Quanto aos documentos oficiais da SMSVR, alguns não estavam disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura do Município, o que limitou a análise dos mesmos.

A pesquisadora foi colega de uma gestora do município em um curso, mas devido ao longo tempo sem contato, acredita-se que isso não tenha interferido nos achados.

Como aspecto de fortaleza, acredita-se que a combinação de fontes e técnicas permitiu corroborar informações e perspectivas.

## 11 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostram a importância do contexto político ao longo do processo de implantação, ora facilitando-a, ora dificultando a manutenção da oferta da intervenção. As barreiras encontradas no momento inicial da implantação foram transponíveis ao longo do tempo. O sucesso da implantação e da permanência da oferta da intervenção na atenção básica do município de Volta Redonda foi determinado pelas estratégias adotadas pelos atores envolvidos na cena organizacional e por sua reação às barreiras encontradas ao longo dos 11 anos desde a implantação desta técnica grupal.

Com as diferentes mudanças no cenário da política do país e consequente mudanças no município, a oferta da técnica hoje se encontra reduzida a três pontos estratégicos da cidade, comparada ao início da implantação. Verificou-se que este fato não interferiu na qualidade da técnica oferecida, nem em seus benefícios. A presença de atuais gestores com formação em TCI em conjunto com o engajamento social de usuários nos conselhos de saúde intercedendo pela continuidade da oferta inicial apresentou importante papel de resistência dessa oferta; o que também pode ser visto como resultado dos benefícios trazidos pela roda de TCI no município.

Os benefícios trazidos pela técnica reforçam a política pública existente e que compreende uma diversidade em um contexto social abrangente. Outro fator é que o baixo custo, a alta efetividade e a busca de soluções participativas promovem uma política adequada no atendimento das diversas e complexas demandas presentes no contexto social.

Potencializar esse tipo de prática seria avançar na perspectiva da inclusão da saúde mental orientada para a (des)institucionalização na atenção básica em saúde. Pensar uma saúde mental para atenção básica é, sobretudo, valorizar uma perspectiva que busca compreender, aproximar e abordar o que acontece com as pessoas e entre as pessoas dentro de um território geográfico e subjetivo sempre em transformação.

Com base nos resultados obtidos, percebeu-se o quanto é importante avaliar as implantações dessa técnica em diferentes contextos, com vistas a dar seguimento a técnica e fortalecê-la em distintas realidades institucionais, além de contribuir para evidências científicas desta PIC na APS. É certo que novas perguntas eclodem a partir desta avaliação, o que nos faz acreditar da necessidade de novas avaliações sobre a implantação.

Vale ressaltar que a TCI foi vista como uma tecnologia de cuidado, em grupo, de baixo custo e com ações de promoção de saúde mental e prevenção do sofrimento emocional para as comunidades, além de possibilitar a inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela ajuda a construir, não deixando dúvidas quanto a sua legitimidade como instrumento de transformação.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, E. R. P. **Terapia Comunitária Integrativa e mulheres vivenciando o climatério: uma pesquisa ação-intervenção**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SCIELO EDITORA FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, F. B. **A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem—João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2009.
- BANYAI, I. **Zoom**. Rio de Janeiro: Brinque-Book, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARON, S. C.; BRASIL, K. C. T. R. (EDS.). **Jovem, adolescente e criança em contextos de proteção e de risco no Brasil**. Niterói: Editora da UFF, 2014.
- BARRETO, A. DE P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 3 edição ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.
- BARRETO, A. DE P. et al. **Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS: A Inserção da Terapia Comunitária Integrativa(TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2011.
- BARRETO, A.; FREIRE, T.; CAMAROTTI, M. H. **Terapia Comunitaria Integrativa No Cuidado da Saúde Mental**. Brasília: EDITORA KIRON, 2013.
- BEZERRA, L. C. DE A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. DE A. A. Modelagem de Programas: Da Teoria Á Operacionalização. In: **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65–78.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. p. 18055. 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº971, de 03 DE MAIO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares(PNPIC) no sistema Único de Saúde. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. 2006 a.
- BRASIL. MNISTÉRIO DA SAÚDE> Portaria nº648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica., estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde(PACS). **Diário Oficial da União**. 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº719, DE 7 DE ABRIL DE 2011. Institui o programa Academia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. . 2012.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possa acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta resolução. . 2016 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº1.707, DE 23 DE SETEMBRO DE 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefina os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**. 2016 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**. 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS. COORDENAÇÃO-GERAL DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO. CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. Sociedade Viva: violência e saúde. Do sertão à favela, da exclusão à inclusão. Projeto Quatro Varas. out. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO SA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Glossário Temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROUSSELLE, A. et al. (EDS.). **Avaliação: conceitos e métodos**. 1º ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2011.

BVS MTCI AMÉRICAS. **Criado no Brasil o primeiro Consórcio de Pesquisadores em saúde Integrativa da América Latina.** [Site]. Disponível em: <<http://mtci.bvsalud.org/pt/criado-no-brasil-o-primeiro-consorcio-de-pesquisadores-em-saude-integrativa-da-america-latina/>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CABRAL, S.; CYRULNIK, B. (EDS.). **Resiliência: como tirar leite de pedra.** 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

CAMAROTTI, M. H.; FREIRE, T.; BARRETO, A. (EDS.). **A Terapia Comunitária Integrativa no Cuidado Da Saúde Mental.** [s.l.] EDITORA KIRON, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPRA, F. **O PONTO DE MUTAÇÃO. A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente.** São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix LTDA, 2006.

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

CHACRA, F. C. Grupo e Grupalidade no trabalho em Saúde: reflexões para uma prática comunitária, afetiva e democrática. 2016.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as Intervenções. In: **Avaliação: conceitos e métodos.** 1º ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2011a. p. 61–74.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: **Avaliação: conceitos e métodos.** 1º ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2011b. p. 217–238.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e Métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29–45.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263–3273, out. 2015.

CRUZ, V. M. M. et al. Terapia Comunitária Integrativa em Volta Redonda. Recurso terapêutico nas práticas integrativas e complementares no SUS. In: **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda (RJ).** Saúde em debate. São Paulo: Hucitec Editora, 2012. p. 176–187.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7–11, jun. 1986.

DEL BARRIO, L. R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J.-N. Psicotrópicos e Saúde Mental: Escutar ou Regular o Sofrimento? In: **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental. Desenho Participativo e efeitos da Narratividade.** São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

DENIS, J.-L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

DRUCK, G. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15–43, nov. 2016.

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia Comunitária Integrativa e a Pesquisa Ação/Intervenção: estudos avaliativos**. [s.l.] Editora UFPB, 2019.

FIX, S. DE A. B.; LEITE, M. DA S. V.; GALVANI, C. Algumas reflexões sobre a inserção de música em encontros de TC no Centro de Assistência a Família(CEAF). In: **Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas : ANAIS, III Congresso brasileiro de terapia comunitária**. São Paulo: Casa do psicólogo : ABRATECOM, 2007. p. 451–457.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento Difuso e Transtornos mentais Comuns: Uma revisão Bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285–294, set. 2008.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidade do programa de saúde da família do município de Petrópolis**. Rio de Janeiro, Brasil. Tese( Doutorado em saúde coletiva)—Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 65. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2017.

GIFFONI, F. A. DE O. **SABER SER, SABER FAZER: Terapia Comunitária, uma Experiência de Aprendizagem e Construção da Autonomia**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.

GOMES, D. O. **A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais**. Dissertação de Mestrado—Sobral: Universidade Federal do Ceará, 2013.

GRANDESSO, M. Terapia Comunitária como prática coletiva de conversação: construindo possibilidades de trabalho com sistemas amplos. In: **Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014. p. 171–185.

GUANAES, C.; JAPUR, M. *Psicologia: Reflexão e Crítica. Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico*, v. 14, n. 1, p. 191–99, 2001.

HARTZ, Z. M. DE A. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico*, 2010.

LEMES, A. G. et al. Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, p. e-APE20190122, 11 mar. 2020.

LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta paul. enferm.*, v. 27(3):200–7, 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. suppl 2, 2 out. 2017.

MAGALHÃES, M. G. et al. Estratégias tecnoassistenciais do SUS- Volta Redonda. In: **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda (RJ)**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec Editora, 2012. p. 25–42.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 316–323, dez. 2003.

MORÉ, C. L. O. O.; CREPALDI, MARIA APARECIDA. O Mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 43, n. 21, p. 84–88, ago. 2012.

NOGUEIRA DO NASCIMENTO, M. V.; OLIVEIRA, I. F. DE. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 11, n. 2, 21 dez. 2017.

OLIVEIRA, D. S. T. DE; FERREIRA FILHA, M. DE O. Contribuição dos recursos culturais para a Terapia Comunitária Integrativa na visão do terapeuta. *Rev Lat Am Enfermagem*, n. 32(3)524, set. 2011.

OMS/WHO, O. M. DA S.-. **Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)- 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança**. Genebra: OMS, 2001.



PINHO, M. A. DE L. **Sufrimento no processo de trabalho na estratégia saúde da família: um diagnóstico através da terapia comunitária.** Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2010.

PINTO, S. et al. (EDS.). **Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda (RJ).** São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

REIS, M. L. DE A. **Quando me encontrei, Voei: o significado da capacitação em terapia comunitária integrativa na vida do terapeuta comunitário.** Porto Alegre: Caifcom, 2017.

REIS, M. L. DE A.; GRANDESSO, M. O significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa na vida dos terapeutas comunitários. **O significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa na vida dos terapeutas comunitários.**, Temas em Educação e Saúde. v. 10, n. Laboratório Editorial FCL-Unesp, mar. 2017.

RUELA, L. DE O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239–4250, nov. 2019.

SÁ, A. N. P. DE et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Rev. eletrônica enferm**, v. 14(4), p. 786–93, dez. 2012.

SAMICO, I. et al. (EDS.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, abr. 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOALHEIRO, N. (ED.). **Saúde Mental para a Atenção Básica.** Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2017.

SOALHEIRO, N.; MARTINS, D. Atenção Psicossocial e a (Des)Institucionalização como Eixo do Cuidado. In: **Saúde Mental para a Atenção Básica.** Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2017. p. 33–55.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.** Coleção Clássicos para integralidade em saúde. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012. p. 251–283.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE; NASCIMENTO, M. C. DO. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, set. 2018.

VALLA, V. V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede**

**de educação popular e saúde.** Saúde em debate. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 39–62.

VENUTO, A.; GRANDESSO, M. Resiliência - A Natureza Relacional e Social do Fenômeno. In: **Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas.** 1. ed. Curitiba: CRV, 2017. p. 71–88.

WATZLAWICK, P.; BEALVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação.** São Paulo: Cultrix, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023.** Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21201en/>>. Acesso em: 29 fev. 2020.

**Apêndice 1. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – GESTORES**  
**Projeto dissertação: Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do**  
**Município de Volta Redonda/RJ**

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Código identificação: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Formação

profissional: \_\_\_\_\_ Nível escolaridade: \_\_\_\_\_ Pós-

graduação: \_\_\_\_\_

Cargo/função atual: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo/função: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na SMS: \_\_\_\_\_ Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora início \_\_\_:\_\_\_ Hora término: \_\_\_:\_\_\_ 1. Qual a sua visão sobre

a TCI na Atenção Primária em Saúde no Município de Volta Redonda?

2. O que desencadeou a decisão de oferecer esta técnica no município?

3. Como se deu a implantação desta técnica na APS deste município: desde a etapa da capacitação até a oferta de rodas de TCI nas Unidades de Saúde?

4. Quais foram as maiores dificuldades para essa implantação?

5. Quais os atores envolvidos para a implantação desta técnica?

6. O que você acha que contribuiu para o êxito da implantação da TCI na APS no município de Volta Redonda?

7. Considerando esta conversa, você identifica algum outro documento, relatório ou pessoa chave que deva ser consultado? Pode fornecê-lo ou indicar onde pode ser encontrado?

8. Teria algo a acrescentar?

**Apêndice 2. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – Terapeutas**

Comunitários

***Projeto dissertação: Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do Município de Volta Redonda/RJ***

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Código identificação: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Formação

profissional: \_\_\_\_\_ Nível escolaridade: \_\_\_\_\_ Pós-

graduação: \_\_\_\_\_

Cargo/função atual: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo/função: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na SMS: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação como Terapeuta Comunitário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hora término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

1. Qual a sua visão sobre a TCI na Atenção Básica no Município de Volta Redonda?
2. O que desencadeou a decisão de se tornar terapeuta comunitário?
3. Como foi realizada a sua capacitação? Onde? Em quanto tempo? Apresentou alguma dificuldade?
4. Como é feita a oferta da TCI para o usuário da UBS? Há um público alvo?
5. Há alguma roda para usuários específicos? Ex: roda de usuários com hipertensão, diabetes ou gestantes.
6. Como as rodas de TCI acontecem: Qual a frequência, a média de participantes por roda e os principais temas abordados?
7. Quantos terapeutas comunitários facilitam a roda nesta unidade?
8. Teria algo a acrescentar?



**Apêndice 3. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – Profissionais da UBS**

***Projeto dissertação: Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do Município de Volta Redonda/RJ***

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Código identificação: \_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Formação

profissional: \_\_\_\_\_ Nível escolaridade: \_\_\_\_\_ Pós-

graduação: \_\_\_\_\_

Cargo/função atual: \_\_\_\_\_

Tempo no cargo/função: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na SMS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora início \_\_\_:\_\_\_ Hora término: \_\_\_:\_\_\_

1. Como você enxerga a TCI?
2. A sua visão sempre foi essa ou já mudou?
3. Você faz indicação para as rodas de TCI para os usuários desta Unidade? Qual o critério para a mesma?
4. O que você percebe nos usuários após a participação na roda de TCI? Vê alguma diferença?
5. Tem algum tipo de usuário que acredita que tenha maiores benefícios que outros com essa técnica?
6. Teria algo a acrescentar?

**Apêndice 4. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA – Participantes das Rodas**

***Projeto dissertação: Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do Município de Volta Redonda/RJ***

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Código identificação: \_\_\_\_\_ Entrevistado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data  
 nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Formação  
 profissional: \_\_\_\_\_ Nível escolaridade: \_\_\_\_\_ Pós-  
 graduação: \_\_\_\_\_ Tempo  
 em que frequenta a UBS: \_\_\_\_\_

Tempo em que frequenta a roda de TCI: \_\_\_\_\_

Quantas rodas participou: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora início \_\_\_:\_\_\_ Hora término: \_\_\_:\_\_\_

1. Como você conheceu a TCI? Teve indicação de algum profissional? Qual?
2. Você vê alguma diferença em você após a sua participação na roda de TCI? Qual?
3. Você faz ou fez uso de alguma medicação controlada? Alguma medicação “para os nervos” Se fez, por que parou?
4. Você já seguiu algum caminho mostrado por outro participante do grupo?
5. Teria algo a acrescentar?

## Apêndice 5. ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES DE RODAS



### Roteiro de Observação das Rodas

#### 1. UBS onde acontece a roda de TCI:

Local:

Horário marcado para a roda:

Horário de início da roda:

Horário de término:

Acesso:

Roda temática:

#### 2. Descrição do ambiente.

- Ambiente físico. Observação da infraestrutura do local: espaço, cadeiras. Preparação do ambiente.
- Ambiente relacional. Observação da dinâmica e do contexto da TCI com o intuito de avaliar a técnica à luz do processo de implantação.

#### 2. Número de terapeutas comunitários: Terapeuta e co-terapeutas

Número de participantes por roda:

Homens:

Mulheres:

Idosos:

Adolescentes:

## Apêndice 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais e Gestores



Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “***Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do município de Volta Redonda/RJ***”, desenvolvida por Erika Elizabeth da Costa Macedo, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sob a orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Vera Lucia Luiza e Vera Frossard.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o processo de implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Básica do município de Volta Redonda, RJ; levando em conta o contexto e os diferentes atores envolvidos no processo de implantação desta técnica.

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo por ter sido considerado(a) um ator-chave no processo de implantação da TCI neste município. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com duração de cerca de 40(quarenta) minutos. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Sua identidade estará preservada, pois os nomes serão devidamente codificados no momento de análise do material. No entanto, tendo em vista o pequeno número de entrevistados, especialmente em seu nível de atuação e a relevância do cargo ocupado,



não será possível garantir, em sua totalidade, o sigilo quanto à sua participação. Para minimizar tal fato, não identificaremos a categoria profissional do entrevistado.

Você terá benefício indireto relacionado a sua colaboração nesta pesquisa que será através de retorno social, ao contribuir com material para análise de implantação da TCI neste município sob a ótica do conhecimento dos atores-chave em relação a essa implantação. A entrevista pode mobilizar sensação de desconforto emocional, que poderá ser minimizada pela atuação da entrevistadora, que possui formação em psicologia clínica, amparando-o no que for necessário.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras. Os resultados serão apresentados aos participantes através de relatórios individuais para os entrevistados.

Você receberá uma via deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista:

sim       não

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura  
do Pesquisador responsável

**Pesquisadora Principal : Erika Macedo/ Tel: (21)999580914 Email: erikamacedo@globo.com FIOCRUZ /Comitê de Ética/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo – Manguinhos; Rio de Janeiro – RJ; CEP. 21041-210; Tel. e Fax - (0XX) 21 25982863; Email: cep@ensp.fiocruz.br**

## **Apêndice 7. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Participantes da Roda de TCI**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do município de Volta Redonda/RJ*”, desenvolvida por Erika Elizabeth da Costa Macedo, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sob a orientação das Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Vera Lucia Luiza e Vera Frossard.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer como foi a entrada desta nova técnica, a Terapia Comunitária Integrativa(TCI) na Atenção Básica do município de Volta Redonda, RJ. Vamos levar em conta como estava o momento e os diferentes participantes envolvidos no processo de implantação desta técnica.

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo por ter sido considerado (a) um participante importante no processo de implantação da TCI neste município. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto, com duração de cerca de 40(quarenta) minutos. A entrevista somente será gravada se for autorizada por você. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você pode decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não sofrerá consequências de nenhuma maneira caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para o desenvolvimento da pesquisa.

Tomaremos as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: você não será identificado, ou seja, seu nome não aparecerá em nenhum momento na pesquisa, pois os nomes serão trocados no momento da análise dos dados. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Apesar de todos esses cuidados, alertamos que há algum risco quanto a confidencialidade e privacidade, tendo em vista sua participação em atividade de grupo com número reduzido de participantes.

Você terá benefício indireto relacionado a sua colaboração nesta pesquisa que será através de retorno social, ao contribuir com material para análise de implantação da TCI neste

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 1; de 28 de junho de 2019

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

município sob a ótica do conhecimento dos participantes em relação a essa implantação. A entrevista pode trazer alguma sensação de desconforto emocional, ao ser perguntado sobre algo acontecido durante a TCI. Isto poderá ser minimizada pela atuação da entrevistadora, que possui formação em psicologia clínica, amparando-o no que for necessário.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá pedir ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras. Os resultados serão apresentados aos participantes através de relatórios individuais para os entrevistados.

Você receberá uma via deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista:  sim  não

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador responsável

Pesquisadora Principal : **Erika Macedo** Tel: **(21) 999580914** Email:  
**erikamacedo@globo.com**

**FIOCRUZ /Comitê de Ética/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo –  
Manguinhos; Rio de Janeiro – RJ; CEP. 21041-210; Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863;  
Email: cep@ensp.fiocruz.br**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 1; de 28 de junho de 2019

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

**Apêndice 8.** Termo de Anuência**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ está ciente e autoriza o (a) Pesquisador(a) Erika Elizabeth da Costa Macedo a conduzir o projeto de pesquisa **Terapia Comunitária Integrativa: Implantação na Atenção Básica do município de Volta Redonda**, cujos procedimentos operacionais incluem a circulação em unidades de saúde para observação e entrevistas a gestores, profissionais e usuários de rodas de Terapia Comunitária Integrativa.

A pesquisa foi previamente apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (FIOCRUZ /Comitê de Ética/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo – Manguinhos; Rio de Janeiro – RJ; CEP. 21041-210; Tel. e Fax - (0XX) 21- 25982863; Email: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)) ficando isenta de apresentação ao CEP desta Secretaria.

Local e data

Assinatura com carimbo da Instituição