



INTEGRATED PRACTICES IN HEALTH: A COMMUNITY THERAPY EXPERIENCE IN BASIC CARE

PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

PRÁCTICAS INTEGRADORAS EN SALUD: UNA EXPERIENCIA DE LA TERAPIA COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN BÁSICA

Maria Valquíria Nogueira Nascimento¹, Catia Cristina Agra Leite², Bruno de Souza Rodrigues³, Izak Alves dos Santos⁴, José Olivandro Duarte de Oliveira⁵, Laís de Souza Leão Bitú⁶

ABSTRACT

Objective: to discuss the proposal of the community therapy as an integrative practice in primary health care. **Method:** it is an experience report, from a university extension project, whose actions were developed with users of a Basic Health Unit of the family, through the following steps: raising awareness of the work team; participatory community diagnosis; Community Therapy workshop with students, teachers and health professionals; community mobilization for the participation in Community Therapy; and implementation of support groups in Basic Health Unit of the family. **Results:** in the course of the meetings of the community Therapy, participants shared impressions about some psychosocial conflicts experienced, expressed from thematic related to the adversities of everyday that led to expressions of psychosocial distress and various forms of illness. Concurrently, there were reports of health problems that varied from specific complaints, proven to be diagnosed as organic, to unspecific problems, characterized as diffuse suffering. **Conclusion:** according to what was exposed above, community therapy is inserted in this context as an intervention that enabled the dialogue of the professionals with the singularity that the illness process acquires for users that demand health attention. In this way, participation and co-responsibility amongst participants were encouraged, searching for new alternatives of cure and prevention, aiming at receptiveness, the formation of linkages and empowerment. **Descriptors:** group practice; complementary therapies; community medicine.

RESUMO

Objetivo: discutir a proposta da Terapia Comunitária como prática integrativa na atenção básica em saúde. **Método:** relato de experiência, a partir de um projeto de extensão universitária, cujas ações foram desenvolvidas com os usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família, mediante as seguintes etapas: sensibilização da equipe de trabalho; diagnóstico comunitário participativo; oficina de Terapia Comunitária, com discentes, docentes e profissionais de saúde; mobilização da comunidade para a participação na Terapia Comunitária; e implantação dos grupos de apoio na Unidade Básica de Saúde da Família. **Resultados:** no decorrer dos encontros de Terapia Comunitária, os participantes produziram sentidos sobre alguns conflitos psicossociais vivenciados, manifestados a partir de temáticas relacionadas às adversidades do cotidiano, situações estas que determinaram expressões de sofrimento psicossocial e diversas formas de adoecimento. Concomitantemente, foram narrados problemas de saúde que compreendiam desde as queixas específicas, comprovadamente diagnosticadas como problemas de ordem orgânica, até as queixas inespecíficas, caracterizadas como sofrimento difuso. **Conclusão:** a Terapia Comunitária inseriu-se como intervenção que possibilitou o diálogo dos profissionais com os saberes e a singularidade que o processo de adoecimento adquire para os usuários que demandam atenção em saúde. Desse modo, estimulou-se a participação e a corresponsabilidade dos participantes na busca por novas alternativas de cura e prevenção, com vistas ao acolhimento, a formação de vínculos e o empoderamento. **Descritores:** prática de grupo; terapias complementares; medicina comunitária.

RESUMEN

Objetivo: discutir la Terapia Comunitaria como una práctica integradora en la Atención Básica. **Método:** se trata de relatar una experiencia, que fue desarrollada en el marco de un proyecto de extensión universitaria con los pacientes de una Unidad Básica de Salud de la Familia. Las acciones fueron sistematizadas en cinco etapas: sensibilización del equipo de trabajo; diagnóstico comunitario participativo; oficina de Terapia Comunitaria, con alumnos, profesores y profesionales de la salud; movilización comunitaria para la participación en la Terapia Comunitaria; e implantación de los grupos de apoyo en la Unidad Básica de Salud de la Familia. **Resultados:** los participantes de la Terapia Comunitaria comenzaron a producir sentidos sobre los conflictos psicossociales vivenciados, a partir de discursos relacionados a las adversidades que enfrentan cotidianamente, situaciones que determinan el sufrimiento psicossocial y diversas formas de adolecer. Simultáneamente, fueron narrados problemas de salud que comprendían desde las quejas específicas, diagnosticadas como problemas de orden orgánico, hasta las quejas inespecíficas, caracterizadas como sufrimiento difuso. **Conclusión:** en virtud de lo puede considerarse la Terapia Comunitaria como una intervención que posibilitó el diálogo entre los profesionales, sobre la relación entre sus propios saberes y la singularidad que el proceso de adolecer adquiere para los pacientes que buscan atención para la salud. De ese modo fue estimulada la contribución y la co-responsabilización de los participantes en la búsqueda de nuevas alternativas de cura y prevención, en la perspectiva del acogimiento, la formación de los vínculos y el empoderamiento. **Descritores:** práctica de grupo; terapias complementarias; medicina comunitaria.

¹Psicóloga. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: valquiriarn@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Acupuntura e Pediatria pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Campina Grande (PB), Brasil. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. E-mail: cristina.agra@hotmail.com; ³Graduando do Curso de Medicina na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: bsrodrigues@gmail.com; ⁴Graduando do Curso de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: izaknewton1@hotmail.com; ⁵Graduando do Curso de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: olivandro_duarte@hotmail.com; ⁶Graduanda do Curso de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: laisabituka@gmail.com

INTRODUÇÃO

A atual política de educação para atuação no contexto da saúde aposta na construção de projetos pedagógicos que formem trabalhadores com habilidades e competências para empreenderem ações que estejam em consonância com os ideários do Sistema Único de Saúde. Assim, é possível dizer que há um consenso quanto aos avanços e reformulações nas formações no campo da saúde e, conseqüentemente, na postura dos profissionais em sua relação com os usuários.

Ressalta-se, entretanto, que o modo hegemônico de produção de cuidado, não raras vezes, negligencia o princípio da integralidade e da humanização em saúde. Por conseguinte, aponta a necessidade de reorganização de uma atenção fundada num modelo assistencial que dialogue com a singularidade, com as vivências subjetivas e os saberes culturais dos sujeitos que demandam atenção em saúde.

Ao longo de toda a história da humanidade, identificam-se formas de cuidado em saúde, presentes nas mais diversas épocas, de modo que é perceptível que as pessoas sempre buscaram formas diversas para curar as suas enfermidades e restabelecer a saúde. Gradativamente, como frutos dos avanços e transformações dos conhecimentos, os discursos sobre a saúde e a doença organizaram-se cientificamente e passaram a representar o saber legítimo, e portanto, oficial, e a desconsiderar os saberes oriundos da cultura popular. Desse modo, em nome da superioridade dos conhecimentos sistemáticos, produzidos e apreendidos na academia, ao profissional da saúde, e unicamente a este, caberia a competência e autoridade para decidir o que é normal e o que é patológico. Assim, mesmo sem transitar pelos espaços oficiais de saber, as pessoas continuaram a descobrir formas de prevenir e lidar com os processos de adoecimento, a partir de suas experiências e em contato com a natureza.

Dentre os motivos que explicam o status e a influência dos profissionais da saúde na sociedade, identifica-se o advento progressivo do saber produzido pela medicina acerca do corpo, suas enfermidades e modalidades de intervenção, cujo objetivo era prevenir, aliviar e proporcionar melhores condições de saúde.

● A prática médica identificada com a prática científica

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os

detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente”. Assim, esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocasionando a desqualificação de outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como o saber popular, ao identificá-lo como “não científico” e, por isso, ineficaz.¹

É importante salientar que o processo de estruturação da medicina científica contou com um significativo apoio econômico, cabendo-lhe a tarefa de recuperar e manter o corpo dos trabalhadores em funcionamento, mesmo que os condicionantes e determinantes de adoecimentos fossem as condições de vida e trabalho. Em consequência, propunha-se a diminuição das tensões sociais e ocasionava, ao mesmo tempo, a reprodução das relações capitalistas.

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.²

Observa-se que o saber científico da medicina, aliado aos interesses econômicos e à necessidade de acúmulo do capital, produziu uma forma de assistência à saúde que tomou como ponto de partida o modelo de consumo, desde a utilização excessiva das consultas médicas até a utilização indiscriminada de procedimentos, medicamentos e atenção hospitalar especializada. O poder médico, por sua vez, passou a regular a vida das pessoas e da sociedade e provocou a medicalização autoritária da cultura, dos corpos e da doença e, obviamente, a perda da autonomia.²

Esta autonomia não se refere apenas à forma como as pessoas serão tratadas, nem tão pouco às determinações e condicionantes do modo de vida. Autonomia é aqui entendida não no sentido kantiano de responsabilização moral, de uma elite sobre aqueles acusados de não seguirem a norma ou a razão, mas no sentido espinosano de uma assunção de si de corpo e alma, no respeito à realidade presente de cada um.³

A supremacia da medicina, como saber que exerce poder e influencia os modos de vida em sociedade, é muito claramente expressa no cotidiano dos serviços de saúde. Basta

assistir a busca recorrente de pessoas por atendimento que, muitas vezes, queixam-se de um mal estar generalizado, cuja sintomatologia não se enquadra em uma nosografia tradicional. Esse tipo de manifestação de adoecimento pode ser nomeado como “sofrimento difuso”, expressão utilizada para se referir a problemáticas e queixas inespecíficas relacionadas com questões psicossociais importantes, como ausência de redes de apoio social, problemas que dizem respeito às relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários dos serviços de saúde.⁴⁻⁵ De maneira geral, observa-se que os profissionais da saúde classificam as pessoas com sofrimento difuso como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos, pitiáticos.⁶

A denominação “problema difuso” teve origem na constatação de que esta modalidade de queixa é uma das maiores demandas de atenção em saúde, nas classes populares, e sem respostas do serviço, haja vista que um contingente significativo de profissionais não está sensivelmente preparado para acolher essa demanda, pois centram sua atenção na individualização do problema.

Como proposição para nova prática de cuidado em saúde, estimula-se a concepção de intervenção focalizada não mais no objeto-doença, mas no objeto existência-sofrimento, em sua conexão com os processos socioculturais e subjetivos das pessoas, posto que, durante o curso de desenvolvimento da doença, sinais de desconforto são transformados em sintomas de aflição, imbuídos de sentido.⁷⁻⁸

Presume-se que o discurso é construção, *a posteriori*, de situações sociais concretas vivenciadas pelos atores sociais, o que, naturalmente, evidencia a necessidade de se compreender as raízes existenciais e intersubjetivas subjacentes aos discursos da enfermidade. Nesse sentido, o corpo, como espaço de doença, torna-se um texto passível de diferentes leituras em busca de significados para o doente, no processo de desencadear sintomas. O corpo pode ser tomado, então, como suporte de signos, gerador de significação e sentido.⁹

Necessário, faz-se, portanto, compreender que, na relação trabalhador-usuário, a construção de significados e sentidos se dá pela articulação e confronto dos diversos saberes e pelo reconhecimento da história de vida do usuário, sua condição social, cultura, crenças, valores, sentimentos etc. Ao refletir

sobre os processos de trabalho em saúde, concebe-se o cuidado como um acontecimento permeado por valises tecnológicas múltiplas, que representam os saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais.¹⁰

● O cuidado em saúde, seus desafios e possibilidades de reconstrução das práticas

Ao pensar o cuidado em saúde, seus desafios e possibilidades de reconstrução das práticas, por meio da imagem de valises, para ilustrar as caixas de ferramentas tecnológicas na relação trabalhador-usuário, acredita-se que o trabalhador, em sua atuação, utiliza três tipos de valises: 1) valise de mão, na qual estão presentes instrumentos como o estetoscópio, caneta, papéis etc., denominadas tecnologias duras; 2) valise da cabeça, na qual contêm os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, pautados em tecnologias leves/duras; 3) valise das relações, como uma tecnologia leve, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, na qual se concretiza a construção de uma prática de cuidado preocupada com a formação de vínculos, acolhimento e responsabilização.¹¹

Destarte, uma prática clínica resolutive requer a disponibilidade do trabalhador em saúde para integrar as diversas ferramentas tecnológicas e, por conseguinte, os distintos modelos de atenção, o que resulta numa prática não mais centrada apenas em procedimentos, mas em cuidado com o usuário. Todavia, vale destacar que é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário que, em última instância, possibilita um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado.¹¹

Nesse contexto, as práticas integrativas e complementares afiguram-se como possibilidade de garantia da integralidade em saúde, em uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, que articula saberes, práticas, vivências e espaços de saúde. Portanto, “apresentam-se como uma intervenção coadjuvante, que atua, muitas vezes, com outras formas de acompanhamentos convencionais realizados pelas equipes de saúde, de acordo com as necessidades dos usuários”.^{12:0}

Com vistas a estimular a proposta de ação coletiva que dialogue com os saberes, a singularidade e as múltiplas forças sociais presentes no contexto de adoecimento, por meio de atividades de extensão universitária, propôs-se o desafio de implantar a

metodologia da Terapia Comunitária, na atenção básica em saúde, de modo a instituí-la como espaço de atenção integral e intervenção complementar de cuidado na Estratégia de Saúde da Família.

A Terapia Comunitária foi sistematizada pelo Psiquiatra cearense Adalberto Barreto, na década de 80, como uma estratégia de intervenção em grupos que se propõe a estimular a construção de redes solidárias de cuidado entre as pessoas e fortalecer as competências individuais e coletivas, por intermédio da socialização de experiências. Composta por uma grande roda de pessoas que pertencem a múltiplos universos culturais, a referida intervenção consiste em proporcionar à comunidade um espaço de escuta, de modo a promover a circularidade da palavra e suscitar a emergência das múltiplas vozes não expressas, nem ouvidas no cotidiano dos serviços de saúde.¹³⁻¹⁴ Nesse sentido, a Terapia Comunitária desponta como uma tecnologia de cuidado utilizada pelas Equipes de Saúde da Família, no cotidiano dos serviços e na comunidade, a fim de construir redes sociais solidárias e diminuir o sofrimento emocional da população advindo de problemas relacionados com a pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima.¹⁵⁻⁷

A Terapia Comunitária é organizada a partir de cinco eixos teóricos: a teoria sistêmica, teoria da comunicação, antropologia cultural, educação popular e resiliência.

Na Terapia Comunitária, a teoria sistêmica objetiva entender os comportamentos das pessoas em seu contexto multifacetado. Este eixo teórico possibilita a compreensão de que cada indivíduo é um todo e que cada parte influencia e interfere nas demais.¹⁸⁻⁹ Significa que, na busca por soluções para os problemas pessoais, familiares, comunitários e sociais, é preciso compreender a totalidade na qual as pessoas e grupos estão inseridos, sem perder de vista a relação entre as partes do conjunto a que pertencem. Nesta abordagem, o sujeito percebe-se em relação às suas interações familiares, sociais, e ainda, em relação aos seus valores e crenças, numa compreensão maior acerca de si mesmo, em favor de sua transformação.²⁰

No contexto da Terapia Comunitária, a teoria da comunicação humana contribui para a compreensão de que todo comportamento é comunicação, de modo que comunicamos não tão somente com as palavras, mas com todas as ações e práticas. Com base nos axiomas da comunicação, pressupõe-se que todo comportamento é comunicação, e que, cada

ato, verbal ou não-verbal, individual ou grupal, possui valor comunicacional, o que possibilita a emergência dos múltiplos significados e sentidos no grupo, em uma consciência de relação de comunicação com o outro.²¹

A antropologia cultural é fundamento teórico da Terapia Comunitária que chama a atenção para a cultura como um grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais. “A cultura se relaciona diretamente com a produção e a troca de significados entre os membros de uma sociedade ou de um grupo”.^{22:76} Da mesma forma, é a partir do referencial cultural de uma comunidade que cada membro retira sua habilidade para explicar, discernir valores e fazer suas escolhas no cotidiano. Deduz-se, deste modo, que a cultura é o arcabouço da identidade que contribui para que cada participante, a partir de seus referenciais culturais, produza sentidos acerca do mundo e da vida.

A educação popular, fundamentada na relação dialógica, é prática fundamental na Terapia Comunitária. Para pôr o diálogo em prática, o terapeuta comunitário, que se coaduna com a figura do educador popular, não deve se colocar na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber. Nesse sentido, um elemento fundamental é o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior das classes populares.²³ Parte-se do pressuposto de que no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas adquirem um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza.²³⁻⁴ Ademais, na Terapia Comunitária não há aqueles que ensinam e os que aprendem, mas uma articulação e confronto mútuo de saberes, de maneira permanente e dialética.

O último eixo teórico da Terapia Comunitária é a resiliência. Fundamenta-se a partir da premissa de que as pessoas dispõem de capacidade para gerar força e potência de agir, a partir do próprio sofrimento, e, em razão disso, desperta aprendizado e competência para mobilizar estratégias de enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde.

Em termos metodológicos, a Terapia Comunitária é operacionalizada a partir de etapas denominadas de acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou mote, encerramento ou conotação positiva e, por último, a avaliação.

A etapa do acolhimento diz respeito à

recepção e ambientação dos participantes, na perspectiva de que estes se sintam confortavelmente acomodados e incluídos no grupo. Preferencialmente, esta atividade deve ser realizada em círculo, de modo que todos possam estar visíveis, através de diversas ferramentas como músicas, dinâmicas, brincadeiras, danças ou quaisquer outros recursos que estejam em sintonia com a identidade local e cultural das pessoas da comunidade. Entre os aspectos a serem lembrados no momento do acolhimento, destacam-se: a regra de manter o silêncio no grupo; orientar os participantes a falarem de suas próprias problemáticas, e lembrar aos participantes que o espaço da Terapia Comunitária é para a troca de experiências e não para dar ou receber conselhos.

Quando as pessoas estão acolhidas e inscritas no grupo, segue-se para a fase de escolha do tema, cujo objetivo é negociar um tema gerador para o encontro. Neste momento, os participantes podem externar diferentes temáticas. Porém, é necessário um processo de escolha para apenas uma problemática. Recomenda-se que os participantes verbalizem suas experiências de forma resumida, pelo fato deste momento ser marcado pela escolha do tema e não pela sua exploração. Em geral, a escolha é realizada mediante a opinião das pessoas, que, espontaneamente, expressam a razão pela qual escolhem uma determinada temática a ser explorada.

A terceira etapa da Terapia Comunitária é a contextualização. Após o tema ser escolhido, o participante, que teve sua problemática contemplada, verbaliza a sua situação-problema, a fim de que o contexto seja compreendido. Todos os membros do grupo podem participar e elaborar questões que contribuam para uma compreensão global e contextualizada da temática a ser desenvolvida.

Após a definição do contexto, lança-se mão da etapa denominada de problematização ou mote. Neste sentido, o terapeuta comunitário, por meio de uma pergunta chave, vinculada ao problema explorado anteriormente na contextualização, busca promover o intercâmbio de experiências entre os participantes. Cabe ao facilitador não tão somente suscitar a troca de informações acerca das vivências, mas instigar formas de superação dos problemas vivenciados.

A penúltima fase da Terapia Comunitária é o encerramento ou conotação positiva, que deve possibilitar aos indivíduos repensarem as problemáticas de forma mais ampla e

ultrapassar os efeitos imediatos para dar um sentido mais profundo à crise individual ou grupal. Deve-se estimular uma maior consciência dos participantes acerca dos seus recursos pessoais e coletivos para resolução dos problemas.

Finalmente, a avaliação é realizada pelas pessoas responsáveis pela condução da Terapia Comunitária e compreende três momentos, a saber: preenchimento de uma ficha de atividades grupais, avaliação do impacto da Terapia Comunitária e da condução do processo grupal, com vistas a discutir as principais potencialidades e fragilidades de cada encontro.

Isto posto, o artigo ora apresentado objetiva dissertar sobre a experiência do projeto de extensão universitária “A Terapia Comunitária como Estratégia de Intervenção na Atenção Básica em Saúde”, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande, cujo objetivo consistiu na implantação da metodologia da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família, como uma prática integrativa de cuidado e ferramenta de ampliação da clínica e da integralidade em saúde.

As ações extensionistas, integradas a atividades de ensino e pesquisa, ocorreram no período de 2011, e foram desenvolvidas com usuários e usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família e demais pessoas da comunidade, num município do Estado da PB. O projeto contou com a participação de uma enfermeira, um médico e seis agentes comunitárias de saúde, e ainda, com docentes e discentes, dos cursos de Medicina e Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG.

MÉTODO

Relato de experiência, de natureza qualitativa e reflexiva. Em termos de concepção teórico-metodológica, os princípios que orientaram e fundamentaram este estudo estão pautados na ação enquanto possibilidade de suscitar processos educativos dialógicos, que favoreçam a capacidade criativa, crítica e reflexiva dos sujeitos. Concomitantemente, estimulou-se a corresponsabilidade e o empoderamento das pessoas na busca por alternativas para os problemas psicossociais e de saúde, na perspectiva de suscitar a potência de agir diante das circunstâncias da vida.

De um modo geral, os encontros de Terapia Comunitária eram compostos por uma média aproximada de 30 pessoas. Embora o grupo fosse diversificado em termos de gênero, os

Nascimento MVN, Leite CCA, Rodrigues BS et al.

participantes das atividades, em sua maioria, eram mulheres, usuárias do serviço de saúde acima referido, bem como as demais pessoas da comunidade, com queixas difusas de adoecimento, com idades que variaram entre 20 e 70 anos, e uma escolaridade caracterizada, predominantemente, pelo analfabetismo, seguido do ensino médio incompleto. No que diz respeito à ocupação produtiva, 70% das pessoas sobrevivem com a renda *per capita* média de um salário mínimo, originárias de aposentadorias, prestação de serviços a terceiros e programas sociais.

Em busca da concretização dos objetivos propostos, as ações do projeto aconteceram a partir de cinco etapas: diagnóstico comunitário, sensibilização da equipe de trabalho, oficina de formação em Terapia Comunitária, mobilização comunitária e implantação da Terapia Comunitária na Unidade Básica de Saúde da Família.

Na perspectiva de conhecer mais aprofundadamente a comunidade, bem como o grupo no qual o projeto estava inserido, desenvolveu-se um diagnóstico comunitário participativo. Para tanto, através de visitas familiares, aplicou-se um roteiro com a finalidade de coletar informações socioeconômicas e demográficas das famílias, e, em seguida, realizou-se um encontro cujo objetivo foi identificar o modo como as pessoas viviam, as principais potencialidades e fragilidades, queixas de saúde e estratégia de superação dos problemas enfrentados pela comunidade.

Paralela à aplicação do diagnóstico com a comunidade, realizou-se, ainda, uma atividade de sensibilização com a equipe de trabalho, que consistiu na realização de um encontro para elucidar a importância das ações coletivas e articuladas entre o serviço de saúde, a comunidade e a Universidade, bem como para planejar a execução do projeto com toda equipe da Unidade de Saúde da Família, lideranças comunitárias e demais atores envolvidos.

Num terceiro momento, organizou-se uma oficina de formação em práticas de cuidado em saúde, que objetivou desencadear, ao longo de todo o projeto e de maneira contínua, um processo de capacitação em Terapia Comunitária e outras metodologias participativas para os profissionais do serviço de saúde, discentes e lideranças comunitárias envolvidos no projeto.

Como não havia nenhum grupo estruturado na Unidade Básica de Saúde da Família, necessitou-se realizar uma mobilização comunitária com o fim de estimular as pessoas

Integrated practices in health: a community therapy...

da comunidade a participarem dos encontros de Terapia Comunitária. Para tanto, em conjunto com os agentes comunitários de saúde e lideranças, toda a equipe realizou uma ampla divulgação das atividades do projeto, através de visitas domiciliares, reuniões e articulação com outros equipamentos sociais acessíveis à comunidade.

Por fim, iniciou-se o processo de implantação da Terapia Comunitária, que culminou na estruturação de um grupo permanente na Unidade de Saúde, com vistas à construção de redes solidárias de cuidado e acolhimento em saúde. Os encontros foram realizados numa periodicidade quinzenal, com duração aproximada de 1h30m, conforme a metodologia da Terapia Comunitária, a saber: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou mote, encerramento ou conotação positiva e avaliação.

No que concerne ao monitoramento e à avaliação do projeto na comunidade, ao longo de sua execução, adotou-se a estratégia de avaliação denominada 360°, na qual todos os atores envolvidos se posicionaram com relação ao processo de trabalho, suas potencialidades, fragilidades e possibilidades de soluções para os problemas apresentados. As avaliações ocorreram continuamente, partir de reuniões semanais, com discentes e profissionais da equipe de saúde, e nos encontros de Terapia Comunitária, nos quais os participantes se posicionavam quanto ao andamento das ações. Ademais, os encontros foram avaliados, a cada reunião, mediante um diário de campo de atividades grupais, cujo objetivo foi descrever e analisar como ocorreu o processo grupal e os sentidos que os participantes produziram acerca das temáticas.

Para além da metodologia da Terapia Comunitária, outras ferramentas foram utilizadas com o objetivo de dinamizar as atividades grupais, sobretudo, nos momentos de acolhimento dos participantes, tais como: danças circulares, dinâmicas de grupo, tenda do conto, psicodrama, músicas cantadas e embaladas ao som de um violão, dentre outras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados nesta sessão consideram, inicialmente, o impacto das ações do projeto para a comunidade, para usuários e usuárias, e o serviço de saúde. Posteriormente, serão descritos alguns resultados, quanto aos significados da Terapia Comunitária para as pessoas que dela

participaram, os temas mais recorrentes e os sentidos produzidos a partir dos mesmos. Por fim, serão apresentadas algumas estratégias de enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde adotadas pelos participantes nos encontros.

Concretamente, em termos de impacto das ações, aponta-se como um dos principais resultados do projeto, na Unidade Básica de Saúde da família, a estruturação de um grupo de Terapia Comunitária, que funciona numa periodicidade quinzenal, como uma estratégia complementar de cuidado na atenção básica.

Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde passou a dispor de um espaço grupal permanente de apoio e ajuda mútua para a comunidade, no qual as pessoas puderam socializar experiências de adoecimento e formas de superação, bem como resgatar os vínculos sociais e afetivos e o sentimento de pertença. Com a instituição de um grupo de Terapia Comunitária como espaço legítimo de conversações, identificou-se uma redução na busca pelas consultas clínicas, e, concomitante, no consumo de medicamentos.

Ao participarem de um grupo, as pessoas passaram a construir uma rede de apoio social na comunidade, o que proporcionou uma sensibilização quanto aos problemas coletivos, outrora desconhecidos. Certamente, os participantes passaram a se sentir acolhidos em sua experiência de adoecimento, posto que os mesmos foram ouvidos em sua singularidade, ao contrário de muitas consultas médicas, que, em nome de uma celeridade, permitem que os exames é que falem pelas pessoas.

No decorrer das Terapias Comunitárias, diversos temas foram elencados pelos

participantes, ao longo de 12 encontros. Conforme mencionado anteriormente, com o objetivo de sistematizar alguns dados sobre o grupo, adotou-se uma ficha de acompanhamento de atividades, para cada encontro, na qual se registraram todas as informações acerca do tema debatido, os sentidos que as pessoas produziram a partir de cada temática, e, ainda, como se construiu a troca de experiências entre os participantes.

Com este propósito, observaram-se todas as temáticas geradas no processo grupal, estruturando-as em categorias e situando-as no contexto de fala dos participantes. Este recurso possibilitou uma melhor visualização de cada problemática, ao mesmo tempo que proporcionou o entendimento de como as pessoas descreveram e argumentaram sobre as principais temáticas que emergiram no grupo.

Embora o projeto tenha se desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família, as pessoas que participavam dos encontros, em sua maioria, eram usuários e usuárias deste serviço, as temáticas discutidas não se restringiram às queixas de saúde. Com efeito, entre os problemas mais recorrentes no processo grupal da Terapia Comunitária, pode-se classificá-los em duas macrocategorias: a dos problemas psicossociais e a dos problemas de saúde.

Na categoria problemas psicossociais, conforme tabela 1, estão localizados todos os temas relacionados a situações gerais de adversidades no cotidiano, bem como aqueles que expressam a situação de fragilidade social, econômica, identitária, cultural e a negação de bens e serviços a que estão submetidos os participantes do grupo.

Tabela 1. Temáticas recorrentes nos encontros de Terapia Comunitária. Campina Grande, 2011.

Categoria Problemas Psicossociais		
Temas	n	%
Conflitos familiares	11	37
Desemprego	07	23,3
Ausência de vínculos solidários	06	20
Sentimento de perda	02	6,7
Problemas de relacionamento no ambiente de trabalho	02	6,7
Abuso sexual na infância	01	3,3
Relações de gênero	01	3,3
Total	30	100

Os dados apresentados na tabela 1, que tratam dos problemas psicossociais mais recorrentes na Terapia Comunitária, ilustram que, entre os 30 participantes do grupo, 37% relataram temáticas vinculadas aos problemas familiares, seguido de 23,3% referentes ao desemprego, e 20% alegaram a ausência de vínculos solidários.

Em termos de análise dos sentidos que as pessoas produziram acerca dos problemas

familiares, caracterizaram-se como expressão de desentendimentos entre os membros da família, dificuldade de lidar com a educação de crianças e jovens e, ainda, situações de violência doméstica.

Quanto às temáticas relacionadas ao desemprego, os discursos evidenciaram situações de exclusão social e ausência de ocupações produtivas. Os relatos evidenciaram que a impossibilidade de

inserção e da plena participação na vida social e econômica produz efeitos negativos na autoimagem das pessoas e na forma como elas lidam com os problemas, determinando expressões de sofrimento psicossocial e adoecimento nos modos de subjetivação de indivíduos e grupos.

Ainda no eixo temático problemas psicossociais, a terceira problemática mais discutida no grupo foi a ausência de vínculos solidários. As narrativas revelaram a fragilidade dos laços sociais e afetivos,

Tabela 2. Temáticas recorrentes nos encontros de Terapia Comunitária. Campina Grande, 2011.

Categoria Problemas de Saúde		
Temas	n	%
Doenças cardíacas e hipertensão	10	33,3
Problemas difusos de saúde	08	27
Depressão	06	20
Saúde mental	02	6,7
Dificuldade de lidar com TDAH	02	6,7
Dificuldade de acesso ao SUS	02	6,7
Total	30	100

A tabela 2 reflete, portanto, todos os temas alusivos às diversas manifestações de adoecimento, desde as queixas específicas, comprovadamente diagnosticadas como problemas de ordem orgânica, até as queixas inespecíficas caracterizadas como sofrimento difuso.

Mais especificamente quanto aos problemas do eixo temático saúde, observou-se que as pessoas buscavam a Unidade Básica de Saúde da Família com a expressão de queixas localizadas no corpo, em uma compreensão de que toda doença tem uma base orgânica, biológica, em consonância com o ideário hegemônico do discurso médico. Provavelmente, essas explicações construídas nada mais são do que a tentativa de reconhecimento social do adoecimento, logo que, ao situar a dor no corpo, a doença passa a adquirir mais visibilidade.²⁵

Outrossim, no decorrer das Terapias Comunitárias, gradativamente, as pessoas relacionavam a dor no corpo com as adversidades do cotidiano. Em virtude da troca de experiência em grupo, possibilitou-se o acesso a uma linguagem pessoal e simbólica, que é exterior ao corpo, e, por consequência, visualizaram-se mecanismos de identificação e ajuda mútua entre seus integrantes, ante a ressignificação dos problemas psicossociais e de saúde.

Ao narrar histórias e compartilhar vivências, a partir da problematização, uma das principais etapas da Terapia Comunitária, que consiste em suscitar a troca de experiências, as pessoas elaboraram e relataram estratégias de enfrentamento para

vivenciada na sociedade contemporânea, que se estende às comunidades, e, por isso, inviabiliza a prevenção dos problemas de saúde, via solidariedade e apoio mútuo.

A categoria problemas de saúde, conforme tabela 2, logo a seguir, evidencia que 33,3% das pessoas que participaram das Terapias Comunitárias enfrentavam questões referentes a doenças cardíacas e hipertensão, 27% sofriam de problemas difusos de saúde, e 20% alegaram vivenciar situações de depressão.

os problemas psicossociais e de saúde. Observou-se que a história pessoal e familiar, bem como as crises e os sofrimentos produzem um senso de resiliência e um saber que possibilitam a cada participante acionar recursos de superação que até então eram desconhecidos. Assim, vemos a importância da multiplicidade de vozes ouvidas e possibilidades de ressignificação das experiências, em razão de que as pessoas passam pelos mesmos problemas, mas elaboram sentenças e disponibilizam recursos de superação diferentes umas das outras. Dentre as principais estratégias de enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde, identificaram-se: a participação em grupos de apoio social e de ajuda mútua, a espiritualidade e os vínculos comunitários.

Conforme relato das pessoas, ao participar de algum grupo de apoio social ou ajuda mútua, no qual passam pelos mesmos problemas, ou vivem situações que afetam o bem-estar e a saúde, estabelece-se um intercâmbio de experiências que é benéfico tanto para quem ajuda quanto para aquele que é beneficiado com a vivência dos outros participantes. Produz-se, assim, um sentimento de igualdade, de utilidade social e competência individual e grupal, de modo que, os apoios disponibilizados por determinados grupos ou organizações sociais podem contribuir no sentido de proporcionar fatores de proteção contra o surgimento de doenças.

Uma segunda estratégia de enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde, apontada na Terapia Comunitária, foi a espiritualidade. Nos encontros realizados na

Unidade Básica de Saúde, o estímulo ao exercício da espiritualidade, independente da religião, foi um dos recursos significativamente apontados pelos participantes, com vistas à superação dos problemas psicossociais e de saúde. Isto não significa que a religião “resolve” as situações de adversidades e os problemas de saúde, mas os discursos dos participantes apontaram que a fé possibilita uma sensação de amparo simbólico. Como facilitadores da Terapia Comunitária, coube a tarefa de contribuir para a resignificação dos problemas e, em alguns momentos, para a desmistificação da concepção de que as soluções são obras fatalistas ou divinas, mas que todas as pessoas são parte do problema e da solução.

Ainda dentre os recursos de superação mais elucidados no grupo, o vínculo comunitário, por meio da inserção em redes de apoio formais e informais, tais como Igrejas, associações comunitárias, espaços de trabalho, conversas com a vizinhança, dentre outros, colocam-se como possibilidade de apoio social e vínculo afetivo, visto que promovem uma atitude solidária de cuidados e apoio mútuo, de tal forma que pode contribuir para a diminuição da suscetibilidade ao adoecimento.

O momento da problematização, que objetiva a socialização de experiências no grupo, foi propício para descentralizar os problemas relatados de um foco unitário, individual, transferindo-o para a vivência coletiva, na qual as pessoas expressam formas diversas de superação. Pressupõe-se que, ao recontarem suas histórias, todas as pessoas têm a capacidade humana de produzir significados, construídos dialogicamente na relação com o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos tempos em que os profissionais da saúde são convocados a reorientar as suas ações e articular diferentes concepções sobre o processo saúde-doença, as práticas integrativas e complementares apresentam-se como ferramentas que propiciam a recomposição da integralidade em saúde, por meio da qual as pessoas e grupos sociais protagonizam um maior controle sobre suas vidas.

Do ponto de vista da necessidade de transformação da racionalidade do modelo biomédico, que deve ocorrer no cotidiano das práticas e no campo da formação acadêmica, as práticas integrativas partem de relações pedagógicas que estimulam vivências e aprendizagens que dizem acerca do mundo em

que as pessoas estão circunscritas, e, portanto, de suas subjetividades individuais e coletivas.

Diante disso, ao colocar as práticas integrativas como referências complementares para os profissionais de saúde, a proposta da Terapia Comunitária, na atenção básica em saúde, foi implantada na perspectiva de estimular uma relação dialógica de produção de cuidado que tomasse como partida a experiência do sujeito e não apenas a doença. Buscou-se, desse modo, promover um espaço para expressão do sofrimento psicossocial e de saúde, a partir de uma construção coletiva e mútua.

Composta por uma grande roda de pessoas que pertencem a múltiplos universos culturais, na Terapia Comunitária a palavra circula de maneira fluida e suscita as múltiplas vozes não expressas, nem ouvidas no cotidiano dos serviços de saúde. Nesse espaço, cada um conta o seu conto, a sua história e constrói novos sentidos para as experiências vivenciadas. No movimento de construir e reconstruir suas narrativas, todos são, a um só tempo, participantes e construtores da realidade, num processo de criação e recriação colaborativa. Intervenções grupais desta natureza assumem uma função psicossocial, pois as pessoas compartilham problemas, papéis sociais comuns e produzem laços identificatórios uns com os outros, o que, por sua vez, contribui para a prevenção e restabelecimento em saúde.

Por fim, pode-se inferir que, muitas das práticas tradicionais de saúde apresentam limites quanto à percepção das demandas e necessidades da atenção e resolutividade das intervenções, o que convoca os profissionais de saúde, de um modo geral, a refletirem sobre a racionalidade de suas práticas e questionar com o que de fato as mesmas compactuam. A adoção das práticas integrativas evidencia a necessidade de aquisição de outros saberes que estejam comprometidos com a resignificação das práticas hegemônicas de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Luz MT. Natural, racional, social. Rio de Janeiro: Campus; 1998.p. 53-62.
2. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: graal; 2004. p. 79-98.
3. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Rev Interface. [Internet]. 2004 Sept-Feb [cited 2012 June 3];8(14):21-32. Available from:

Nascimento MVN, Leite CCA, Rodrigues BS et al.

Integrated practices in health: a community therapy...

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003.

4. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM, organizador. *A Saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec; 2001.p. 39-62.

5. Vasconcelos EM. *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. , São Paulo: Hucitec; 2008. v. 2

6. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS* [Internet]. 2008 July-Sept [cited 2012 May 15];11(3):285-94. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/342>.

7. Pelbart PP. *Manicômio mental- a outra face da clausura*. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 1990.

8. Alves PC, Minayo MCS. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

9. Foucault M. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.

10. Merhy EE. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; 2002.

11. Merhy EE. O Cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: Conselho Federal de Psicologia. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. Brasília; 2006.

12. Nascimento LB, Souza VP, Filho JV, Araújo EC, Silva TCL. *Terapia Integrativa e Complementar em Enfermagem: o toque terapêutico na terapia intensiva*. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 June 03];6(1):9-16. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1959/pdf_745

13. Barreto A. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

14. Nascimento MVN. *A terapia comunitária como estratégia de intervenção em grupos*. [Dissertação] Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN; 2003.

15. Sobreira MVS. *Repercussões da terapia comunitária no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família* [Dissertação]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN; 2009.

16. Guimarães FJ, Ferreira FMO. *Repercussões da terapia comunitária no cotidiano dos seus participantes*. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2012 May 03];9(1):404-14. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm.

17. Holanda VR, Dias MD, Filha MO. *Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das Inquietações de Gestantes*. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2012 June 03]; 9(1):79-92. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>.

18. Bertalanffy L. *Theorie Generale des Systemes*. Paris: Dumond; 1975.

19. Vasconcelos MJE. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas-São Paulo: Papirus; 2002.

20. Camarotti H. *Terapia comunitária no Brasil*. In: *Anais dos trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária*. MISMEC-CE; 2003. p. 54-6

21. Watzlawick P, Helmick JB, Jackson D. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix; 1967.

22. Roso A, Strey MN, Guareschi P, Bueno SMN. *Cultura e ideologia: a mídia revelando estereótipos raciais de gênero*. *Psicologia e Sociedade* [Internet]. 2002 July-Dec [cited 2012 Jan 15]; 14 (2):74-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822002000200005&script=sci_abstract&tlng.

23. Vasconcelos EM. *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. Salvador: Hucitec; 2001. p. 11-9.

24. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

25. Gomes AA, Rozemberg B. *Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo-RJ*. *Rev Psicol Cienc e Prof* [Internet]. 2000 Dec [Cited 2012 June 10]; 20(4):16-29. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932000000400003&lng=pt&nrm=iso

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/06/07

Last received: 2012/07/19

Accepted: 2012/07/20

Publishing: 2012/10/01

Corresponding Address

Maria Valquíria Nogueira do Nascimento
Rua Aprígio Veloso, 882. Bodocongó-Bairro
Universitário
CEP: 58429-140 — Campina Grande (PB),
Brazil