



TERAPIA COMUNITÁRIA E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

COMMUNITARIAN THERAPY AND ITS REPERCUSSIONS IN THE WORK PROCESS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

LA TERAPIA DE LA COMUNIDAD Y SUS REPERCUSIONES EN EL PROCESO DE TRABAJO EN LA ESTRATEGIA LA SALUD FAMILIAR

Glauber Weder dos Santos Silva¹, Maura Vanessa Silva Sobreira², Adriene Jacinto Pereira³,
Macerlane de Lira Silva⁴, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos contextuais da TC e suas repercussões no processo de trabalho dos profissionais de saúde. **Método:** revisão integrativa de literatura, com busca ativa na Scientific Electronic Library Online - SciELO, dissertações e livros impressos, selecionando textos que contemplassem a temática de TC, sendo utilizado referencial de Hinds; Chaves e Cypress, para discutir o fenômeno a partir de seus contextos. **Resultados:** o trabalho final foi disposto em categorias: TC - construção de redes sociais solidárias (imediato); TC e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - construindo vínculos, resignificando relações (específico); Processo de trabalho em saúde e sua organização tecnológica (geral); Modelos Tecno-assistenciais e a reorganização do processo de trabalho em saúde (metacontexto). **Conclusão:** o estudo permitiu refletir sobre TC e suas repercussões na ESF, possibilitando a ampliação do olhar e reflexão sobre necessidade do rompimento com o modelo tecno-assistencial hegemônico, que supervaloriza as tecnologias duras e leves, produzindo descuidado. **Descritores:** Terapia Comunitária; Saúde Da Família; Processo De Trabalho.

ABSTRACT

Objective: to analyze the contextual aspects of the CT and its repercussions in the work process of the health professionals. **Method:** it is an integrative review, with active search in the Scientific Electronic Library Online - SciELO, dissertations and printed books, selecting texts which included the CT theme, using the Hinds; Chaves and Cypress referential, to discuss the phenomenon from its contexts. **Results:** the final paper was disposed in categories: CT - building of the solidary social networks (immediate); CT and the Family Health Strategy (FHS) - building bonds, resignifying relations (specific); Process of health work and its technological organization (general); Techno-assistance Models and the reorganization of the health work process (metacontext). **Conclusion:** this study allowed reflecting about CT and its repercussions in the FHS, enabling the expansion of the view and reflection about the necessity of breaking with the hegemonic techno-assistance model, which overvalues the hard and soft-hard technologies, producing lack of care. **Descriptors:** Communitarian Therapy, Family Health; Work Process.

RESUMEN

Objetivo: analizar los aspectos contextuales de la TC y sus repercusiones en el trabajo de los profesionales de la salud. **Método:** revisión integradora y una búsqueda activa en la Scientific Electronic Library Online - SciELO, disertaciones y libros impresos seleccionando textos que abordan el tema de la cooperación técnica que se utiliza Hinds referencia, Chaves y Cypress, para discutir el fenómeno de su contexto. **Resultados:** el trabajo final se organizó en categorías: TC - la creación de redes de apoyo social (inmediata), la Estrategia de la Salud (FHS) y TC - bonos de construcción, la redefinición de las relaciones (específicos); Trabajo para la Salud de procesos y su organización tecnológica (general), Modelos Tecno-cuidado y la reorganización del trabajo en salud (metacontexto). **Conclusión:** el estudio permitió reflexionar sobre la TC y la repercusión en el FHS, permitiendo una mayor mirada y la reflexión sobre la necesidad de romper con el modelo de asistencia tecno hegemónico, que sobreestima las tecnologías duras y blandas, duras, produciendo descuidado. **Descritores:** La Terapia de la Comunidad; La Salud Familiar; El Proceso de Trabajo.

¹Acadêmico, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Campus Caicó. Caicó (RN). Ex-Bolsista PIBIC/UERN (Vigência 2011-2012). E-mail: glauberweder@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UFRN/Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: maurasobreira@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: adriene.jacinto@uol.com.br; ⁴Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Professor e Supervisor de Estágio da Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: macerlane@hotmail.com; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem Psiquiátrica, Graduação em Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal (RN), Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com

INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro, há um processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental, saindo do modelo hospitalocêntrico, de enfoque individual, curativo, discriminador e excludente, para um modelo de base comunitária, cujo eixo é o coletivo, a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento, tendo como foco o sujeito, a família, os grupos sociais e sua existência. No modelo comunitário, é necessário se transformarem os modos de tratamento, pois o objeto passa a ser a existência-sofrimento do indivíduo e sua relação com a sociedade.¹ Além disso, busca-se a inclusão, a tolerância e a co-existência com a diferença e a diversidade.²

Nesse sentido, as formas tradicionais de organizar o trabalho em saúde a partir da lógica das profissões têm sido insuficientes para garantir o cuidado humanizado e integral, resultando num pensar e agir fragmentados no sistema de saúde como um todo.³ É necessário resgatar habilidades, potencializar a autonomia, valorizar a dinâmica familiar e desenvolver o empoderamento das pessoas e das comunidades. Através da construção de uma teia de relações formada por trocas de experiências, do conhecimento circular e de recursos sócio-emocionais, podem-se promover o resgate da cidadania e um cuidado humanizado.⁴

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade de Saúde da Família é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento das tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário.⁵ Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde.

Nessa direção, a Terapia Comunitária (TC) desponta como uma tecnologia de cuidado na qual as equipes de saúde da família utilizam no cotidiano dos serviços e na comunidade

para construir redes sociais solidárias, diminuindo o sofrimento emocional da população advindo de problemas relacionados com a pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima.⁶

O presente artigo tem como objetivo, analisar os aspectos contextuais da Terapia Comunitária, enquanto fenômeno e suas repercussões no processo de trabalho dos profissionais de saúde, na Estratégia de Saúde da Família.

O termo fenômeno aplica-se a todos os aspectos da realidade interna e externa que existem como entidades pré-linguísticas e que adotam um significado a partir da percepção, imaginação, reconhecimento e experiência humana.⁷

Utilizou-se o referencial de Hinds; Chaves e Cypress,⁸ para discutir o fenômeno a partir de seus diferentes contextos. Para esses autores a habilidade do pesquisador significar o fenômeno estudado e buscar a sua compreensão está relacionado ao conhecimento, que se tenha a cerca dos múltiplos contextos no qual este acontece.

O Contexto nessa perspectiva, pode ser compreendido como a relação entre o fenômeno e a situação em que ele ocorre, sendo imprescindível para a predição, explanação e compreensão do fenômeno estudado.⁸⁻⁹ Assim, delinearei nesses escritos a partir da compreensão do contexto em quatro diferentes níveis: Contexto Imediato, cujo foco é o presente; Contexto Específico, considerado o conhecimento individualizado e único, englobando o passado imediato e características importantes da situação atual; Contexto Geral, caracterizado pelo quadro de referência de vida, identificada pelo sujeito a partir das suas interpretações construídas a partir das interações passadas e atuais e; o Metacontexto, fonte de conhecimento construído socialmente operando continuamente, numa perspectiva social compartilhada.⁸

Neste sentido, particularizemos como objeto de estudo sobre o Contexto Imediato no qual esse fenômeno ocorre, ou seja, a Terapia Comunitária na perspectiva da construção de redes sociais solidárias. No Contexto Específico descrevemos a Estratégia de Saúde da Família e a Terapia Comunitária, na perspectiva de construção de vínculos. No Contexto Geral, destacamos o processo de trabalho em saúde e sua organização tecnológica.

Esses contextos estão relacionados com um maior, que é o metacontexto, o qual nos levou a refletir sobre o desafio que temos como profissionais em relação a incorporação

de um modelo tecno-assistencial na perspectiva de defesa da vida individual e coletiva, que transcenda a relação usuário-trabalhador, considerando o espaço intercessor, produtor de cuidado- trabalho vivo em ato- resignificando a partir de novas tecnologias esta relação.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que tem a finalidade de aproximar o investigador dos estudos em relação ao fenômeno, através de bibliografias que se tornaram pública.¹⁰ As fontes bibliográficas pesquisadas para a temática deste estudo foram as publicações impressas em livros, dissertações, bem como pesquisas on line registradas nas bases de informações do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). A pesquisa bibliográfica abrangeu o período de 1997 a 2008.

Logo em seguida, analisou-se os diferentes contextos da temática à luz do referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992) e categorizadas em subtemas os achados encontrados, emanados a perspectiva conceitual dos diferentes níveis contextuais.

Os resultados encontrados foram categorizados em subtemas a partir dos diferentes níveis contextuais, em Terapia Comunitária na perspectiva de construção de redes sociais solidárias (como imediato); a Terapia Comunitária e a Estratégia de Saúde da Família, entendidas com a construtora de vínculos, resignificando relações (como específico); Processo de trabalho em saúde e sua organização tecnológica (como geral); Modelos Tecno-assistenciais e a reorganização do processo de trabalho em saúde (como metacontexto).

• Terapia Comunitária- a construção de redes sociais solidárias

Terapia Comunitária (TC) é um espaço de acolhimento para a partilha de sabedoria de vida, de sofrimentos vivenciados no cotidiano e de afinidade de maneira circular e horizontal. A TC surgiu no fim da década de 1980, na Favela de Pirambu - Fortaleza, sendo criada por Adalberto Barreto, psiquiatra, antropólogo, teólogo e professor da Universidade Federal do Ceará. Tendo aproximadamente 20 anos, é uma experiência que já vem ocorrendo em vários municípios de 27 estados brasileiros, necessitando ser divulgada e reconhecida como uma prática de cuidado à saúde que se fundamenta nos conceitos de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico. Ocorre, também, em alguns países como França e Suíça, com alguma experiência no México onde vem

sendo desenvolvida por enfermeiras, além de estar presente na maioria dos estados brasileiros.¹¹

A formação dos terapeutas comunitários, inicialmente, foi vinculada pela Pastoral da Criança, órgão da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, sendo utilizada como instrumento de abordagem aos familiares de crianças assistidos por aquela entidade. Atualmente, o MISMEC (Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária) está ampliando-se para vários estados brasileiros, com inúmeros grupos de formação, promovidos por prefeituras, universidades e ONGs.¹²

Constitui-se em uma prática de efeito terapêutico, podendo ser considerada uma tecnologia de cuidado ou um procedimento terapêutico grupal, cuja finalidade é a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, desenvolvida no âmbito da atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora de cidadania, da identidade cultural das comunidades e de redes sociais solidárias que possibilitam aos indivíduos, famílias e grupos, desenvolver autonomia e adquirir as bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social.¹³

Alguns autores consideram a TC uma prática terapêutica pós-moderna crítica, que reconhece as influências do macro-contexto sócioeconômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual, manifestando no microcontexto familiar e nas organizações comunitárias, um contexto de acolhimento pela alteridade, onde a se tem a visão da pessoa e da comunidade como competentes para a ação e para o agenciamento de escolhas.^{4,14}

A TC propõe uma mudança em modelos reducionistas, centrados no unilateralismo, convidando todos para um olhar voltado para o coletivo, ao cuidado da saúde comunitária, nos espaços públicos, tanto individuais como familiares, estimulando o resgate da cidadania e o incentivo do processo de empoderamento. Dessa maneira, constituindo um espaço com base na partilha das experiências, permite-nos (re)construir redes sociais de promoção da vida, valorização da cultura e das competências de cada indivíduo. Os encontros de terapia tecem redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças, já que as pessoas da comunidade participam de uma mesma cultura e partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade.^{4,11}

Encontra-se baseada na discussão e realização de um trabalho de saúde mental na perspectiva da promoção da saúde, envolvendo todos os elementos culturais e sociais da comunidade; na ênfase do trabalho

em grupo e na criação gradual da consciência social, suscitando ações terapêuticas transformadoras, apoiadas nas competências e na formação de uma teia de apoio.

O espaço da TC é um momento de transformação, transmutação do KAOS, do sofrimento, para o KYROS, espaço sagrado, onde os sujeitos resignificam seu sofrimento possibilitando uma releitura dos elementos que causam a dor. Conduzida por uma equipe composta de Terapeuta e Co-Terapeuta, os encontros de TC se desenvolvem com os participantes em círculo, seguindo um roteiro sistematizado que compreende cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento.¹¹

A identidade da TC, no desenvolvimento de suas fases, está fundamentada, em cinco pilares teóricos conceituais: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, pedagogia de Paulo Freire, antropologia cultural e resiliência.¹¹ O símbolo da TC é a teia de aranha, visto que este trabalho terapêutico, tece assim como a aranha, teias fortíssimas, possibilitando abrir um espaço de expressão para os que sofrem e permitindo a muitos nutrirem-se do que ali se constrói, resgatando vínculos interpessoais e sociais, a partir da inclusão dos valores culturais no grupo, fortalecendo o sujeito ao sentimento de inclusão à humanidade.

• Terapia Comunitária e a Estratégia de Saúde da Família- construindo vínculos, resignificando relações

É amplo o leque das necessidades de saúde da população e no campo da saúde mental, também persiste o caráter de descuido, pois a maioria dos serviços de saúde não oferece cuidados básicos de orientação à população quanto às formas de lidar com as crises, com o sofrimento emocional, bem como com a importância das relações emocionais e sociais na vida de cada pessoa e da comunidade.¹⁵

Nesse sentido, em 1994, foi concebida, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta de se reorganizarem as práticas assistenciais, em substituição ao modelo clássico de atenção à saúde, entendendo-se a pessoa usuária no seu contexto biopsicossocial, considerando fortemente os aspectos da promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde passam a ser voltadas para o cuidado da pessoa como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Tais ações também se estendem para o campo de atenção à saúde mental.¹⁶

No entanto, experiências bem sucedidas vêm ocorrendo em vários municípios brasileiros, indicando que o desenvolvimento de ações básicas de saúde mental por parte das equipes de saúde da família, é uma estratégia fundamental na consolidação do modelo de atenção a saúde, onde a promoção da saúde e a prevenção das doenças são consideradas ações estratégicas para a manutenção da qualidade de vida. Essas estratégias conferem mudanças de práticas, contribuindo para o cuidado da saúde em defesa da vida individual e coletiva.¹¹

Inserida na atenção básica, a Terapia Comunitária objetiva tecer redes de atenção, cuidado, prevenção e promoção de saúde além de ser um multiplicador no atendimento e construção de linhas de cuidado em saúde mental, dando suporte aos usuários com transtornos psíquicos, estimulando o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica em saúde mental.⁴ Dessa forma, funciona como fomentadora do caráter cidadão, de redes solidárias, fortalecendo a identidade sócio-cultural da comunidade, sendo ela tecnologia de cuidado ao sofrimento dos usuários.¹⁷

É, portanto, uma estratégia terapêutica, centrada na potencialidade do indivíduo, proporcionando o equilíbrio mental, físico e espiritual, através de uma abordagem sistêmica, aliada a suas crenças e valores culturais. Enfim, uma proposta de cuidado não mais centrada no modelo medicalizado, mas na busca de uma aproximação real dos saberes popular e científico. Como ferramenta de cuidado, a Terapia Comunitária associa-se aos princípios que norteiam à saúde integral e articula-se no acolhimento da prática cotidiana na Unidade de Saúde da Família, favorecendo a resignificação das relações e o fortalecimento dos vínculos entre usuários e profissionais de saúde, favorecendo uma horizontalidade nessas relações a partir da construção do emponderamento do usuário, na perspectiva da autonomia.

• Processo de trabalho em saúde e sua organização tecnológica

O debate sobre o uso de tecnologias em saúde, foi realizado mais sistematicamente na década de 1990, sendo feita a partir da diferenciação entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas do conhecimento técnico, tendo denominadas as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não-materiais”, o que foi importante para reconhecer o conhecimento como tecnologia e colocar os sujeitos sociais

portadores de conhecimento no centro do debate da produção do cuidado.¹⁸

Merhy estabeleceu três categorias para as tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras”, as que já estão programadas para produção de certos materiais (ex. máquinas); de “leve-duras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura, que é a técnica e uma parte leve que é o modo próprio com que cada trabalhador a aplica; e “tecnologias leves ou relacionais” que dizem respeito as relações humanas.¹⁹

O espaço das tecnologias leves é o locus onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, o acolhimento e a responsabilização. Assim, uma prática clínica resolutiva, além da disponibilidade de equipamentos e de exames de apoio diagnóstico-terapêutico, requer dos profissionais, competência nos aspectos relacionais, uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais. Dessa forma o arranjo entre essas tecnologias vai resultar numa prática mais centrada em procedimentos ou mais centradas no cuidado ao usuário.²⁰

Contudo, os mecanismos de produção de saúde mais tradicionais organizam campos de ação estruturando a construção centrada no instrumental e nas normas, como forma de garantir maior produção de procedimentos, a qual foi construído historicamente através da prevalência dos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos da determinação dos modelos tecno-assistenciais, os quais operam criando uma consciência e subjetividade entre os diversos profissionais, dando formação ao imaginário de que a qualidade da assistência está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras.²¹

Ressalta-se que o processo de trabalho em saúde não consegue ser controlado plenamente por lógicas gerenciais, pois é um “trabalho vivo realizado em ato”, com autonomia dos trabalhadores e um grau de liberdade significativo no modo de produzir os atos de saúde, que é decorrente da relação privada que estabelecem com o usuário, os profissionais têm um espaço próprio de gestão de seu trabalho- micropolítica.⁵

Dessa forma a TC, no espaço das tecnologias leves, possibilita também um repensar sobre a forma de produzir cuidado, considerando que no momento produtor do cuidado, no espaço intercessor, os sujeitos que se relacionam possuem uma subjetividade e devem produzir um cuidado na perspectiva da autonomia, do fortalecimento dos vínculos

no modelo co-participativo e não co-dependente, e consequentemente garantindo a sustentabilidade das relações humanas não narcísicas mais aquelas mais humanizadas.

• Modelos Tecno-assistenciais e a reorganização do processo de trabalho em saúde

Em demasia tem-se discutido sobre um novo conceito de Saúde, que abranja diversos aspectos da vida dos indivíduos para a existência de uma real e ampla condição de bem-estar. Contudo, o Brasil é um país com grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excludente. O Sistema Único de Saúde (SUS), saído das mobilizações populares, surgiu para que se diminuíssem as iniquidades sociais contempla e garante, em seus princípios fundamentais, os direitos reservados a todos os integrantes de uma sociedade, de forma igualitária, integral e acessível. Representa, portanto, um processo social em construção, em um ambiente democrático composto por diversos atores sociais. O SUS trouxe uma reformulação política e organizacional para o ordenamento dos serviços e ações de saúde.⁴

A grande questão impeditiva do alcance destes objetivos reside no fato de vivermos em uma sociedade pouco desenvolvida em seu aspecto social, oferecendo escassos recursos em todos os seus eixos - lazer, esporte, educação, cultura, habitação, geração de emprego e renda e, em nosso maior interesse, saúde. Conquistar a saúde em seu sentido amplo é o que se entende por promoção de saúde, lugar a ser descoberto e habitado por todas as disciplinas e competências integradas, agindo em acordo com uma ética interdisciplinar em que se unam condições e capacidades pelo objetivo comum. Os esforços político, administrativo e social dão-se no sentido de empreender investimentos - ainda de forma segmentada - para que o todo possa então adquirir uma configuração (20). O modelo tecno-assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos considerados legítimos .

Nesse modelo, há tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho.³

Nessa perspectiva neoliberal, a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação

das linhas de intervenção com os sistemas de informação e a burocratização são problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. O trabalho das equipes de saúde da família sofrem influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho.³

O trabalho na ESF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma estratégia estruturante de um novo modelo assistencial em saúde no Brasil. Contudo, alguns anos após a implementação da estratégia, estudos mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto problemas em relação a construção de relações com o usuário na perspectiva de um prática de caráter emancipatório, favorecendo a formação de sujeitos críticos e reflexivos.

A superação dos desafios, reflexo das discussões no campo da saúde coletiva, aponta para a necessidade de se implantar estratégias operacionais e tecnologias do cuidado, nos diferentes níveis de gestão, capaz de ampliar a participação de setores sociais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Destaca-se que para que se desconstrua o modelo tecno-assistencial vigente no imaginário de muitos trabalhadores- o flexneriano- e que verdadeiramente se produza cuidado, ao invés de procedimentos, dispositivos balizados pelas tecnologias leves, precisam ser utilizados no intuito de reflexões de posturas e mudanças de práticas, a exemplo da terapia comunitária. Este recurso vem sendo fortalecido enquanto ferramenta capaz de favorecer o cuidado (na perspectiva de promoção da saúde), a qualquer forma de sofrimento psíquico e mental, contribuindo para a consolidação do vínculo entre usuários e equipes de saúde da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos permitiu refletir sobre Terapia Comunitária e suas repercussões na Estratégia de Saúde Família em seus diferentes níveis contextuais, nos possibilitando a ampliação do olhar e a reflexão sobre necessidade do rompimento com o modelo tecno-assistencial hegemônico, que supervaloriza as tecnologias duras e leve-duras em detrimento das leve, produzindo descuidado.

É necessário que os profissionais de saúde repensem sua postura e atuem criticamente

no sentido de produzir cuidado na perspectiva de formação de sujeitos autônomos. Assim a TC, vem enquanto tecnologia leve, fortalecer esses vínculos entre profissional e usuário, resignificando os processos de trabalho, considerando toda a subjetividade dos atores envolvidos na produção do cuidado, incluindo a micropolítica. Possibilita acima de tudo, construir redes sociais solidárias na comunidade, se colocando de forma contra-hegemônico sob a ótica neoliberal, que impera na sociedade atual, resgatando valores como cidadania e solidariedade.

Dessa forma, a TC necessita maior divulgação e implantação/implementação como terapêutica de cuidado na atenção básica, requerendo dos gestores um maior atenção, para que se torne política pública, uma vez que já foi recomendada pelo Ministério da Saúde, enquanto potente ferramenta de cuidado ao sofrimento psíquico e mental extrapolando para o espaço da “saúde mental da comunidade”.

REFERÊNCIAS

1. Cavalheri SC. Acolhimento e orientação à família [Internet]. 2008 [cited 2008 Apr 10]. Available from: <http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>.
2. Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. Rev Eletr Enf [Internet]. 2006 [cited 2008 Apr 11];8(3):404-14. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2001.
4. Holanda VR. As contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes [dissertação]. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2006.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde de Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudanças do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Filha MOF, Dias MD. A terapia comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB; 2007.
7. Kim HS. Terminology ins structuring and developing nursing knowledge. In: King IM,

Fawcett J. The language of nursing theory and metatheory. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1997.

8. Hinds P, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. Qualitative health research. Feb 1992;2(1).

9. Halliday MAK. An introduction to functional grammar. London: Edward Arnold; 1994.

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

11. Barreto AP. Terapia Comunitária: passo a passo. 3rd ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

12. Abratecom. Associação Brasileira de Terapia Comunitária [Internet]. 2008 [cited 2008 June 20]. Available from: www.abratecom.org.br.

13. Fukui L. Terapia comunitária e o conceito de comunidade: uma contribuição da sociologia. [cited 2008 Apr 2]. Available from: <http://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf>.

14. Grandesso MA. Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica - considerações teórico-epistemológicas. In: Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, 3, 2005, Fortaleza. Anais do Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária. Fortaleza: Abratecom; 2005.

15. Filha MOF, Dias MD. A terapia comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB; 2007.

16. Chiesa AM, Fracolli EA, Sousa MF. Enfermagem, academia e saúde da família. Rev Bras de Saúde da Família. 2002;2(4).

17. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. The communitarian therapy experience as prenatal care strategy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 1];5(5):1129-136. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1521/pdf_542

18. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 2003.

19. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

20. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Interface- Comunicação, Saúde, Educação. Fevereiro 2000;6:109-25.

21. Lemos PM. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em Saúde Mental. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(1):233-42.

Submissão: 02/01/2013

Aceito: 23/03/2013

Publicado: 15/05/2013

Correspondência

Glauber Weder dos Santos Silva
Rua Félix Pereira, 76 / Centro
CEP: 59370-000 – Acari (RN), Brasil