



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DORALICE OLIVEIRA GOMES

A EXPANSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL E
SUA INSERÇÃO EM AÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

SOBRAL – CE

2013

DORALICE OLIVEIRA GOMES

A EXPANSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL E
SUA INSERÇÃO EM AÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

Dissertação apresentada para o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade

SOBRAL – CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

G613e Gomes, Doralice Oliveira.

A expansão da terapia comunitária integrativa no Brasil e sua inserção em ações de políticas públicas nacionais – 2013.

154 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013. Área de Concentração: Saúde da família.

Orientação: Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

1. Redes comunitárias. 2. Redes sociais. 3. Políticas Públicas I. Título.

CDD 362.12

DORALICE OLIVEIRA GOMES

A EXPANSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL E
SUA INSERÇÃO EM AÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

Aprovada em: _____/_____/2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (orientador)
(Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Faculdade de Medicina.
Universidade Federal do Ceará – UFC)

Prof. Dr. Geison Lira Vasconcelos
(Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Faculdade de Medicina.
Universidade Federal do Ceará – UFC)

Prof^a. Dr^a. Maria Ferreira Filha (membro externo)
(Mestrado Acadêmico em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde.
Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

Prof^a. Dr^a. Ivana Cristina de Holanda C. Barreto
(Mestrado Acadêmico em Saúde da Família – UFC. Faculdade de Medicina –
Universidade Federal do Ceará – UFC)

*Ao **Marcos**, meu filho amado.*

*O sonho de tornar-me Mestre
somente foi possível com seu apoio.*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por me dar força e coragem para realizar meus sonhos, bem como pela oportunidade de enriquecer-me intelectual e afetivamente no percurso. E especialmente, agradeço pelo ensejo de ter residido em Sobral com meu filho, enquanto cursava o Mestrado – uma das experiências mais importantes em minha vida.

Ao meu filho *Marcos*, que disse: “Se é importante que eu vá, eu vou com você”. E assim foi, em todos os momentos, vivenciando os desafios de uma vida nova, numa cidade desconhecida.

A meus pais, *Cassimiro e Dora*, e a meus irmãos, *Carlito e Nice*. A minha caminhada na vida está alicerçada no nosso amor.

Ao amigo *Adalberto Barreto*, que criou a Terapia Comunitária Integrativa e contribuiu na transformação de muitas vidas, inclusive a minha, quando escolhi essa abordagem para ser meu local de Encontro comigo e com os outros. Minha eterna gratidão e carinho por tudo o que vivemos e construímos juntos.

À amiga *Henriqueta Camarotti*, que implantou a TCI no Distrito Federal em 2001 e, desde lá, caminhamos e sonhamos juntas.

À amiga *Francinete Giffoni*, cujo olhar de Prof^a Dr^a incentivou-me a refletir sobre a Terapia Comunitária Integrativa a partir da minha experiência e baseada no método científico. Seu apoio foi primordial para eu vencer os obstáculos dos primeiros passos, que eram vencer a mim mesma.

Ao meu orientador Prof. Dr. *Odorico Andrade*, por aceitar o desafio de orientar-me, apoiando-me da melhor forma e, principalmente, mostrando-se sempre tão sensível à minha realidade.

À *Roberta*, mais do que colegas de estudo, nos tornamos irmãs. Esse sonho seria praticamente impossível sem seu apoio, e minhas palavras se veem limitadas para agradecer tudo o que fez por mim.

À *Cristina Flores*, que se colocou ao meu lado com sua força e sabedoria e mergulhou comigo de cabeça, nas minhas potencialidades e fragilidades, provocando-me para que eu fizesse sempre o meu melhor.

À Profª Drª *Denise Bomtempo*, Decana de Assuntos Comunitários da Universidade de Brasília, cujo apoio foi FUNDAMENTAL no atendimento das demandas da construção do conhecimento sob os auspícios da Academia.

À Associação Brasileira de Terapia Comunitária, parceira primordial na realização desta pesquisa, que me possibilitou acessar as informações necessárias à elaboração desse estudo. Em especial agradeço à *Selma Hinds, Malu Reis, Áurea Silva e Cláudia Villarino*, membros da Diretoria da ABRATECOM, cuja qualidade na gestão facilitou em muito a minha vida.

Aos polos de formação em TCI do Brasil, que revelaram um pouco de sua realidade nas respostas aos questionários e nos diálogos nas reuniões da ABRATECOM.

À Coordenação do Programa Vira Vida do SESI e aos gestores públicos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Ministério da Saúde, por compartilharem comigo suas experiências e visões sobre a TCI no Brasil.

Aos Professores Doutores, *Maria Filha e Rolando Lazarte*, da Universidade Federal da Paraíba, pelos diálogos e acolhimento, principalmente em momentos de dúvidas e turbulências.

À Profª Drª *Ivana Barreto*, apoio primeiro ao nos estabelecermos em Sobral, proporcionando-nos um lar enquanto organizávamos o nosso.

Ao Prof. Dr. *Geison Vasconcelos*, exemplo de educador e médico, que cuidou de mim e do meu filho, num momento tão sensível e importante para nós.

Ao Prof. Dr. *Luiz Tófoli*, por me incentivar a acreditar em mim, nas minhas qualidades e potencialidades e me mostrar que posso contribuir nos contextos onde estiver inserida.

À amiga *Elismar*, sábia presença na minha vida, por me ajudar a refletir sobre minhas escolhas, lidar com meus sentimentos e ter sido meu ninho em Fortaleza.

À amiga *Danizinha*, tão amorosa, presente, companheira. Em sua amizade encontrei tranquilidade e aconchego para viver no Ceará e seguir adiante.

Ao amigo *Leandro*, presente em todos os momentos. Minha confiança e carinho por você me enriquecem e me enchem de alegria.

Aos amigos *Raquel*, e *Carlos César*, por me apoiarem e estarem comigo de uma forma especial, em todas as minhas empreitadas.

Aos amigos, *Alice, Aldo e Helena Albertani*, presenças constantes na minha vida. Dialogar com vocês faz parte do que sou.

À minha amiga de adoção, *Luzianne*, cuja presença doce e alegre me trouxe aprendizados importantes e uma companhia especial em Sobral e Fortaleza.

À amiga *Carla Roberta*, por ter sido uma ótima companheira de estudos e, principalmente, uma cuidadora especial para mim e para o Marcos. Sua sensibilidade e afeto estarão sempre conosco.

À amiga *Patrícia*, companheira diária. Agradeço pelo apoio emocional, pelas discussões técnicas e por suportar a chatice de revisar bibliografia, quadros, abreviaturas...

À *Paulina*, por me incentivar a cursar o Mestrado e nele estudar meu percurso na TCI. Seu entusiasmo, quando eu passei no processo seletivo, me emocionou.

À *Luísa, Verusca e Paulo Henrique*, pelo carinho que tiveram comigo e com o Marcos na nossa estada em Sobral.

Ao *Pedro Gontijo* e à *Paula*, pela discussão que me fez trilhar por caminhos nunca d'antes navegados.

À *Leda Del Caro*, Prof^a Dr^a do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, por compartilharmos bonitos encontros reflexivos.

À Prof^a Dr^a *Marilene Grandesso* da PUC-SP, integrante da ABRATECOM, pelo envio de seus artigos sobre a TCI que contribuíram com minhas reflexões e produção.

À *Cecília Alcoforado*, doce amiga, que aceitou a proposta de revisar meu texto com um tempo curto.

À amiga *Aline Xavier*, companheira do CREAS de Samambaia, que ao traduzir o resumo para o inglês me trouxe uma paz com isso.

Ao *Rafael*, por contribuir na formatação do texto, sempre gentil, presente e acessível aos meus pedidos.

À *Simone* e à *Vevé*, colaboradoras da SGEP/ Ministério da Saúde, por me apoiarem com leveza e alegria nos meus pedidos de ajuda administrativa.

À *Rochanne* e ao *Ângelo*, pelo apoio que deram a mim e à Roberta para resolvermos demandas do Mestrado quando não estávamos em Sobral.

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará em 1987, no Pirambu, bairro de periferia do município de Fortaleza-CE. Surgiu em um contexto pontual, e ganhou capilaridade por meio da constituição de uma rede integrada de 42 polos de formação em TCI em todas as regiões do país, com aproximadamente 33 mil terapeutas comunitários capacitados no Brasil. A abordagem tem visibilidade nacional e internacional, reconhecimento em políticas públicas municipais, estaduais e federais. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o processo de expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil e sua inserção em políticas públicas nacionais. A pesquisa foi de caráter exploratório-descritivo-analítico e utilizou a metodologia qualitativa por meio de revisão bibliográfica, análise documental, entrevista semiestruturada, questionários e registro em caderno de campo. Representantes de 23 polos de formação em TCI, da diretoria da Associação Brasileira de Terapia Comunitária, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Saúde e do Programa Vira Vida, do Serviço Social da Indústria, totalizaram os 28 sujeitos da pesquisa. Para a análise dos dados, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo. Os princípios éticos foram respeitados em consonância com a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo identificou, em torno da TCI, um movimento institucional, que favoreceu sua inserção em políticas públicas (saúde, educação, assistência social, entre outros), em instituições privadas e no terceiro setor, os quais a identificaram como uma boa prática de saúde comunitária, o que resultou no investimento em capacitações e na criação de espaços para a realização das rodas. A pesquisa reconheceu, igualmente, a existência de um campo favorável à expansão da TCI, na presença de atores-chaves no processo, tais como, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária e os polos de formação em TCI, pela sua capilaridade e integração em rede no Brasil. Os dados levantados no estudo, todavia, suscitaram um debate sobre a efetividade da implantação da TCI, na medida em que identificaram uma fragilidade no monitoramento do referido processo de implantação, dada a inexistência de mecanismo de acompanhamento e avaliação dessa inserção, pelas políticas que a efetivaram.

Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa. Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Redes comunitárias. Redes sociais. Saúde Comunitária.

ABSTRACT

The Integrative Community Therapy (ICT) is an approach of health attention, created in 1987 by Professor Doc. Adalberto Barreto in the Federal University of Ceará in Pirambu, suburb of Fortaleza – CE. It was raised in a punctual context, getting well known by the constitution of a integrative net of 47 centers of formation in ICT all abroad the country with proximally 33 thousand communitarian therapists trained in Brazil. This approach has national and international visibility, being recognized in all counties, states and country's public policies. The goal of this research is to describe and analyze the expansion process of the Integrative Community Therapy in Brazil and their inclusion in national policies. The research was exploratory-descriptive-analytic used qualitative methodology by the bibliographic revision, documentary analyzes, semi-structured interview, questionnaires, and registers of field observation. Members of 23 formation centers in ICT, including the 1 of the direction of Brazilian Association of Community Therapy, 1 of the National Bureau of Drug's Policies, the Health Ministry, the program Vira Vida, and the Social Service of Industries, totalized 28 subjects of this research. To the data analysis, the chosen technique was content analysis. The ethic principles were respected, as it is defended by the National Council of Health, in the resolution nº196, of 1996. This research identified, about ICT, one institutional movement that made easier the insertion of it in public policies (health, education, social assistance, and others), in private institutions, and in the third sector, which identified it as a good practice of communitarian health, resulting in the investment in training and in the creation of places to perform the meetings. The research recognized, equally, the existence of a favorable field to the expansion of ICT, with the presence of important actors in this process, as the Brazilian Association of Community Therapy and the formation centers in ICT, by being spread out and integrated as a net in Brazil. However, the data achieved in this research created a debate about the efficiency of ICT's implantation, as it has identified the fragility in the monitoring of this process of implementation seen that there isn't mechanisms to evaluate and escort this insertion by policies that they conducted.

Key words: Integrative Community Therapy; Brazilian Association of Community Therapy; Communitarian net; Social net; Communitarian Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estados brasileiros que possuem polos de formação	73
Figura 2 - Capa da publicação pedagógica produzida no convênio nº 16, de 2004, para formação em TCI, com ênfase na temática de álcool e outras drogas. Convênio firmado entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a Universidade Federal do Ceará e a ONG Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária.....	87
Figura 3 - Entrada da Oca de Saúde Indígena para sessões de massoterapia na Aldeia Pataxó – Coroa Vermelha, BA	89
Figura 4 - Interior da Oca de Saúde Indígena para sessões de massoterapia na Aldeia Pataxó – Coroa Vermelha, BA	89
Figura 5 - Alunos do Curso de Formação de Terapia Comunitária Integrativas para Lideranças Indígenas com Ênfase na Temática de Álcool e Drogas, ministrado em Morro Branco, Beberibe - Ceará, 2010	90
Figura 6 - Roda de Terapia Comunitária Integrativa coordenada pelos Prof. Dr. Adalberto Barreto e Dra. Henriqueta Camarotti, na Esplanada dos Ministérios, em junho de 2004. Atividade da VI Semana Nacional Antidrogas	92
Figura 7 - Capa da cartilha pedagógica produzida no Convênio nº 3363, de 2007, firmado entre o Ministério da Saúde, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e a Universidade Federal do Ceará	105
Figura 8 - Capa da cartilha pedagógica produzida no Convênio nº 2397, de 2008, firmado entre o Ministério da Saúde, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e a Universidade Federal do Ceará	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sujeitos participantes da pesquisa.....	48
Quadro 2 - Reuniões da ABRATECOM observadas pela pesquisadora e registradas em caderno de campo.....	50
Quadro 3 - Distribuição de produções acadêmicas e publicações sobre a TCI	52
Quadro 4 - Quantitativo de polos de formação existentes por Estado	74
Quadro 5 - Síntese das temáticas principais e secundárias definidas a partir dos questionários respondidos pelos polos de formação	78
Quadro 6 - Síntese de dados das formações em TCI para profissionais da Estratégia Saúde da Família e Rede SUS – Convênios nº 3363, de 2007 e nº 2397, de 2008 (MS/UFC/FCPC)	104
Quadro 7 - Síntese dos dados dos congressos de TCI	116

LISTA DE SIGLAS

ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária

AETC – Associação Europeia de Terapia Comunitária Integrativa

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária à Saúde

ASF – Associação Saúde da Família

BA – Bahia

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAIFCOM-MG – Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade, de Minas Gerais

CAIFCOM-RS – Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade, do Rio Grande do Sul

CAIFCOM-SC – Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade, de Santa Catarina

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC – Conselho Deliberativo Consultivo

CE – Ceará

CEAF – Centro de Estudo e Assistência à Família

CEFC-CE – Centro de Estudos da Família e da Comunidade, do Ceará

CEFOP – Centro de Formação

CENPE – Centro de Pesquisa da Infância e da Adolescência

CENTRAR – Terapias Integrativas para Promoção do Potencial Humano

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNI – Conselho Nacional da Indústria

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial

COFAM – Centro de Orientação Familiar

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DF – Distrito Federal

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESOFS – Escola de Psicodrama Sistêmico

FCPC – Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

GEEBEM – Grupo de Estudo Espírita Bezerra de Menezes

GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresa

GO – Goiás

HC – Hospital de Clínicas

HSP – Hospital São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILG – Instituto Lina Galvani

INTERFACI – Instituto de Terapia Família, Casal, Comunidade e Indivíduo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MA – Maranhão

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

MISC – Movimento Integrado de Saúde Comunitária

MISMEC – Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará

MISMEC-AM – Movimento Integrado de Terapia Comunitária do Amazonas

MISC-BA – Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Bahia

MISMEC-DF – Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal

MISC-GO – Movimento Integrado de Saúde Comunitária de Goiás

MISC dos Vales - MG – Movimento Integrado de Saúde Comunitária dos Vales de Minas Gerais

MISC-MA – Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Maranhão

MISC-MG – Movimento Integrado de Saúde Comunitária de Minas Gerais

MISC-PB – Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba

MISC-TO – Movimento Integrado de Terapia Saúde Comunitária do Tocantins

MSMC-BJ – Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim

MISC-RS – Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Rio Grande do Sul

MITECOM – Movimento Integrado de Terapia Comunitária

NAC – Núcleo de Autocuidado

ONGs – Organizações Não Governamentais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PA – Pará

PB – Paraíba

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PE – Pernambuco

PI – Piauí

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PR – Paraná

PRODESU – Projeto de Desenvolvimento Sustentável

PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PROTEF – Programa de Terapia Familiar

PSF – Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

RN – Rio Grande do Norte

RO – Rondônia

RS – Rio Grande do Sul

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SE – Sergipe

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizado Comercial

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAT – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

SESC – Serviço Social do Comércio

SESCOOP – Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

SESI – Serviço Social da Indústria

SEST – Serviço Social do Transporte

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCI – Terapia Comunitária Integrativa

TO – Tocantins

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCSAL – Universidade Católica de Salvador

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

UNIFESP – Universidade do Estado de São Paulo

UFPR – Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1	Aproximação ao objeto de estudo.....	22
1.2	Objeto de estudo e contextualização.....	23
1.3	Objetivos	27
1.3.1	<i>Objetivo geral</i>	27
1.3.2	<i>Objetivos específicos</i>	27

CAPÍTULO II - CONTEXTO HISTÓRICO – POLÍTICO DE CRIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

2.1	A TCI e o processo migratório.....	28
2.1.1	Adalberto Barreto: criador da TCI	31
2.1.2	Airton Barreto: um advogado na periferia	32
2.2	A TCI e seus pressupostos teóricos.....	35
2.2.1	<i>Bases teóricas</i>	37
2.2.2	<i>Roda de TCI</i>	42
2.2.3	<i>Formação em TCI</i>	43
2.2.4	<i>Terapeuta comunitário</i>	45

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1	Tipologia do estudo	47
3.2	Local do estudo	48
3.3	Sujeitos.....	48
3.4	Instrumentos e técnicas de produção do material empírico.....	49
3.4.1	Etapas do processo de coleta de dados.....	49
3.4.1.1	<i>Etapa 1- Caderno de campo</i>	49
3.4.1.2	<i>Etapa 2 - Levantamento da literatura</i>	50
3.4.1.3	<i>Etapa 3 - Documentos</i>	53
3.4.1.4	<i>Etapa 4 - Entrevistas semiestruturadas</i>	54
3.4.1.5	<i>Etapa 5 - Questionários</i>	55
3.5	Organização e análise dos dados.....	55
3.6	Aspectos éticos	57

CAPÍTULO IV - ATORES NO PROCESSO DE EXPANSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL

4.1 A criação da ABRATECOM e o início do processo de institucionalização da TCI no Brasil.....	59
4.2 Regulamentação dos cursos de TCI: desafio entre preservação e dinamismo.....	64
4.3 Criação dos polos de formação em TCI – avanço no processo de institucionalização.....	68
4.4 Fonte dos recursos.....	78
4.4.1 Administração dos recursos.....	80
4.4.2 Planejamento da entidade.....	81
4.4.3 Motivação para continuar atuando.....	82

CAPÍTULO V - A INSERÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 Políticas públicas: diversidade de leituras	84
5.2 TCI e a Política Nacional sobre Drogas	85
5.3 TCI e as Políticas Públicas de Saúde – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional de Atenção Básica.....	92
5.3.1 Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família	95
5.3.1.1 TCI na Estratégia Saúde da Família	96
5.3.2 TCI: Espaço versátil na atenção à saúde	98
5.3.3 TCI e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ..	101
5.3.4 TCI nas Conferências Nacionais de Saúde	106
5.3.4.1 IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial	106
5.3.4.2 XIV Conferência Nacional de Saúde	107
5.3.5 Implantação da TCI no SUS: controvérsias	108

CAPÍTULO VI -TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PERSPECTIVA DE REDES COMUNITÁRIAS FORMAIS - DESAFIOS

6.1 Rede da TCI	115
-----------------------	-----

6.2	TCI na iniciativa privada: Programa Vira Vida do CNI/SESI	118
	CAPÍTULO VII-CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICES	143

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação ao objeto de estudo

A escolha da temática está relacionada à minha história de vida, pois estou engajada na implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil há mais de 10 anos. A *chegada até aqui*, ou seja, ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, faz parte de uma caminhada iniciada já no meu primeiro encontro com a Terapia Comunitária Integrativa, ocorrido em 2001. Na ocasião, eu buscava recursos para trabalhar com comunidades e essa abordagem impactou-me ao mostrar passos objetivos para a consecução desse trabalho, além de oferecer espaço para profundidade e liberdade.

Psicóloga recém formada pela Universidade de Brasília, eu sonhava com uma atuação comunitária, desejosa de aprofundar meus conhecimentos e enriquecer a formação universitária na prática social. Então, eis que a TCI surge como esse espaço democrático, onde constatei que a multiplicidade de saberes era reconhecida e valorizada. Assim, vi o saber acadêmico da Psicologia ser potencializado por minha história de vida, agora mais claramente reconhecida como fonte de sabedoria. Meu olhar para o mundo mudou após esse encontro.

A partir dele, vi meus laços de afinidade com a TCI serem cada vez mais ampliados. Com a TCI, mais do que uma formação, ampliei minha identidade, passei a integrar uma rede. Onde quer que eu estivesse, ali estaria uma terapeuta comunitária.

E no compasso das voltas que o mundo dá, o meu mundo deu uma volta considerável. De 2002 a 2007, integrei a equipe da coordenação de prevenção ao uso de drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), da Presidência da República. Estava, portanto, dentro de uma instituição de poder, com abrangência nacional. E, como tão bem diz Rubem Alves, a política pode transformar sonhos em realidade.

No período em que atuei na SENAD, participei do processo de inserção da TCI nas ações da Política Nacional sobre Drogas. Estive na elaboração e gestão de projetos, como a capacitação em TCI com ênfase na prevenção ao uso de drogas para

lideranças comunitárias e profissionais da rede de saúde e assistência social de 12 estados brasileiros, pesquisas sobre o impacto da TCI na prevenção, publicações e promoção de eventos relacionados à TCI.

Em 2008, exerci o cargo de coordenadora pela Organização Não Governamental – ONG – Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal – MISMEC-DF, no Programa Jovem de Expressão, um programa social do Grupo Caixa Seguros, que objetivava desenvolver ações de prevenção da violência com jovens da periferia do DF. O MISMEC-DF era responsável por implantar a TCI no Programa, adaptando-a ao universo da juventude.

De 2009 a 2011, integrei a equipe de coordenadores nacionais na implantação da TCI na Estratégia Saúde da Família e Rede SUS e, de 2010 a 2012, a equipe de coordenadores na implantação da TCI em comunidades indígenas brasileiras.

Diante do vivenciado e vislumbrando a TCI em âmbito nacional, minha dissertação é um momento de reflexão e síntese dessa caminhada. A partir desse percurso, busco responder de que modo essa rede de pessoas e instituições se entrelaçou ao ponto de ampliar cada vez mais o número de terapeutas, estabelecer parcerias governamentais e não governamentais, ser validada em políticas públicas nas três esferas de governo e constituir-se numa associação nacional. Qual a dinâmica subjacente a esse processo?

1.2 Objeto de estudo e contextualização

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará. É uma prática de grupo desenvolvida desde 1987, no Pirambu, bairro de periferia do município de Fortaleza, no Estado do Ceará. A TCI incentiva, por meio de encontros comunitários, a expressão de experiências de vida, possibilitando que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas, bem como as estratégias de superação que foram desenvolvidas. Considera que qualquer pessoa, independentemente da sua condição social, econômica e cultural, possui recursos e saberes úteis a si e aos outros (BARRETO, 2008).

A TCI pode ser considerada uma resposta a um contexto de grande vulnerabilidade social, marcado por precariedade nos aspectos de infraestrutura, segurança pública, acesso ao emprego e renda, bens e serviços, com elevado estigma social. Surgiu num cenário de precária atuação das políticas públicas e graves problemas sociais. (GIFFONI, 2008).

A TCI desenvolveu-se como alternativa comunitária para as pessoas lidarem com problemas relacionais e sociais, sob a coordenação do Prof. Adalberto Barreto. Por meio de encontros e seguindo metodologia específica, a partilha de experiências ocorria regularmente no bairro do Pirambu. Essa regularidade oportunizou o aprimoramento da abordagem e, também, sua divulgação e inserção em ações governamentais e não governamentais nas áreas de educação e saúde, bem como no terceiro setor e iniciativa privada no país.

A identidade da TCI está na disponibilização de espaço de atenção e de acolhimento das demandas e problemáticas existenciais e sociais, o que a tornaram uma abordagem adaptável a públicos e contextos distintos, tanto qualitativamente (crianças, adolescentes, idosos, gestantes e público geral), como quantitativamente, pela possibilidade de atuação com pequenos e grandes grupos (CAMAROTTI; OLIVEIRA, 2009; GRANDESSO, 2005; MOURA *et al.*, 2012).

O contexto nacional de carências estruturais e de espaços de atenção à saúde mental favoreceu a implantação da TCI num contexto amplo, pois há uma demanda por atenção na linha do cuidado com a saúde mental, cujo modelo de cunho individual não é capaz de abarcar. O modelo asilar hospitalocêntrico foi fortemente questionado pelo movimento da reforma psiquiátrica, em especial nas décadas de 70 e 80. A reforma psiquiátrica buscou ampliar a visão e a forma de atuar com as questões relativas à saúde mental propondo uma perspectiva multidisciplinar, humanista, pautada nos direitos humanos. O lema era pela inclusão e não pela segregação dos portadores de transtornos psiquiátricos ou outras forma de sofrimento psíquico. A TCI surge como uma abordagem de saúde comunitária que possibilita o acolhimento e cuidado das pessoas que sofrem num contexto de grupo, participativo, de valorização dos recursos pessoais, sociais e culturais (BARRETO, 2013).

A pesquisa sobre a expansão da TCI no Brasil é motivada pelo estudo da criação e ampliação de espaços de acolhimento do sofrimento humano, que ocorrem no

contexto público e de forma gratuita. Tal acolhimento consiste num debruçar-se sobre as estratégias desenvolvidas pela população para lidar com as realidades que vivenciam, de modo a ressignificar seu sofrimento pela fala e escuta de experiência semelhantes. Nesse momento de troca, as identificações entre os participantes colaboram para o estabelecimento de uma rede de apoio social.

Estudos publicados identificaram contribuições da TCI à sociedade em termos de melhoria das relações pessoais e interpessoais, promoção e prevenção da saúde, incentivo às ações de cidadania e promoção da paz (ANDRADE *et al.*, 2010; ARARUNA *et al.*, 2012; MOURA *et al.*, 2012; PADILHA; OLIVEIRA, 2012; ROCHA *et al.*, 2009). Em face desses achados, buscamos contribuir com o conhecimento na área, ao refletirmos sobre o processo de expansão dessa prática no país, tendo como referência reflexões sobre o contexto histórico-político em que ela surgiu, as bases institucionais nas quais esse processo se ancora, sua inserção nas políticas públicas e em redes comunitárias.

Houve em torno da TCI um movimento institucional, que favoreceu sua inserção em políticas públicas, em instituições privadas e no terceiro setor, que a identificaram como uma prática de saúde comunitária, investindo em capacitações e na criação de espaços para a realização das rodas. Por outro lado, um movimento significativo nesse processo deu-se pelo voluntariado. Pessoas que se identificaram com a proposta custearam sua formação com recursos próprios e coordenam rodas de TCI voluntariamente, sem vinculação institucional oficializada.

Para a realização da pesquisa, a partir de uma ampla revisão da literatura, constatou-se que desenvolver um estudo sobre a expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil seria inovador e contributivo para o campo, uma vez que os estudos predominantemente trataram da eficácia do método e de sua inserção nas políticas públicas de saúde. Dessa forma, tivemos como resultado uma ampliação do campo de estudo.

Em relação às políticas públicas, há registros da inserção dessa prática em políticas nacionais, estaduais e municipais. Entre elas, destacamos a inserção da TCI nas ações da Política Nacional sobre Drogas, na Política Nacional de Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Ao estudarmos o processo de expansão da TCI no Brasil, pretendemos também contribuir para que boas práticas desenvolvidas nos contextos comunitários possam ser reconhecidas, validadas e terem seu potencial contributivo ampliado em prol da saúde comunitária.

Em síntese, tomando como recurso norteador a metodologia científica, o presente estudo tem como eixo central reflexivo a seguinte questão:

Como ocorreu o processo de expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil?

Objetivou-se conhecer o processo de expansão da TCI no Brasil e sua inserção nas ações de políticas públicas nacionais, sem, contudo, avaliar a efetividade dessa abordagem em sua aplicação nos diferentes contextos.

A pesquisa foi estruturada em seis capítulos. O primeiro capítulo traz reflexões iniciais sobre o processo de expansão da TCI no país, as motivações para a realização do estudo e seus objetivos. O segundo aborda o contexto histórico-político para a expansão da TCI no país e os aspectos fundamentais da abordagem. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada e o quarto enfoca as bases do processo de expansão, representadas pelas principais instituições da TCI no país, os polos de formação em TCI e a ABRATECOM. O quinto capítulo disserta sobre a inserção da abordagem em ações de políticas públicas nacionais e o sexto versa sobre a TCI na perspectiva de redes comunitárias. No sétimo capítulo, há uma síntese e análise dos achados do estudo e considerações sobre as limitações da pesquisa e aponta perspectivas futuras.

A pesquisa foi organizada por capítulos, a fim de focalizar em diferentes segmentos e fazer leituras da interface que eles estabeleciam com a Terapia Comunitária Integrativa. Cabe, todavia, destacar que a leitura do texto requer um olhar de entrelaçamento entre os elementos estudados, pois compõe um universo de ações desenvolvidas no âmbito do cuidado com as pessoas, tendo a TCI como o elemento agregador.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral:

Descrever e analisar o processo de expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil e sua inserção em políticas públicas.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar e analisar os atores sociais do processo de expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil;
- Discutir a inserção da Terapia Comunitária Integrativa no âmbito das políticas públicas; e
- Contextualizar e analisar a Terapia Comunitária Integrativa na perspectiva de redes comunitárias formais.

CAPÍTULO II – CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO DE CRIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

2.1 A TCI e o processo migratório

O contexto histórico de surgimento da TCI é fortemente marcado pela migração dos moradores do sertão cearense para a capital do Estado. Os sertanejos, por escassez das chuvas, abandonaram seus lares na região do semiárido pela impossibilidade de sobrevivência e buscaram melhores condições de vida. Eles ansiavam essencialmente por moradia, emprego e alimentação (GIFFONI, 2008).

Villa (2000) realizou um estudo sobre as histórias das secas no nordeste brasileiro, nos séculos XIX e XX, e estimou em torno de três milhões de pessoas vítimas fatais em decorrência das secas. O autor apresenta, em seu estudo, um quadro que denominou holocausto diante do imobilismo das autoridades públicas e da sociedade da época. Sucessivos períodos de seca promoveram expressivo êxodo rural, havendo destaque para as secas de 1932, 1952, 1958 e 1970 (SANTOS, 2006).

No entanto, a busca da sobrevivência na capital encontrou outro tipo de hostilidade pela dificuldade de acesso à moradia, emprego, alimentação, educação, saúde, segurança, ou seja, às condições básicas de vida. Teve-se, então, um processo de dupla exclusão, que repercutiu no cotidiano dessas famílias fragilizadas, também pela falta de referências culturais: seus municípios de origem em precárias condições para lhes dar suporte e o novo abrigo, que não se configurava em abrigo, no sentido de acolher e contribuir para sua manutenção, segurança e bem estar.

No Estado do Ceará essa situação é histórica. A migração do sertão do Estado para a capital Fortaleza redundou na criação de bolsões de miséria, dentre ele o bairro de periferia da cidade de Fortaleza, o Pirambu. Retirantes assolados pela seca, em especial a partir da década de 30, instalaram-se de modo precário no litoral fortalezense sob dunas, sem qualquer infraestrutura ou planejamento (SANTOS, 2006; GIFFONI, 2008).

Os imigrantes que chegaram foram alojados pelo governo local numa espécie de abarracamentos, com o objetivo de manter os imigrantes em locais definidos e oferecer-lhes proteção. Aqueles que não foram abarracados ocuparam terrenos vazios

e áreas menos valorizadas, dando origem às primeiras favelas de Fortaleza, dentre elas o Pirambu (SANTOS, 2006; SILVA, 2006).

De acordo com Giffoni (2008), os sentimentos de frustração e revolta dos moradores do Pirambu estavam associados à exclusão social por eles vivenciada, bem como à falta de perspectivas. Sentimentos esses que, infere a autora supracitada, fomentaram a luta por ocupação das terras e melhores condições de vida pelos moradores.

Na década de 40, havia um considerável número de operários sindicalizados, vinculados às indústrias do bairro Francisco Sá, e outros movimentos populares comandados pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) (SANTOS, 2006). Esse contexto de maior conscientização na luta por direitos impulsionou o surgimento de vários movimentos sociais no Pirambu, em especial a partir da década de 60, com o apoio do Partido Comunista e da Igreja Católica (SILVA, 2006).

Um marco nesse processo de reivindicação de direitos foi a chegada do Padre Hélio Campos ao Pirambu, no ano de 1958. Padre Hélio realizou, em 1962, a Reforma Social Cristã, um movimento contra a expulsão de moradores clandestinos, que culminou com a Marcha, ocorrida no dia 1º de janeiro de 1962. A participação de 20 mil pessoas em passeata que partiu do Pirambu ao centro de Fortaleza constituiu uma referência na expressão dos anseios da população local por melhores condições de vida e pela reforma social (GIFFONI, 2008; SANTOS, 2006). A reivindicação da desapropriação das terras foi obtida por meio do Decreto-Lei nº 1.058, de 25 de maio de 1962 (SANTOS, 2006).

A década de 60 foi, também, marcada pela perseguição aos movimentos populares e, com isso, líderes como Padre Hélio foram identificados e neutralizados por meio de torturas, exílio ou, como ocorreu com o Padre, transferência para o interior do Estado do Maranhão, o que enfraqueceu o movimento reivindicatório (GIFFONI, 2008).

Esse período foi fortemente identificado pelo golpe de Estado impetrado pelos militares em 1º de abril de 1964, ao instaurarem o Regime Militar no Brasil. O cenário político do país passou, assim, a se ancorar no autoritarismo, na perseguição política, supressão dos direitos assegurados na Constituição, censura aos meios de comunicação e às expressões artístico-culturais, prisão e tortura aos que se opunham ao Regime. Os impactos do Regime sobre a economia do país são identificados pela

diversificação e modernização das indústrias e do setor de serviços, porém ela foi fortemente marcada pela desigualdade na distribuição de renda, pelo endividamento externo e abertura ao capital estrangeiro (KINZO, 2001).

As décadas de 60, 70 e o início dos anos 80 marcaram a nação pela vivência do cerceamento de direitos e do confronto entre as forças políticas e sociais. Ao longo dos anos, os que se opuseram ao sistema promoveram manifestações sociais com participação de representantes de vários setores, como trabalhadores do campo e da cidade, assalariados, estudantes, dentre outros atores que contribuíram para espaços de participação popular, mesmo não legitimada pelo poder instituído. O período de 1975 a 1982 foi um dos mais ricos da história do Brasil, no que diz respeito às lutas e movimentos populares por justiça social, pela redemocratização do país (GOHN, 1995). Dessa forma, o cenário político do final da década de 80 favoreceu o aparecimento de novos atores, por meio da ação de organizações sociais como sindicatos, associações comunitárias, novos partidos políticos e organizações não governamentais, que buscaram uma participação mais ativa no espaço público, em especial na relação sociedade civil-estado (GOHN, 1995).

Por sua vez, o processo de abertura política possibilitou o surgimento de novas organizações da sociedade civil, da sociedade política e a mobilização dos cidadãos para que participassem das ações do Estado. No entanto, apesar dos avanços, persistiram os contrastes sociais e econômicos resultantes de um processo de segregação e exclusão social marcado pelas desigualdades na distribuição de renda, no acesso à educação, saúde, infraestrutura e habitação (KINZO, 2001).

Para Grandesso e Lazzarini (2010), a TCI surgiu para responder às necessidades de atendimento de uma população carente de recursos financeiros, serviços de saúde e informação.

A conjuntura de vulnerabilidade social mobilizou atores que trouxeram significativas contribuições para o desenvolvimento comunitário, promoção da saúde e cidadania, dos quais destacaremos o Professor Dr. Adalberto Barreto, docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, cuja atuação na comunidade do bairro Pirambu lhe possibilitou criar a abordagem da Terapia Comunitária Integrativa, no final da década de 80. Conhecer a Terapia Comunitária Integrativa, sua

gênese e desenvolvimento, é favorecido ao olharmos para a história de vida de Adalberto e de sua família.

2.1.1 Adalberto Barreto – criador da TCI

A biografia de Adalberto Barreto está narrada no livro *O índio que vive em mim: o itinerário de um psiquiatra brasileiro* (BARRETO; BOYER, 2003) e sintetizada no prefácio do livro *Terapia Comunitária Integrativa Passo a Passo* (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária Integrativa tem sua origem na inquietude vivenciada por Adalberto, ao confrontar sua formação como médico com as suas origens familiares alicerçadas na religiosidade popular. Em seu livro autobiográfico, Adalberto questiona se os saberes acadêmicos e populares são excludentes, ou seja, se para um existir o outro deveria ser desconsiderado.

As inquietações de Adalberto remontam ao seu local de nascimento, Canindé, cidade de romarias no sertão cearense, onde as dimensões do sagrado e da religiosidade estruturam, organizam e dão sentido à vida das pessoas, à sua maneira de pensar e agir. Os devotos apresentavam suas mazelas de ordem física, emocional e social aos santos no intuito de obterem graças.

Nesse universo coabitavam os curandeiros, as rezadeiras, os raizeiros, os médiuns espíritas, umbandistas, dentre outros, que, apesar das diferenças, buscavam, na fé no sagrado, no transcendente, soluções para os males daqueles que sofrem.

Imerso nesse universo cultural, Adalberto tem sua identidade alicerçada em base mágico-religiosa, que se viu questionada quanto à sua legitimidade, quando ele iniciou seus estudos de Medicina. O mundo da ciência, com explicações palpáveis, possibilitava ações promotoras da vida, da cura, da saúde, de modo diferenciado do aprendido anteriormente sob a ótica do transcendente. Ambos os universos, o popular e o científico, o fascinavam. No entanto, sua leitura inicial era a de que ser um cientista, médico, requeria a *morte* de seu universo cultural.

Diante desse impasse, ele se propôs o desafio de fazer coabitar em si universos aparentemente contraditórios, o acadêmico e o popular, que considerava

complementares e que lhe proporcionavam conhecer o homem na sua totalidade. A perspectiva de conhecimentos complementares na TCI surgiu, todavia, num contexto de crise, pois questionara a primazia do conhecimento formal, acadêmico, institucionalizado diante do conhecimento informal, popular, do senso comum que referencia as ações no cotidiano. Nas palavras do autor,

A Medicina e a Filosofia (...) me possibilitaram compreender que toda verdade sobre o homem não pode vir senão de um diálogo sério e respeitoso da diversidade dos elementos que o constituem (BARRETO, 2008, p. 19).

2.1.2 Airton Barreto – um advogado na periferia

O nascedouro da Terapia Comunitária Integrativa teve como importante influência a mudança da família Barreto do sertão cearense para o bairro Pirambu, em Fortaleza. Das repercussões que essa mudança ocasionou na família, iremos destacar a experiência narrada por Airton Barreto, irmão de Adalberto. O livro *José Airton Barreto, a vida em diálogos* (RIVALTA; ALMEIDA, 2011, p. 29) traz narrativas da vida de Airton Barreto.

E, Airton, já com quatorze anos, mudou-se com a família para um lugar chamado Pirambu. Quando o caminhão da mudança parou, Airton viu um lugar sujo, desorganizado, ruas escuras sem calçamento, em frente à casa simples da família, um muro frio de fábrica. Nos dias de chuva, a água subia quase um metro... Mas, na época, ele nem sabia que era uma das maiores favelas do Brasil. Um lugar bonito, próximo à praia, mas contaminado por estigmas e estereótipos.

Vivenciar episódios de desrespeito aos direitos humanos levou-o a formar-se em Direito, pois vislumbrava nessa formação um recurso para confrontar as atrocidades presentes no dia a dia do bairro. Concluída a formação, optou por residir com os mais pobres do Pirambu.

No início da década de 80, fundou a Comissão de Direitos Humanos do Pirambu, cujo trabalho era de “orientação, encaminhamento de casos, violência policial, reivindicações, isto é, um ponto de apoio para a comunidade local” (RIVALTA; ALMEIDA, 2011, p. 41).

Dentre os fatos vivenciados pela comunidade do Pirambu em que Airton esteve engajado e que influenciaram a criação da Terapia Comunitária Integrativa, destacaremos a ocupação da fábrica Cimpelco pelos operários, em meados de 1985.

Os donos da fábrica Cimpelco declararam falência e a impossibilidade de indenizar os funcionários. Indignados com a situação, os funcionários resolveram saquear os bens restantes e ocupar a área para estabelecer moradia. A comunidade próxima também decidiu ocupar o espaço da fábrica. Diante da atitude dos operários e da comunidade circunvizinha, o poder público se manifestou por meio de violência e derrubada das casas, mas as pessoas resistiram e ali se estabeleceram (GIFFONI, 2008; RIVALTA; ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto de luta, surgiu outra pessoa importante na criação da Terapia Comunitária Integrativa e da Comunidade Quatro Varas, o Padre redentorista francês Henry Le Boussicaut, que decidiu apoiar as pessoas na luta pela moradia no espaço da antiga fábrica Cimpelco. Diariamente, ele colaborava na construção das casas, bem como confrontava a polícia, quando ela agredia as pessoas ou derrubava suas casas.

Em 1985, a prefeitura desapropria a área e resolveu as ações de terra pendentes. Vencida a etapa da violência física, a comunidade passou a se reunir para buscar melhores condições de vida. Num de seus encontros, decidiu nomear-se Comunidade Quatro Varas. A escolha do nome ocorreu de forma democrática. Pe. Henry propôs o nome Comunidade Quatro Varas (BARRETO; BOYER, 2003; BARRETO, 2008), narrando a seguinte história:

Um velho, antes de morrer, chamou seus quatro filhos e disse: ‘Cada um de vocês me traga uma vara’. Quando as trouxeram, ele juntou as quatro varas e as deu ao mais velho para quebrar: ‘Tente quebrar as quatro varas juntas!’ Como nenhum dos filhos conseguiu, o velho observou: ‘A herança que deixo para vocês é a união das varas, se vocês ficarem unidos como elas, ninguém quebrará vocês’ (RIVALTA; ALMEIDA, 2011, p. 42).

Com a partida do Pe. Henry Le Boussicaut, Airton deu continuidade ao trabalho iniciado pelo padre. Mudou-se para uma casa de taipa na Comunidade Quatro Varas e ali inaugurou o Centro de Direitos Humanos da Comunidade Quatro Varas, o *Centro dos Direitos Humanos do Pirambu – Amor e Justiça*. A comunidade passou, assim, a contar com apoio especializado na luta por seus direitos.

No entanto, as demandas ao Centro de Direitos Humanos extrapolaram a alçada do Direito, uma vez que a tônica da saúde estava expressa nas dificuldades emocionais, nos atos violentos, na depressão, na baixa autoestima e no alcoolismo, para citar alguns dos problemas que acometiam a comunidade. As necessidades da população eram então tratadas de forma individual, centradas na busca por medicamentos para

solucionar ou amenizar as questões apresentadas. As pessoas não relacionavam os problemas vivenciados com o macrocontexto social, econômico, político, cultural, étnico, de gênero, espiritual e buscavam sobremaneira ajudas externas, como em médicos, políticos, religiosos (RIVALTA; BARRETO; BARRETO, 2011).

Esse é o cenário em que Airton buscou apoio no irmão, Adalberto Barreto, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). A partir de então, passou a encaminhar pessoas para atendimento no Hospital das Clínicas, o hospital universitário da UFC. A demanda, no entanto, extrapolou a capacidade de atendimento no serviço e Adalberto propôs a ida dele e de seus estudantes de Medicina à comunidade (BARRETO, 2008; BARRETO; BOYER, 2003; LUISI, 2006). O encontro entre a academia, representada por Adalberto e os estudantes, e a Comunidade Quatro Varas foi narrado por Camarotti e Oliveira (2009, p. 219):

A história da Terapia Comunitária Integrativa começa em 1987. Na favela do Pirambu, em Fortaleza. Doutor Adalberto Barreto chega e se depara com um impasse: como atender um número tão grande de pessoas e em tão pouco tempo? E, de forma improvisada, decide que ao invés de oferecer consultas ele iria 'se consultar' e diz: "Eu vim aqui para resolver o meu problema". As pessoas ficam sem entender aquela proposta, pois como um doutor iria buscar resolver seus problemas numa favela? E o Doutor esclarece: "Eu vim aqui para resolver a minha 'alienação universitária', pois tudo o que aprendi na faculdade não me preparou para atender 70 pessoas numa manhã". Todos numa grande roda. O Doutor, com seu receituário em mãos, tenta iniciar os atendimentos. Logo na primeira recomendação ouve: "Doutor, eu não tenho dinheiro nem pra comida quem dirá para remédio". O Doutor pára, olha e pergunta: "Quem aqui já viveu uma situação parecida com a dela e como fez para superar?" Alguns erguem as mãos e inicia-se uma grande roda de partilha de vivências. Assim se instalou o embrião da Terapia Comunitária Integrativa.

Em 1988, o espaço de encontro comunitário tornou-se um projeto da Pró-Reitoria de Extensão da UFC, denominado *Projeto de Extensão Quatro Varas*, no intuito de estreitar a relação comunidade-universidade (FUENTES-ROJAS, 2011). O projeto de extensão foi vinculado em 1995 à Organização Não Governamental Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC), sendo gerenciada por lideranças da Comunidade Quatro Varas (BAKMAN; RIVALTA; BARRETO, 2010; GIFFONI, 2008).

2.2 A TCI e seus pressupostos teóricos

A Terapia Comunitária Integrativa é uma abordagem de atenção à saúde comunitária realizada em grupo, que objetiva a criação e o fortalecimento de redes de apoio social promovidos pela troca de experiências e superação das dificuldades do cotidiano (BARRETO, 2008).

A TCI é um recurso que promove a formação de redes sociais solidárias de apoio para lidar com o sofrimento e mobilizar os recursos e as competências das pessoas nos níveis individual, familiar e comunitário (NEDER; PINHEIRO, 2010; GRANDESSO, 2005). Para Grandesso e Lazzarini (2010), a TCI contribui para que as pessoas possam acreditar mais em si mesmas e em suas competências e, com isto, assumir a direção de suas vidas.

A TCI favorece o estabelecimento de uma relação de cuidado e de acolhimento entre as pessoas, na medida em que elas podem se relacionar num contexto de ajuda mútua, num espaço que assegura a fala e a escuta respeitosa. Nesse sentido, a literatura especializada tem qualificado a TCI como tecnologia leve de cuidado (FERREIRA FILHA *et al.*, 2009; ROCHA *et al.*, 2009). Essa qualificação foi desenhada por Merhy (1997), segundo o qual há tecnologia leve, semidura e dura no processo de trabalho em saúde. Sendo *tecnologia leve* a referente a algo abstrato como as relações humanas, *leve-dura* relacionada ao conhecimento técnico, e *dura* aos recursos materiais como instrumentos e máquinas utilizados nas ações de cuidados com a saúde.

A TCI é uma prática fomentadora de cidadania por constituir-se num espaço para o exercício de escolhas num contexto coletivo. Faz parte de sua metodologia a apresentação de temas pelos participantes e a escolha de um tema a partir de uma reflexão coletiva. O grupo elege o que é mais relevante para ser trabalhado naquele encontro. Dessa forma, a abordagem, além de sua ação terapêutica, pode contribuir para a transformação social ao promover a autonomia das pessoas, e o exercício da cidadania. (GIFFONI, 2008; HORTA; CALDEIRA, 2011).

A TCI é defendida por alguns estudiosos, como uma prática social que busca contribuir na promoção dos direitos dos indivíduos, famílias e comunidades, em prol da justiça social, igualdade e dignidade, ao criar gradualmente uma nova

consciência política e social (NEDER; PINHEIRO, 2010; PETRINI, 2010; RIVALTA; BARRETO; BARRETO, 2011; SOUZA, 2010;).

A essência dessa abordagem terapêutica está presente na etimologia das palavras terapia, comunidade e integrativa. Terapia, do grego *therapeia*, significa acolher, ser caloroso, servir. Nesse sentido, a TCI é um espaço de acolhimento, de cuidado e atenção para com o outro; e terapeuta é aquele que acolhe e cuida de forma calorosa. Comunidade tem como um de seus sentidos o que há de comum entre as pessoas, suas questões afins; e integrativa refere-se à integração de saberes e culturas que ampliem e reforcem as redes solidárias de promoção da saúde e da cidadania (BARRETO, 2008).

Barreto (2008, p. 39) apresenta como objetivos da Terapia Comunitária Integrativa:

- 1) reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo; 2) reforçar a autoestima individual e coletiva; 3) redescobrir a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa; 4) valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com seu meio; 5) Suscitar, em cada pessoa, família ou grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais; 6) favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais; 7) promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural; 8) Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber científico; 9) estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua transformação.

Grandesso (2005) defende que a TCI não é uma terapia individual em um espaço coletivo, e sim um contexto de terapia para uma comunidade a partir de um problema do indivíduo. Camarotti e Oliveira (2009, p. 231) concordam com Grandesso ao afirmarem que a configuração do grupo é o elemento principal na Terapia Comunitária Integrativa. “Parte-se de um problema individual para se alcançar o coração do grupo. Estimula-se a fala de cada um para culminar na expressão de todos.”

Villaça, Bakman e Monte (2010) qualificam a TCI como impactante, acolhedora e terapêutica, propiciando vínculos fortes e significativos entre os participantes, com possibilidade de ampliação da visão de mundo e, conseqüentemente, possibilidades de compreender e agir nas situações que a vida apresenta.

2.2.1 Bases teóricas da TCI

A vivência das rodas de TCI precedeu a teoria, pois surgiu na partilha das pessoas em enfrentamento aos problemas, não sendo estruturada, inicialmente, por uma concepção teórica (CAMAROTTI, 2004).

Os aspectos teóricos que estavam subjacentes à prática foram identificados por Adalberto Barreto, à medida que sistematizava a TCI nos encontros com a comunidade. Barreto (2008) identificou cinco bases teóricas que alicerçam a TCI: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, resiliência e pedagogia de Paulo Freire.

Na TCI, o *pensamento sistêmico* possibilita compreender o indivíduo e a comunidade numa rede de relações e, com isso, a ampliação do foco ao incluir o contexto e sua dinamicidade.

O pensamento sistêmico tem origem na Teoria Geral dos Sistemas elaborada por Bertalanffy (1975), segundo o qual sistema é um conjunto de unidades combinadas, que formam um todo organizado, cujas características, diferentemente das características das unidades isoladas, são interdependentes, interagentes e está alicerçado numa perspectiva interdisciplinar. O indivíduo integra vários sistemas, estando sua participação nos distintos contextos interconectada. Qualquer alteração em relação a um sistema impacta em outros sistemas.

A leitura da Teoria Geral dos Sistemas sobre os comportamentos é de probabilidades, não sendo possível determinar, prever algo de forma estrita. Nessa perspectiva, as situações devem ser compreendidas no contexto em que estão imersas, dos quais fazem parte todos os envolvidos na questão, não havendo uma causa especificada, mas uma inter-relação de fatores (VILLAÇA; BAKMAN; MONTE, 2010).

Sob o prisma do pensamento sistêmico, na TCI os problemas são compreendidos como integrantes de uma rede complexa, ramificada, que liga e relaciona as pessoas num movimento interdependente. Cada parte influencia e é influenciada pela outra. Nessa perspectiva, a compreensão dos contextos biológicos, psicológicos e sociais é fundamental para a resolução dos problemas (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010; ROLIM, 2006).

A busca de soluções requer a consciência de que fazemos parte de um todo. À medida que avançamos na compreensão de que os indivíduos e a comunidade devem ser compreendidos nesta rede de relações, possibilitamos que possíveis culpabilizações lineares sejam substituídas pela compreensão da corresponsabilidade, em que todos fazem parte do problema e também da solução (BAKMAN; RIVALTA; BARRETO, 2010; BARRETO, 2008).

A TCI também se alicerça na *teoria da comunicação* humana proposta por Watzlavick, Helmick-Beavin e Jackson (1967). Segundo esses autores, todo comportamento, não só a fala, é comunicação e toda comunicação afeta o comportamento. Comunicar-se pela fala ou silenciar são formas de comunicar algo. Tudo possui valor de mensagem.

As teses defendidas pelos pragmáticos da comunicação são: (a) A comunicação é comportamento e o comportamento é comunicação, ou seja, estão inter-relacionados. (b) Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, sendo o conteúdo o que é dito e a relação o como é dito e em qual contexto. (c) A natureza de uma relação depende da forma como os parceiros pontuam as sequências da interação. (d) As pessoas se comunicam de forma digital e analógica. A forma digital refere-se ao comunicado pela fala e a analógica, à comunicação não-verbal; e (e) As trocas comunicativas podem ser definidas como simétricas ou complementares. As simétricas definem uma relação baseada na igualdade, os parceiros têm a mesma posição, a exemplo da relação professor-professor. Na comunicação complementar a base é a diferença, na qual os parceiros têm posições complementares, como na relação professor-aluno (WATZLAVICK; HELMICK-BEAVIN; JACKSON, 1967).

Por meio da comunicação pode-se compreender que os comportamentos, os atos verbais e não verbais têm valor de comunicação com múltiplas possibilidades de significados e sentidos (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010; NEDER; PINHEIRO, 2010).

Pela comunicação, a troca de experiências e a formação de vínculos podem ocorrer e, com isso, favorecer a criação e o fortalecimento das redes sociais de apoio. Na TCI, a comunicação é um dos elementos essenciais, pois a base do encontro é a comunicação estabelecida entre as pessoas, o que oportuniza àqueles que expuseram suas vivências de sofrimento e/ou de superação vislumbrar novas leituras e posturas

diante de sua experiência (BARRETO, 2008; BAKMAN; RIVALTA; BARRETO, 2010).

Luisi (2006) ressalta que dificuldades na comunicação podem ocasionar problemas nas relações pela diferença de significado atribuído entre as pessoas, podendo haver a percepção de estar comunicando algo, porém a compreensão do interlocutor ser diferenciada. Esta compreensão é fundamental nas rodas de TCI para otimizar a oportunidade de diálogo e trocas de experiências.

A valorização da cultura configura-se como um dos elementos estruturantes dessa abordagem. Os encontros visam despertar a dimensão terapêutica do grupo, valorizando a herança cultural dos antepassados, que no caso do Brasil está na ancestralidade indígena, africana, europeia e oriental, ou seja, a multicultural brasileira, e do saber produzido pela experiência de vida dos participantes (BARRETO, 2008).

Laplantine (2004) reforça essa postura, ao afirmar a importância de se considerar a diversidade cultural existente nos cuidados em saúde. O conhecimento do médico alopata, do homeopata, do curandeiro, do xamã, do exorcista, entre outros agentes de cura, deve ser reconhecido em seu universo cultural para conceber e lidar com a saúde.

Para a *antropologia cultural*, as pessoas são resultantes de suas crenças, costumes, mitos, valores, rituais, religião, língua, e do que fazem a partir de sua história de vida. Há um referencial histórico e sociocultural na construção da identidade individual e coletiva. A partir da cultura se desenvolvem habilidades e competências para pensar, avaliar, discernir valores e fazer opções no cotidiano. Com base na identidade individual e coletiva, as pessoas podem se afirmar, se aceitar, assumir uma identidade como cidadãos, romper com relações de dominação e exclusão social pautadas em culturas que desvalorizam outras. A diversidade cultural é rica de fonte de saberes, sendo um recurso a ser reconhecido, valorizado e mobilizado na busca de resolução de problemas coerentes com as necessidades e realidades culturais das comunidades (MARCONI; PRESOTTO, 2008).

Na TCI, a antropologia cultural contribui pela valorização da herança cultural, pela revitalização das raízes históricas do grupo social e pela compreensão do processo saúde-doença, considerando as diferenças culturais. A prática da TCI busca a

coerência entre as necessidades e as realidades culturais das comunidades (BARRETO, 2008; FERNANDES *et al.*, 2011; VILLAÇA; BAKMAN; MONTE, 2010)

Para Barreto (2008), a antropologia cultural estima os valores culturais como fatores importantes para a formação da identidade do indivíduo e do grupo, área que subsidia para a edificação das redes sociais que incluem ações intersetoriais, interinstitucionais, valorização dos recursos locais, fortalecimento de vínculos e apoio à dinâmica familiar.

Na Terapia Comunitária Integrativa, o reconhecimento e a valorização dos saberes e crenças populares são fundamentais para que as pessoas estejam ativas, fortalecidas, no processo de transformação de sua história (BARRETO, 2008).

A *resiliência* é outro importante conceito na compreensão teórica da TCI. Na física, esse conceito é utilizado para descrever materiais que se dilatam e contraem a depender das condições ambientais, em especial da temperatura. Ao transpormos esse conceito para as ciências humanas, a resiliência é associada à capacidade de superação de adversidades, relacionada ao aprendizado de repertórios no contexto individual ou coletivo para lidar com situações adversas (MENDONÇA, 2012; VILLAÇA; BAKMAN; MONTE, 2010).

Grandesso (2005) defende a tese de que a TCI não é um contexto para resolver problemas, mas para desenvolver a resiliência. A pessoa toma maior consciência de si e dos outros, de suas potencialidades, sua capacidade de superação, sua força, e isso contribui para que enfrente novos desafios.

As experiências humanas podem não se desenvolver numa perspectiva resiliente ou uma ação resiliente não ser percebida como tal. Na TCI, o processo de desenvolvimento da resiliência pode ser facilitado ou tornado consciente, visto que ela é um espaço de reflexão sobre as condutas, as diferentes formas de ação e o significado que elas podem ter (MENDONÇA, 2012).

Na experiência da vida, as carências e os sofrimentos, quando superados, transformam-se em sensibilidade e competência, levando-nos a ações reparadoras de outros sofrimentos... Podemos, assim, afirmar que a carência gera competência. Geralmente ensinamos melhor aquilo que não recebemos (BARRETO, 2008, p. 102).

A TCI tem, igualmente, como referência a *pedagogia de Paulo Freire* na medida em que reconhece as contribuições da experiência de vida para o processo

educativo. Para Paulo Freire, a educação deve considerar necessariamente o contexto em que as pessoas vivem. Dessa forma, a educação é um processo contínuo de tomada de consciência e de modificação de si e de sua realidade. Nesse sentido, o espaço de diálogo torna-se essencial para o desenvolvimento da consciência crítico-reflexiva para a transformação da realidade. Apoiada no processo educativo proposto por Paulo Freire de que, na medida em que se ensina, também se aprende, a TCI torna-se uma ocasião para o terapeuta se desenvolver com o grupo e fomentar a descoberta dos recursos individuais e comunitários. Os participantes são estimulados a interagir e a trocar saberes dentro de sua realidade (LUISI, 2006).

Segundo Lazarte (2010), a Terapia Comunitária Integrativa e a pedagogia de Paulo Freire partilham de princípios comuns, como a autonomia das pessoas, a horizontalidade do saber, a educação como prática libertadora e a incompletude do ser humano. Enquanto autônomas, as pessoas são autoras de suas histórias e detêm a capacidade de reconduzi-las, ou seja, de escrevê-las e reescrevê-las, inclusive numa perspectiva emancipatória. A horizontalidade do saber reconhece, valida e valoriza os saberes que cada um possui e desenvolve ao longo de sua vida. A qualidade libertadora da prática educativa refere-se ao apropriar-se da própria experiência de vida, numa perspectiva de autoconhecimento e postura proativa, com escolhas e posicionamentos e não como vítimas das circunstâncias.

A TCI é um espaço de diálogo e, principalmente, de se ver e rever posturas diante das circunstâncias da vida. Nesse sentido, os participantes são estimulados pelos terapeutas comunitários a fazer perguntas uns aos outros que ampliem a compreensão do vivenciado. O espaço dialógico da TCI está consonante com a proposição de Freire, pois as perguntas nas rodas suscitam reflexões que contribuem para desconstruir certezas e construir novos saberes, num caminho constante da reflexão, aprendizagem e tomada de consciência. Essa tomada de consciência possibilita a transformação, na medida em que a pessoa se reconhece como sujeito ativo e reflexivo (LUISI, 2006).

Para Mendonça (2012, p. 279), a pedagogia de Paulo Freire é a raiz teórico-metodológica da TCI. “O método desenvolvido por ele é de visão sistêmica, de base sócio-histórica e antropológico-cultural, centrado na comunicação humana, incitando a resiliência”.

2.2.2 A TCI e o método de abordagem

A prática da TCI é realizada num encontro em que as pessoas acomodam-se numa configuração de roda, uma vez que os participantes sentam-se em círculo para que o encontro terapêutico aconteça. Trata-se de um encontro coordenado por um terapeuta comunitário e um coterapeuta, pessoas habilitadas por uma formação específica em TCI para desempenhar essa função, que ficarão responsáveis por conduzir, ou facilitar, o encontro (SOUZA *et al.*, 2011).

A TCI possui uma metodologia bem definida, sendo conduzida em etapas e seguindo regras de convivência que possibilitam que o encontro ocorra de forma respeitosa e com seu potencial promotor de saúde e fomentador de redes sociais solidárias otimizado. As etapas de uma roda de TCI são: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, ritual de conotação positiva e avaliação (BARRETO, 2008; CAMAROTTI; OLIVEIRA, 2009; HORTA; CALDEIRA, 2011; OLIVEIRA; FERREIRA FILHA, 2011).

No *acolhimento*, os terapeutas buscam contribuir para que todos os participantes estejam bem acomodados, sentados em círculo, de modo que seja possível uma escuta respeitosa e um maior entrosamento do grupo. Nessa etapa, o terapeuta explica o que é a TCI, apresenta as regras, comemoram-se os aniversários e as datas importantes para os participantes (*ibidem*)

As *regras na TCI* são estabelecidas para que haja um ambiente de cuidado mútuo. São quatro as regras básicas: uma pessoa fala por vez e as demais devem escutar com atenção; deve-se falar na primeira pessoa do singular (eu) e a partir da própria experiência de vida; não são permitidos discursos, sermões ou julgamentos; e podem ser propostos recursos culturais durante os encontros, tais como, músicas, poesias, ditados populares relacionados com o tema abordado (*ibidem*)

Após o acolhimento, temos o momento da *escolha do tema*, quando os participantes apresentam algo que esteja gerando sofrimento ou outro assunto que queiram compartilhar, e o tema é democraticamente escolhido. Em seguida, o proponente do tema expõe sua vivência com maior detalhamento e o grupo pode fazer-lhe perguntas que contribuam para ampliar sua compreensão. Essa etapa é chamada de *contextualização* (*ibidem*).

A contextualização finaliza no momento em que o terapeuta apresenta ao grupo uma questão gerada com o aprofundamento do tema escolhido. A pergunta básica é “Quem já viveu uma situação parecida e o que fez para superá-la?” Nessa etapa da *problematização*, os participantes falam de suas vivências relacionadas ao tema do encontro (*ibidem*).

A etapa seguinte constitui-se do momento em que os participantes compartilham os aprendizados pela participação na roda, a partir da escuta das histórias de vida. É a etapa da *conotação positiva*. Após a conotação positiva, o grupo se despede e os terapeutas fazem a *avaliação* da terapia (*ibidem*).

Uma roda de TCI tem característica de um ritual e possui um ciclo que inicia e termina em si, em cada encontro. A participação nas rodas de TCI é por adesão espontânea, e os participantes podem optar por regressarem ou não aos encontros e na frequência que desejarem, não havendo uma previsão de continuidade.

Pelo exposto, vimos que a realização das etapas da TCI possui uma simplicidade inerente à proposta inclusiva da mesma. De acordo com Villaça, Bakman e Monte (2010, p. 86) a TCI “é mais impactante, acolhedora e terapêutica do que parece em sua descrição”.

Grandesso (2005, p. 105-106) considera que a simplicidade, um dos méritos da TCI, não pode ser compreendida como simplista. A TCI possui um arcabouço teórico e requer conhecimentos para a prática e manejo de grupos. O terapeuta irá facilitar o encontro e cabe a ele estruturar a condução do encontro. “... a condução da sessão pressupõe uma sensibilidade para a escuta e atenção a cada um dos participantes e ao grupo como um sistema organizado numa dinâmica particular.” Grandesso (2005) é bastante contundente ao alertar que a TCI não é um modelo para uso indiscriminado, sendo necessárias a capacitação e a supervisão para a sua execução.

2.2.3 A formação de terapeutas para aplicar a TCI

As formações em TCI no Brasil são realizadas pelos 47 (quarenta e sete) polos de formação em Terapia Comunitária Integrativa existentes no país. Os polos de formação são pessoas jurídicas, organizações não governamentais (ONGs), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), empresas privadas,

órgãos públicos federais, estaduais ou municipais. Possuem um corpo docente especializado para o desenvolvimento de capacitações e intervisões em Terapia Comunitária Integrativa e estão vinculados à Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM) (ABRATECOM, 2008).

Para fazer a formação em TCI, é necessário estar de acordo com um perfil. Os critérios de seleção para a formação em TCI, segundo Barreto *et al.* (2011, p. 13), são:

- a) idade acima de 21 anos;
- b) ser escolhido dentro de sua área de abrangência territorial ou institucional;
- c) ter conhecimento sobre a rede de apoio de sua comunidade;
- d) ter interesse e disposição para trabalho em equipe;
- e) ser alguém engajado em trabalhos comunitários;
- f) estar consciente de que o trabalho realizado não traz nenhuma remuneração financeira;
- g) ter disponibilidade mental/emocional para participar de práticas vivenciais durante o curso;
- h) condição de participar das aulas do curso, conforme o formato de desenvolvimento da programação; e
- i) ter disponibilidade para realizar uma Terapia Comunitária Integrativa semanal.

O curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa é organizado em turmas, as quais podem ser particulares, ou seja, custeadas diretamente pelos próprios alunos ou financiadas pelo poder público ou pela iniciativa privada.

Nas turmas particulares, a adesão é espontânea, realizada pelos próprios alunos. No caso das turmas conveniadas, a via de acesso ao curso dependerá do projeto elaborado para a formação, podendo os alunos aderirem espontaneamente ou por indicação do agente financiador.

O curso em TCI foi originalmente desenhado pelo Prof. Adalberto em 360 horas/aula, porém, a ABRATECOM em outubro de 2012 discutiu este planejamento e redefiniu a carga horária mínima em 240 horas/aula, assim distribuída:

- 80h/a de intervisão ao longo da formação;
- 100h/a teórico-vivenciais (50h/a para teoria, 50h/a para vivências terapêuticas)
- 60h/a de Estágio Prático, correspondendo à condução de 30 rodas de TCI (2h/a para a roda e apreciação)

As intervisões são realizadas com um grupo de cursistas e uma dupla de terapeutas mais experientes. São momentos de encontro entre formadores em TCI e os cursistas para esclarecimento de dúvidas e trocas de experiências entre os terapeutas em formação. A terminologia intervisão assinala uma diferenciação da supervisão tradicional, haja vista que constitui uma busca de horizontalidade pela escuta e respeito ao saber do outro. Nos encontros, busca-se criar uma rede de ajuda mútua entre os cursistas, bem como aprofundar conteúdos teóricos de necessidade do grupo (BARRETO, 2008; MARCHETTI; FUKUI, 2004). As intervisões também são realizadas após a conclusão do curso para acompanhar e apoiar os terapeutas comunitários nas realizações das rodas. Nas intervisões são enfocados tanto os aspectos técnicos da realização das rodas de TCI como as repercussões da prática na dimensão emocional dos terapeutas, configurando-se, dessa forma, como um espaço de cuidar de quem cuida.

A importância do cuidar dos cuidadores foi identificada em estudo realizado por Villaça, Bakman e Monte (2010) sobre a TCI para terapeutas que constatou benefícios advindos dessa prática. Os terapeutas que responderam à questão sobre a importância da roda de TCI para si assinalaram que os encontros fortaleciam vínculos, enriqueciam suas possibilidades de compreensão e ação frente às circunstâncias da vida e ampliavam sua visão de mundo.

Os alunos que cumprem com todas as exigências recebem certificação de curso de extensão universitária pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará ou pelo polo formador.

2.2.4 Terapeuta Comunitário

Com a criação da Terapia Comunitária Integrativa, surge um novo ator social: o terapeuta comunitário, aquele que coordena as rodas de TCI após formação específica.

O principal aspecto do perfil do terapeuta comunitário é ser alguém envolvido e comprometido com a comunidade, não sendo requerida educação formal, o que permite, inclusive, que pessoas sem escolarização façam a formação (BARRETO, 2008; BARRETO *et.al.*, 2011).

Com sua atuação, o terapeuta comunitário possibilitará a criação de um espaço de acolhimento, encontro e partilha das experiências de vida. Sua função não é resolver problemas e, sim, favorecer o diálogo respeitoso e a criação de uma rede social de apoio pela valorização do saber produzido pela experiência de vida.

Segundo Barreto (2008, p. 51), “sua função terapêutica compreende, apenas, suscitar questionamentos, provocar discussões, trazer elementos clarificadores, para que o grupo desenvolva a sua vocação terapêutica”. Sua intervenção, enquanto facilitador do grupo, visa contribuir para a partilha dos recursos individuais e comunitários utilizados na superação de situações de sofrimento. O terapeuta, apoiado nas competências das pessoas, tem o papel de circular as informações, suscitar a capacidade terapêutica que emerge no próprio grupo (CAMARGO, 2005).

Os terapeutas comunitários são como agentes de saúde mental comunitários voltados para a prevenção, mediação de crises e promoção da inserção social pela valorização dos saberes locais e fortalecimento das redes sociais solidárias (BAKMAN; RIVALTA; BARRETO, 2010).

O terapeuta comunitário está diretamente envolvido com o processo, participa também com suas emoções e, da mesma forma que os demais, se beneficia e aprende. (NEDER; PINHEIRO, 2010).

A motivação para os terapeutas comunitários continuarem desenvolvendo as práticas pode ser compreendida, segundo o Entrevistado B, pela visão proposta nas formações em TCI.

Os terapeutas fazem a terapia deles com o povo. Tem a circularidade. Eles não estão ali para fazer a terapia para os pobres, para a comunidade, mas a dele com. O terapeuta também se alimenta da sua prática. Ele é apenas um animador que garante as regras, que garante a estrutura. A estrutura é simples e não precisa de um especialista. Basta ter bom senso e seguir as regras estabelecidas, que essa tem base acadêmica. Essa é a grande capilaridade da Terapia Comunitária. Qualquer um pode ser terapeuta. A gente ficou com cuidado para não ficar academicizado demais e também não num basismo demais. Como o Paulo Freire falava, nem o basismo, nem o elitismo.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1 Tipologia do Estudo

A pesquisa sobre a expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil e sua inserção em políticas públicas nacionais foi de cunho exploratório-descritivo-analítico. O aspecto exploratório fez-se necessário pela existência de poucos estudos sobre a questão de pesquisa, o que possibilitou uma aproximação ao tema e consequentemente o aprimoramento dos conhecimentos. A perspectiva descritiva buscou a exposição e a compreensão do objeto de estudo e a analítica visou ampliar a pesquisa descritiva ao apresentar reflexões e explicações para o tema em foco (GIL, 1999).

O estudo foi realizado segundo orientação metodológica qualitativa. Tal escolha decorreu do fato de essa abordagem favorecer o estudo dos fenômenos que podem ser mais bem compreendidos no contexto em que ocorrem e dos quais fazem parte. Possibilita que o pesquisador *capte* compreensões de seu objeto de estudo a partir da perspectiva de pessoas relevantes nele envolvidas (GODOY, 1995).

De acordo com Minayo (2008), a pesquisa qualitativa possibilita o estudo da relação entre o mundo real e o sujeito, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida de forma quantitativa.

Demo (1998, p. 4) faz uma interessante reflexão sobre a suposta dicotomia entre qualidade e quantidade, afirmando que podemos no máximo priorizar uma ou outra, mas nunca afirmar que uma se faz às expensas da outra.

Todo fenômeno qualitativo, pelo fato de ser histórico, existe em contexto também material, temporal, espacial. E todo fenômeno histórico quantitativo, se envolver o ser humano, também contém a dimensão qualitativa. Assim, o reino da pura quantidade ou da pura qualidade é ficção conceitual.

A implicação da pesquisadora com o objeto de estudo foi considerada em todo o processo, seja no tema, nas escolhas teóricas e metodológicas e nas análises realizadas. Tem-se, tal qual propõe Rios (2006), o reconhecimento de que a ciência acontece no contexto das relações humanas, marcada por valores, no qual a subjetividade se faz presente.

A subjetividade do pesquisador presente no seu tema de estudo também é discutida por Madureira e Branco (2001, p. 63), segundo as quais a pesquisa qualitativa caracteriza-se por compreender a metodologia como processo que envolve “concepções de mundo e a experiência intuitiva do pesquisador, o fenômeno, o método, os dados e a teoria”.

3.2 Local do estudo

Por se tratar de uma pesquisa nacional, optamos por contatar pessoas e entidades representativas dessa esfera, ou seja, que contribuíssem para a expansão da TCI em âmbito nacional e sua inserção em políticas públicas nacionais. As entrevistas foram realizadas em Brasília-DF, as observações das reuniões da ABRATECOM em Beberibe – CE, Santos – SP e Rio de Janeiro - RJ e os questionários enviados para todas as regiões do país.

3.3 Sujeitos

Fizeram parte da amostra da pesquisa 28 (vinte e oito) sujeitos: 23 (vinte e três) representantes dos polos de formação em TCI do país, sendo 1 (um) representante por polo, 1 (um) representante da ABRATECOM (gestão 2011-2013); 2 (dois) representantes do poder público federal, sendo um pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); e outro pelo Ministério da Saúde; 2 (dois) representantes do Programa Vira Vida, do Serviço Social da Indústria. O quadro 1 apresenta esquematicamente os sujeitos participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Sujeitos participantes da pesquisa

Entidade representada	Quantidade de sujeitos	Recursos metodológicos
ABRATECOM	01	Entrevista Semiestruturada
SENAD	01	Entrevista Semiestruturada
Ministério da Saúde	01	Entrevista Semiestruturada
Programa Vira Vida	02	Entrevista Semiestruturada
Representante de polo de formação	01	Entrevista Semiestruturada
Polos de formação em TCI	22	Questionário com perguntas objetivas e subjetivas
Total: 28 sujeitos		

Fonte: Elaboração própria

Os participantes diretamente relacionados à TCI (polos formadores e ABRATECOM) foram convidados a participar por atuarem diretamente na expansão e implantação da TCI no país e por serem responsáveis pelas formações,

acompanhamento da TCI em suas localidades, estabelecimento de parcerias, discussões e deliberações que ditam os rumos da abordagem.

Os representantes do poder público, da iniciativa privada e de um dos polos de formação foram entrevistados, por representarem entidades que implantaram a TCI em suas ações em âmbito nacional.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos, os representantes da ABRATECOM, SENAD, Ministério da Saúde, Programa Vira Vida e um representante de polo de formação foram identificados por letras maiúsculas do alfabeto oficial da língua portuguesa e a identificação uniformizada pelo sexo masculino, correspondendo aos entrevistados A, B, C, D, E e F. Os sujeitos que responderam aos questionários foram identificados como *respondentes ao questionário*.

3.4 Instrumentos e técnicas de produção do material empírico

O material empírico foi produzido a partir de métodos variados: entrevistas semiestruturadas, dados documentais, questionários e o caderno de campo da pesquisadora, configurando uma triangulação de métodos. A triangulação de métodos é uma estratégia de pesquisa que possibilita o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento, favorecendo o entrelaçar entre teoria e prática e distintos pontos de vista dos sujeitos da pesquisa. A triangulação de métodos resulta da combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as variadas dimensões do objeto (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; DUARTE, 2009).

Os dados empíricos foram desenvolvidos ao longo do processo investigativo e os métodos utilizados serão apresentados em etapas.

3.4.1 Etapas do processo de coleta de dados

3.4.1.1 Etapa 1 – Caderno de campo

O caderno de campo teve uma importante função para o desenvolvimento da pesquisa, sendo utilizado em todas as etapas de coleta de dados, principalmente durante

as reuniões da ABRATECOM, contando a pesquisadora com o consentimento da Associação para a realização das observações dos encontros. A pesquisadora apresentou nos encontros a síntese do projeto de pesquisa para esclarecer os objetivos da mesma, dirimir dúvidas e obter a colaboração dos associados.

A partir do registro das observações das reuniões da Associação e das conversas informais com seus membros, a pesquisadora obteve subsídios para elaborar os roteiros de entrevistas e os questionários, além de favorecer a análise posterior dos dados levantados.

Entre maio de 2011 a outubro de 2012, a pesquisadora participou de 4 (quatro) reuniões da Associação, com um espaçamento médio de 6 (seis) meses entre elas e em locais distintos. Em 2011, foram realizadas nas cidades de Beberibe, CE e em Santos, SP e, em 2012, em Beberibe, CE e Rio de Janeiro, RJ. No quadro 2 são apresentadas as referências das reuniões, com datas e locais de realização.

Quadro 2 – Reuniões da ABRATECOM observadas pela pesquisadora e registradas em caderno de campo

Referência da reunião	Data da reunião	Local de realização
Reunião dos polos formadores	Junho /2011	Beberibe – CE
XV reunião do Conselho Deliberativo Científico da ABRATECOM	Agosto/2011	Santos – SP
XVI reunião do Conselho Deliberativo Científico da ABRATECOM	Abril/2012	Beberibe – CE
XVII reunião do Conselho Deliberativo Científico da ABRATECOM	Outubro/2012	Rio de Janeiro - RJ

Fonte: Elaboração própria

3.4.1.2 Etapa 2 - Levantamento da literatura

Tal como propõe Flick (2009), realizamos o levantamento da literatura existente sobre a TCI, desenvolvida até 2012, a fim de nos situarmos no campo e identificarmos o que havia sido investigado, descoberto, teorias e métodos utilizados, discussões e questões em aberto. Para isso, realizamos pesquisas nos seguintes *sites*: Google acadêmico; Scientific Electronic Library Online – SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. As referências bibliográficas nos estudos mapeados serviram de

fonte para a localização de outras fontes. Pesquisadores da área também foram contatados com o objetivo de buscarmos indicações de outros estudos.

Para a realização do levantamento da literatura referida, foram utilizados vários termos e combinações afins ao campo, que possibilitassem a maior cobertura possível de publicações existentes. Desse modo, utilizamos os seguintes termos: Terapia Comunitária Integrativa; saúde comunitária; saúde mental comunitária; redes sociais; apoio social; redes comunitárias, grupos de autoajuda e participação comunitária. E foi considerado como critério de inclusão no levantamento bibliográfico a TCI ser o tema central dos textos e constar no título dos mesmos.

Assim, foram mapeados 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 focaliza na prática da TCI no SUS (na Atenção Básica, na Estratégia Saúde da Família, em Centros de Apoio Psicossocial e na saúde mental). Os estudos trouxeram também 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.

Os resultados obtidos encontram-se no quadro 3, no qual consta a distribuição das produções por ano de publicação ou conclusão. O levantamento aponta avanços na produção científica sobre a TCI, o que contribui para o desenvolvimento da abordagem, tanto nos aspectos teóricos, como na validação de sua eficácia e efetividade.

Quadro 3 - Distribuição de produções acadêmicas e publicações sobre a TCI

Tipo	Quantidade	Ano de publicação ou conclusão
Artigos publicados em periódicos científicos	35 artigos	2012 – 9 artigos
		2011 – 9 artigos
		2010 – 7 artigos
		2009 – 6 artigos
		2007 – 2 artigos
		2006 – 1 artigo
2005 – 1 artigo		
Doutorado – Teses	2 teses	2012 – 1 tese
		2008 – 1 tese
Mestrado – dissertações	19 dissertações	2013 – 1 dissertação
		2012 – 1 dissertação
		2011 – 1 dissertação
		2010 – 7 dissertações
		2009 – 4 dissertações
		2008 – 2 dissertações
		2006 – 2 dissertações
		2005 – 1 dissertação
2001 – 1 dissertação		
Monografias de conclusão de especializações	4 monografias	2012 – 1 monografia
		2010 – 1 monografia
		2009 – 1 monografia
		2008 – 1 monografia
Monografias de conclusão de curso de graduação	5 monografias	2010 – 2 monografias
		2008 – 3 monografias
Livros	5 livros	2011 – 2 livros
		2010 – 1 livro
		2008 – 1 livro
		2007 – 1 livro

Fonte: Elaboração própria

3.4.1.3 Etapa 3 - Documentos

Foi utilizado dentre os recursos metodológicos da pesquisa o mapeamento e análise de documentos. Segundo Flick (2009), os documentos possuem conteúdos importantes que possibilitam conhecer e analisar instituições, tanto do ponto de vista de sua história como de sua dinâmica de funcionamento interno e em relação ao contexto social mais amplo. Dessa forma, o autor sugere que a pesquisa documental não deve focalizar apenas no conteúdo dos mesmos, mas considerar seu contexto, utilização e função, o que possibilita fazer análise de processos.

Nesta etapa da pesquisa, foram reunidos documentos elaborados pela ABRATECOM desde sua fundação, em 2004, até 2012. Os documentos estudados legitimam a ABRATECOM dando-lhe oficialidade e registram as discussões e deliberações originadas de seus encontros.

Assegurando os preceitos éticos da pesquisa, foi enviado à diretoria da ABRATECOM termo de fiel depositário (*vide* apêndice E), sendo o mesmo assinado por representante legal da Associação e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Para a pesquisa documental foram consultados:

- Estatuto da ABRATECOM, de 09 de setembro de 2005;
- Regimento interno do Conselho Deliberativo Consultivo da ABRATECOM, de maio de 2006;
- Atas das 18 reuniões do Conselho Deliberativo Consultivo da ABRATECOM, realizadas de 2005 a 2012;
- Documento que estabelece os princípios norteadores para regulamentação dos cursos de Terapia Comunitária Integrativa, de maio de 2008;
- Documentos administrativos elaborados pela diretoria da ABRATECOM desde sua fundação em 2004; e
- Registro dos Congressos nacionais, internacionais e de pesquisa em TCI realizados de 2001 a 2011, totalizando 12 eventos promovidos pela ABRATECOM.

Os principais documentos que subsidiaram a inserção da TCI em ações das políticas públicas nacionais também compuseram a análise documental e estão listados abaixo:

- Política Nacional sobre Drogas, instituída por meio da Resolução nº3 do Conselho Nacional Antidrogas em 27 de outubro de 2005;
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, instituída pela Portaria nº 971, de 03 de maio 2006;
- Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;
- Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010;
- Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011.

3.4.1.4 Etapa 4 - Entrevistas Semiestruturadas

No tocante às entrevistas, consideramos coerente a opção pela entrevista semiestruturada, com um roteiro mínimo que facilitasse e ampliasse a comunicação, orientando uma “conversa com finalidade” (MINAYO, 2008). Na entrevista semiestruturada há um roteiro preestabelecido para orientar o diálogo, podendo esse roteiro ser adaptado no momento da entrevista para melhor atender ao objetivo da pesquisa, pois possibilita que perguntas novas surjam, ou que as perguntas previstas sejam reformuladas para facilitar o entendimento das mesmas.

Para que as entrevistas fossem realizadas os sujeitos foram contatados via telefone. Nessa ocasião a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa, a motivação de contar com a colaboração do entrevistado e a garantia de seu anonimato.

Cada entrevista foi realizada individualmente em locais e dias diferenciados, tendo uma duração média de 50 minutos. O local e horário das entrevistas atenderam a disponibilidade dos entrevistados. Durante as entrevistas, estavam presentes apenas a entrevistadora e o entrevistado, em ambiente reservado, sem interferência ou escuta por parte de terceiros, o que favoreceu o estabelecimento de um diálogo fluído. Para a realização das mesmas, foram obedecidas as orientações éticas oriundas do Comitê de

Ética em Pesquisa, sendo entregue pela pesquisadora e assinado pelos entrevistados termo de consentimento livre e esclarecido, disponível no apêndice C, atendendo à Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram gravadas e degravadas pela pesquisadora em editor de texto e os arquivos em áudio e em texto arquivados em seu computador de uso pessoal. O roteiro das entrevistas semiestruturadas encontra-se no apêndice A.

3.4.1.5 Etapa 5 - Questionários

Para a realização da pesquisa consideramos fundamental a participação dos 42 polos de formação em TCI existentes em todas as regiões do país. Por questões logísticas, optamos por buscar a colaboração dos polos de formação em TCI para o estudo por meio de resposta a um questionário. O questionário foi encaminhado por *e-mail* para os coordenadores dos polos de formação.

O questionário continha perguntas objetivas e subjetivas e deveria ser respondido por um representante do polo e encaminhado por *e-mail* para a pesquisadora. Nas questões objetivas os respondentes poderiam assinalar mais de uma resposta, e nas questões subjetivas a expressão era livre, sem delimitação do número de caracteres. As respostas dos questionários foram analisadas de forma conjunta.

Em atenção às orientações do Comitê de Ética em Pesquisa foi encaminhado, também por *e-mail*, termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o apêndice D, com a orientação de retorno com assinatura eletrônica por e-mail ou encaminhado via correios para a pesquisadora. O questionário encaminhado encontra-se no apêndice B.

3.5 Organização e análise dos dados

As informações obtidas por meio das entrevistas, questionários e documentos foram submetidas à técnica de análise do conteúdo, técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, sejam elas orais, escritas ou por

outros registros a que possam ser atribuídos significados, que proporcionam descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos.

De acordo com Moraes (1999), a análise de conteúdo possibilita reinterpretar as mensagens e obter uma compreensão de seus significados num nível que ultrapassa uma leitura comum. A interpretação pessoal por parte do pesquisador se faz presente, pois sua percepção dos dados implica refletir e analisar, não configurando, dessa forma, uma leitura neutra. Faz-se, portanto, fundamental considerar o contexto para entender o texto.

Das modalidades de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, que, segundo Bardin (2011), corresponde a técnicas de análise das comunicações. Essa modalidade de análise possibilita identificar unidades de significação segundo critérios orientados pela teoria utilizada, como propõe Minayo (2008), núcleos de sentido. Dessa forma, a partir das informações coletadas, procedemos ao tratamento das mesmas por meio de tabulações e identificação de temáticas específicas.

A análise temática deve ser desenvolvida em etapas, segundo Bardin (2011) e Minayo (2008), e no presente estudo compreendeu as seguintes ações:

a) *Pré-análise*: correspondeu à fase de organização e sistematização dos dados obtidos por meio das entrevistas, documentos, questionário e caderno de campo.

- As *entrevistas* foram degravadas e sistematizadas pela identificação das principais temáticas presentes nas falas dos entrevistados. Foram identificamos trechos das falas que condensavam a essência dos relatos, sendo citados ao longo do texto, tanto em sua forma literal como citação indireta.

- Dos *documentos* foram selecionadas informações que os sintetizassem, como nos estatutos, regulamentos e políticas, e que apresentassem a evolução histórica das discussões da Associação, presentes nas Atas das reuniões. As Atas das 18 reuniões foram sistematizadas num quadro contendo dados de identificação com local, ano e número de participantes, e uma coluna com uma síntese das discussões e deliberações do coletivo.

- Os dados dos *questionários* foram organizados segundo sua natureza: qualitativa e quantitativa. Os dados quantitativos foram tabulados por frequência das

respostas e os dados qualitativos sistematizados em quadros com a identificação de temáticas e de respostas semelhantes.

- O *caderno de campo* subsidiou a elaboração dos instrumentos de pesquisa, a identificação de temas relevantes do estudo e contribuiu para a análise dos dados levantados.

c) *Análise dos resultados*: na presente pesquisa a identificação de núcleos de sentido contribuiu para que os resultados fossem discutidos em capítulos temáticos obtidos dos dados coletados e da literatura científica específica. Nessa organização, os referenciais teóricos integram a estrutura dos capítulos associados à apresentação, análise e discussão dos dados. A análise do material estudado possibilitou a construção de quatro temas: 1 - Contexto histórico e político da implantação da TCI; 2 - Bases da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: atores do processo de implantação; 3 - A Terapia Comunitária Integrativa no âmbito das políticas públicas; 4 - A Terapia Comunitária Integrativa na perspectiva de redes comunitárias formais. Os quatro temas apresentados corresponderam a quatro capítulos da dissertação, sendo os dados obtidos apresentados, discutidos e analisados no corpo dos capítulos.

A partir dos dados levantados foi realizado, também, um breve *estudo de caso* de cunho exploratório-descritivo sobre a implantação da TCI na iniciativa privada com base na experiência de sua implantação no Programa Vira Vida do SESI. Programa presente em 12 estados brasileiros. O estudo de caso é um método de investigação qualitativa, que possibilita aprofundar um caso específico, buscando detalhá-lo.

3.6 Aspectos 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 nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, bem como segundo os princípios da bioética de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

As pessoas chave do estudo foram convidadas a participar da pesquisa voluntariamente, sendo-lhes esclarecidas as informações sobre o mesmo, o que

assegurou o respeito ao princípio da autonomia. Buscou-se atender ao princípio da não maleficência ao evitarmos danos previsíveis. Na redação da análise, nenhuma informação foi exposta de modo a prejudicar os entrevistados.

Seguindo as recomendações da Resolução nº 196, de 1996, quanto à ponderação de riscos e benefícios, consideramos que o estudo não trouxe prejuízos aos participantes.

Os princípios éticos estão assegurados pela utilização no estudo dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Consentimento Pós-informado (apêndice B); e do Termo de Fiel Depositário. (apêndice E). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, sendo aprovado em conformidade com o parecer nº 189.286.

CAPÍTULO IV – ATORES NO PROCESSO DE EXPANSÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL

Estudar o processo de expansão da TCI no Brasil remete às instituições que protagonizaram esse processo: a Associação Brasileira de Terapia Comunitária e os polos de formação em TCI. Essas entidades possuem, dentre suas missões, a de formar e acompanhar a atuação dos terapeutas comunitários, bem como aprimorar essa abordagem.

O processo de criação da ABRATECOM e dos polos de formação é um tema pouco explorado na literatura científica, o que requereu o estudo dessas instituições por meio de entrevistas com os dirigentes da ABRATECOM, entrevistas a representantes de polos de formação, encaminhamento de questionários aos polos de formação, registro em caderno de campo de observação das reuniões da Associação e conversas informais com seus membros e estudo dos documentos que formalizam as instituições.

4.1 A criação da ABRATECOM e o início do processo de institucionalização da TCI no Brasil

A Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM) é a principal instituição representativa da TCI no país. É uma pessoa jurídica constituída para deliberar sobre os assuntos relativos à abordagem, como cursos, certificações, acompanhamento e validação de polos de formação, congressos, entre outros mecanismos que contribuem para a implantação da TCI no Brasil.

A Associação, fundada em 2004 durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária em Brasília, possui membros em todas as regiões do país. Na sua fundação, ela contava com 77 (setenta e sete) associados e em 2013 esse número passou para 425 (quatrocentos e vinte e cinco). Sua atuação ocorre de forma organizada e regular, com a promoção de encontros para deliberações dos associados em duas reuniões anuais e congressos bianuais, disponibilizando apoio aos polos de formação nos Estados para implantação da TCI.

A ABRATECOM tem um importante papel na disseminação e implantação da TCI no exterior, como em países dos continentes africano e europeu e em países latino-americanos, participando das ações oficiais no âmbito das relações internacionais como também do acompanhamento das formações *in loco* (Entrevistado A).

A ABRATECOM foi criada em 2004, período que especialistas identificaram como favorável aos movimentos associativistas, de acordo com estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em parceria com a Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG) e Grupo de Institutos, Fundações e Empresa (GIFE) sobre Fundações Privadas e Associações sem fins lucrativos, que destacou os anos de 2002 a 2005 como favoráveis aos movimentos associativistas. Segundo o estudo, esse campo favorável reflete as conquistas resultantes da promulgação da Constituição Federal Brasileira, considerada a *Constituição Cidadã*, em 1988. A nova Carta Magna assegura a retomada da democracia no País, em especial pela garantia dos direitos civis, políticos e sociais e pela criação de estratégias para facilitar a participação dos brasileiros na política, incentivar os movimentos sociais e assegurar a liberdade e autonomia associativa. O estudo identificou 275.900 (duzentas e setenta cinco mil e novecentas) associações e fundações sem fins lucrativos em 2002 e 338 mil em 2005, o que correspondeu a um aumento em 22,5% (BRASIL, 2008).

Nesse contexto propício ao associativismo, os integrantes da Associação apresentaram em 2004, em carta aberta, tendo como objetivos da ABRATECOM congregar terapeutas comunitários, outros profissionais e pessoas interessadas na área de Terapia Comunitária Integrativa, promover a integração de pessoas e comunidades no regaste da dignidade, cidadania e contribuir para a redução de qualquer tipo de exclusão (CAMAROTTI; FUKUI; MARCHETTI, 2004; LUISI, 2006).

Os documentos da ABRATECOM atribuem-lhe legalidade como a instituição representativa da TCI no país, sendo, portanto, validados no contexto social amplo, pois atendem às leis, códigos e normativas requeridas aos grupos sociais que se estabelecem como Associação.

A ABRATECOM configura-se como um grupo social, que numa acepção sociológica é toda reunião relativamente estável de no mínimo duas pessoas, as quais, pela interação social, estabelecem uma organização para realizar ações conjuntas

consensuadas pelo grupo. Há uma identidade de interesses e consciência de interdependência entre elas, pois compartilham valores e objetivos, estabelecem funções e posições sociais, promovendo um sentimento de pertencer a uma unidade social que referencia sua conduta (OLIVEIRA, 2005; NOVA, 2011).

A organização interna da ABRATECOM é clara e os documentos são elucidativos quanto a isso. No tocante aos papéis, eles são formalmente definidos e distribuídos entre membros da Diretoria, representantes dos polos de formação nas reuniões de Conselho e membros da Associação. Esses papéis são dinâmicos, podendo ser exercidos por quaisquer dos membros de acordo com o Regimento Interno da Associação. Oliveira (2005) afirma que, na medida em que os papéis estão bem definidos e há uma organização interna para o funcionamento da associação, tem-se um investimento na sua estabilidade. Segundo Berger e Luckmann (2012), o desempenho dos papéis viabiliza que as instituições se manifestem na experiência real, sendo possível tanto o desempenho do papel como sua transmissão.

Outro aspecto relevante ao abordarmos a função dos papéis numa organização refere-se aos líderes, aquele ou aqueles que têm importante atuação na sustentação e integração do grupo, ao chefia-lo, comandá-lo ou orientá-lo, transmitindo ideais, normas e valores e, também, representá-los em seus interesses e valores (OLIVEIRA, 2005; QUEIROZ; GONÇALVES, 2009). A liderança pode ser exercida na formalidade, prevista nos documentos, ou na informalidade, não estando legitimada documentalmente e sim nas relações interpessoais. Na ABRATECOM, a liderança instituída é desempenhada por sua presidência, diretoria e coordenadores do Conselho Deliberativo Consultivo – CDC. O Estatuto da ABRATECOM regulamenta um processo democrático de escolha e sucessão de lideranças formais em suas gestões (ABRATECOM, 2005).

Os artigos 1º e 2º do Estatuto da Associação apresentam os objetivos da entidade, evidenciam as convergências do grupo e registram a consciência grupal de pertencer àquela instituição, com valores consonantes e objetivos pactuados coletivamente (OLIVEIRA, 2005).

Em seu Estatuto, a ABRATECOM se define no artigo 1º como uma Associação de Direito Privado, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, organizada segundo filosofia de redes participativas, que tem por objetivo congregar terapeutas

comunitários, outros profissionais e pessoas interessadas na Terapia Comunitária Integrativa.

No artigo 2º do Estatuto da ABRATECOM constam seus objetivos e, com eles, valores compartilhados pelo grupo, que são orientados para a promoção e integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania; para contribuir com a redução de qualquer tipo de exclusão; pelo incentivo às atividades culturais e terapêuticas que objetivem a integração de populações marginalizadas em defesa da identidade ameaçada e do meio ambiente.

A Associação contribuiu para o desenvolvimento, disseminação e implantação da TCI, na medida em que busca, tal como apresentado no artigo 2º de seu Estatuto: a) promover, aproximar e realizar intercâmbio entre os terapeutas comunitários e entidades voltadas à prática, ao estudo e à pesquisa da TCI; b) colaborar na formação de associações regionais de TCI; c) promover a realização de seminários, reuniões, debates culturais e científicos de TCI, visando ao aprimoramento técnico dos associados e à divulgação de trabalhos científicos, teóricos e técnicos e dar apoio à realização de congressos; d) incentivar a formação de terapeutas comunitários dentro do máximo rigor ético e científico, junto aos polos formadores; e, e) buscar parcerias com organizações governamentais e não governamentais, universidades, instituições de ensino, nacionais e internacionais, com o objetivo de cumprir os propósitos acima citados.

O corpo administrativo da ABRATECOM é formado pela Assembleia Geral, Diretoria, Conselho Fiscal e pelo Conselho Deliberativo e Científico (CDC). Dentre as instâncias que compõem administrativamente a ABRATECOM, destacaremos o CDC.

O CDC foi criado em 2006 e, de acordo com o artigo 2º de seu Regimento Interno (vigente a partir de outubro de 2012), tem como objetivo deliberar sobre as diretrizes da ABRATECOM, atuando como órgão normativo, integrador e orientador de ações da mesma.

Do artigo 26 do Estatuto da ABRATECOM, destacamos as seguintes competências do CDC: desenvolver trabalhos organizados em comissões temáticas de acordo com as necessidades da Diretoria Executiva e os objetivos da ABRATECOM; emitir parecer sobre alterações totais do Estatuto e do Regimento Interno; e apreciar e

aprovar os planos bienais preparados pela Diretoria Executiva. Cabe ao CDC apoiar a Diretoria Executiva por meio de comissões permanentes e especiais, de acordo com a Ata da II reunião do CDC, realizada em maio de 2006.

No artigo 21 do Regimento Interno do CDC constam as comissões permanentes:

- I. Comissão de polos;
- II. Comissão de formação em Terapia Comunitária Integrativa e técnicas afins;
- III. Comissão de congressos e eventos de TCI;
- IV. Comissão de histórico e documentação;
- V. Comissão de cultura; e
- VI. Comissão científica.

As comissões especiais são aquelas definidas em reuniões do CDC, com tempo de vigência definido para a realização dos seus fins.

O CDC realizou 18 reuniões, com uma média de participação de 30 pessoas e representatividade de todas as regiões do país. Por meio das reuniões do CDC, a ABRATECOM acompanha a implantação e o desenvolvimento da TCI, num processo de retroalimentação. Podem identificar, coletivamente e de maneira regular, pontos de avanço e de fragilidade neste processo e buscar alternativas frente aos desafios.

O estudo dos documentos que definem e regulam a ABRATECOM (Estatuto e Regimentos) e das Atas possibilitaram a identificação das normas e orientações da ABRATECOM referentes à TCI. Isso, compreendendo norma como uma regra que deve ser respeitada para ajustar determinadas condutas ou atividades, visto que estabelece o que é permitido e o que é proibido num dado contexto.

Os documentos apresentam as sanções previstas caso as decisões sejam descumpridas. Refletir sobre as normas, orientações e sanções é de grande importância para a compreensão de um processo de implantação, pois toda instituição é, além de reguladora de uma relação social específica, um agente de controle social que regula determinada relação social dos indivíduos que delas fazem parte (NOVA, 2011; OLIVEIRA, 2005).

Os princípios definidos pela Associação configuram-se como normas que validam as formações, possibilitando que o grupo se estruture e possa se manter coeso e se sustentar sob decisões consensuadas, que preveem sanções para o descumprimento das mesmas. De acordo com Queiroz e Gonçalves (2009), as normas possibilitam que o

grupo tenha uma identidade ao estabelecer o que é e o que não é permitido naquele contexto, o que torna possível que o mesmo continue existindo.

As normas e orientações oriundas das reuniões periódicas do CDC evidenciam que a condução da ABRATECOM dá-se num processo dinâmico e democrático, por meio de representações legitimadas, a exemplo dos conselheiros, cuja missão é elaborar diretrizes para que os objetivos da ABRATECOM não se desvirtuem ou regionalizem (Ata do II CDC-2006).

O papel desempenhado pela ABRATECOM na implantação da TCI em nível nacional é discutido pelo entrevistado B, segundo o qual os encontros periódicos do CDC buscam ajustar a abordagem às novas exigências, configurando-se num espaço de reflexão e tomada de decisões colegiadas, o que torna a TCI “viva e participativa”. Ressalta que a Associação não atua na perspectiva de controle do poder, mas de sistematização qualitativa da TCI. Defende que a Associação não deve ser o centro, mas um movimento de renovação e adequações da TCI nos diversos contextos da realidade brasileira.

A ABRATECOM não tem função de auditoria, é de estímulo pra que a gente tenha a mesma filosofia a nível nacional e a mesma qualidade de formação. Ela foi criada muito mais para auxiliar a sistematizar e apoiar a Terapia Comunitária. Sistematizar não no sentido de controlar o elã transformador da TCI, mas termos alguns cuidados. Eu sempre tive um pouco na frente o medo de que essa coisa que nasceu na favela, que nasceu desse diálogo do acadêmico com o popular tivesse vez, valor e fosse respeitado (Entrevistado B).

O processo de expansão da TCI suscita algumas questões, que são regularmente discutidas nos encontros da Associação: como expandir a TCI, mantendo seu formato e filosofia originais, porém atualizada de acordo as com mudanças contextuais decorrentes do processo histórico? Como assegurar a sustentação da Associação do ponto de vista técnico, financeiro e político?

4.2 Regulamentação dos cursos de TCI: desafio entre preservação e dinamismo

A regulamentação dos cursos constitui-se num dos temas centrais de discussão da ABRATECOM. Assim sendo, é um dos temas de maior destaque nas

reuniões da Associação, pois ele constitui a base de sustentação da prática, disseminada pela realização de cursos específicos que possibilitam a facilitação das rodas, segundo a estrutura inicialmente desenhada por seu criador. Esta importância é bem explicitada pela existência de uma comissão permanente no CDC para tratar dos assuntos relacionados à formação dos terapeutas.

A estrutura desenhada por Adalberto Barreto em 360 horas vinha sendo utilizada desde sua concepção. No entanto, a experiência na execução das formações em parceria com o governo e a iniciativa privada suscitou debate sobre revisar a carga horária. Os integrantes da Associação em suas reuniões periódicas têm discutido esse assunto sob o argumento de que é possível ampliar a rede de terapeutas, sem prejuízo para a formação, com uma carga horária menor. A proposta de redução da carga horária para 240 horas foi discutida e aprovada no XVII CDC, realizado em 2012.

Há um consenso entre os integrantes da Associação de que o conteúdo programático não pode ser alterado a fim de preservar a identidade da abordagem da Terapia Comunitária Integrativa. Neste sentido, destacamos que, na II reunião do CDC, em 2006, há o registro de que a formação em TCI deve manter a não exigência de formação acadêmica, pois sua clientela é, primordialmente, de comunidades em situações de vulnerabilidade social. A Associação reiterou em 2010, por ocasião da XIII reunião, a posição contrária da TCI de investir em cursos acadêmicos, para não limitar o amplo acesso à abordagem. Esse é um aspecto relevante, pois assinala que, embora possam existir mudanças na formação, a identidade da prática deve ser assegurada.

O posicionamento da Associação permite, contudo, que instituições oficiais de ensino superior, de acordo com as normatizações da ABRATECOM, possam oferecer cursos de especialização em Terapia Comunitária Integrativa para profissionais de nível superior. Cômicos, porém, de que se trata de outra formação. A situação descrita ocorreu pela inserção da TCI como disciplina em cursos de graduação em Psicologia, Enfermagem, Medicina e Odontologia, no Estado do Amazonas (Ata do XIII CDC-2010).

No documento que estabelece os *Princípios Norteadores para Regulamentação dos Polos Formadores em Terapia Comunitária*, datado de 2006, consta no Capítulo IV, artigo 9º, que os polos formadores poderão ser descredenciados

pela ABRATECOM, caso infrinjam alguma disposição legal ou estatutária, sendo-lhe assegurado o direito de recorrer da decisão (ABRATECOM, 2006)

No que se refere ao papel de agente controlador exercido pela Associação, é possível identificar posições contraditórias entre a apresentada pelo entrevistado B e os documentos da Associação. Para o entrevistado B, a ABRATECOM não tem função de auditoria e sim de estímulo para que se tenha a mesma filosofia e qualidade de formação em nível nacional. Para ele, caso a Associação se tornasse um órgão controlador, ela teria perdido sua função eminentemente deliberativa, democrática.

A perspectiva do Entrevistado B é contraposta ao estudarmos os documentos que regulamentam a Associação, pois as regras e sanções são explicitadas com clareza e aquiescência do coletivo. Consta nas Atas que a função da ABRATECOM é de acompanhamento e não de fiscalização (Ata da IX CDC - 2009), todavia, há sanções previstas para aqueles que divergirem do definido nas reuniões, tal qual a suspensão temporária ou desativamento para os polos que não realizarem, por 2 (dois) anos consecutivos, atividades relacionadas à TCI e/ou não comparecerem às reuniões do CDC. Podendo ser reativado ao apresentar plano de trabalho e comprovar atualização de seus formadores (Ata da XII CDC - 2010). Recentemente, em 2012, a ABRATECOM iniciou a emissão de certificados com 2 anos de validade para os polos reconhecendo-os como instituições habilitadas para realizarem as formações e outras atividades diretamente relacionadas à TCI (Ata da XVII CDC - 2012).

Outro tema discutido recorrentemente pela Associação com impacto direto na implantação da abordagem diz respeito aos formadores, ou seja, os educadores legitimados pelo grupo social para transmitir os conteúdos, valores e significados institucionais de modo a buscarem assegurar que a prática da TCI seja desenvolvida de acordo com a filosofia, preceitos éticos e conteúdo previstos. Os formadores que convivem com os cursistas durante as aulas e são importantes agentes motivadores para que a prática da TCI seja desenvolvida nas comunidades representam papel fundamental na disseminação da abordagem. Em razão de sua importância, a discussão sobre o perfil mínimo para desempenhar o papel de formador está presente nas reuniões do CDC e constam dos princípios norteadores para regulamentação dos cursos de Terapia Comunitária Integrativa, a saber:

1. Tempo mínimo de dois anos na conclusão das exigências da formação em TCI por um polo formador credenciado pela ABRATECOM; 2. Formação no curso Cuidando do Cuidador; 3. Pelo menos dois anos de prática efetiva comprovada como terapeuta comunitário; 4. Atuar como terapeuta comunitário; 5. Possuir perfil adequado às funções de formador; 6. Estar vinculado ao polo e associado da ABRATECOM regular com o pagamento da anuidade em curso; 7. Certificação pela ABRATECOM como formador vinculado ao polo que o indicou. (Ata da XII CDC - 2010).

Tal a importância do estabelecimento de perfil mínimo para o formador, o tema encontra-se, ainda, em pauta nas reuniões do CDC, tendo sido discutido na XVII reunião do CDC em 2012. Trata-se de uma pauta em discussão, o que torna o perfil de formador apresentado anteriormente provisório.

Outro destaque é a certificação dos terapeutas que os legitima a atuar atribuindo-lhes uma *identidade social* reconhecida por meio de um documento. Inicialmente eles eram certificados pela Universidade Federal do Ceará – UFC) como um certificado de extensão universitária. Com a criação da ABRATECOM, a instituição assumiu a legitimidade para certificar os terapeutas.

Consta da XIII reunião do CDC de 2010 que a UFC teve, no início, uma grande importância para o reconhecimento da TCI, ao emitir os certificados vinculados às suas atividades de formação. Com a consolidação das formações pela criação dos polos de formação e da ABRATECOM, a Universidade passou a certificar somente turmas realizadas em convênios oficiais estabelecidos diretamente com a UFC, a exemplo de convênios com órgãos federais.

O artigo 15 dos “Princípios Norteadores para Regulamentação dos Cursos de Terapia Comunitária” define que a emissão do certificado será de responsabilidade do polo proponente e/ou instituições parceiras, com a chancela da ABRATECOM.

A validação da ABRATECOM enquanto entidade representativa da TCI em âmbito nacional tem sido cada vez mais fortalecida. Nos documentos da Associação, há registros de consultas realizadas por órgãos não vinculados à Associação sobre temas de sua competência, tais como, normas, certificações dos terapeutas, critérios para credenciamento e descredenciamento de polos formadores, certificação de polos (Ata do XII CDC - 2011).

Um exemplo bastante significativo desta legitimação da ABRATECOM enquanto entidade representativa da TCI é evidenciada na comunicação estabelecida entre a Associação e o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP) sobre a atuação de psicólogos coordenando rodas de TCI. Na IV reunião do CDC, esse tema foi tratado, pois o CRP argumentou ter sido consultado sobre a prática da TCI. A ABRATECOM distinguiu para o CRP a TCI da psicoterapia, esta de atuação exclusiva dos psicólogos. Esclareceu que as técnicas da TCI visam facilitar partilhas de histórias de vida, sendo uma prática não diagnóstica ou restrita a profissionais. Em resposta, o CRP/SP posicionou-se afirmando que a TCI não pode ser confundida com a psicoterapia e que não a inclui nessa área do saber. O CRP/SP determinou em 2009 que no caso do psicólogo ser representado na Comissão de Ética por essa atividade, responderá a processo. O fato narrado suscita a discussão do impacto de reações corporativas sobre o processo de institucionalização da TCI. Esse debate encontra-se pouco explorado haja vista que o tema foi abordado pontualmente nas reuniões.

4.3 Criação dos polos de formação em TCI – avanço no processo de institucionalização

Os polos de formação em TCI exercem um importante papel no processo de expansão e institucionalização da abordagem no Brasil, pois são as instituições que a representam nos Estados, sendo responsáveis pelo desenvolvimento das capacitações (LUISI, 2006). Para acessá-los, tivemos como referência os documentos da ABRATECOM (Estatuto, Atas, Regimentos e Regulamentos), observação das reuniões da Associação, registro em caderno de campo a partir das conversas informais com os integrantes dos polos e questionários respondidos por representantes das entidades.

Os polos de formação são instituições que possuem corpo docente especializado para o desenvolvimento de capacitações e intervisões em TCI e estão vinculados à Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa, devendo atuar de acordo com os documentos normativos da Associação e da legislação pertinente (LUISI, 2006).

Um dos principais documentos regulamentadores das formações em TCI, citado anteriormente, são os *Princípios Norteadores para Regulamentação dos Cursos*

de Terapia Comunitária Integrativa. Nesse documento, consta que o polo de formação reconhecido pela ABRATECOM deve possuir pelo menos um terço de seus membros associados a essa instituição e em regularidade com suas contribuições associativas (ABRATECOM, 2008).

O documento regulamentador estabelece que os polos de formação podem ser instituições públicas federais, estaduais ou municipais; organizações não governamentais (ONG's); organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) ou instituições privadas, devendo a coordenação ser exercida por um profissional ou pessoa física capacitada como terapeuta comunitário.

Os principais objetivos dos polos formadores são: a) promover formação de terapeutas comunitários; b) promover o desenvolvimento de atividades de TCI nas várias localidades nacionais e/ou internacionais; c) estabelecer parcerias para o desenvolvimento da TCI; e, d) responsabilizar-se pela qualidade dos seus cursos e de sua situação financeira.

Os polos atuam no fortalecimento da rede da TCI por meio da realização de formações, intervisões com os terapeutas comunitários formados, realização de encontros locais entre os interessados na temática, mapeamento e acompanhamento dos grupos e divulgação das ações da TCI na região onde atuam. São, portanto, os que estão em contato direto com os terapeutas em formação e já formados.

No Brasil, há 47 (quarenta e sete) polos formadores habilitados para realizar formações em Terapia Comunitária Integrativa (*vide* relação no apêndice F). Quanto ao número de terapeutas comunitários existentes no país, a ABRATECOM não possui, ainda, números precisos nem dos terapeutas existentes, nem dos grupos atuantes. Porém, em 2012, a Associação realizou um levantamento junto aos polos de formação, identificando em torno de 33 mil terapeutas. O levantamento do número de grupos existentes se encontra em andamento nos polos de formação, que têm discutido propostas para realização desse levantamento nas reuniões da Associação Brasileira de Terapia Comunitária, ali denominado Censo da TCI. Tanto os grupos vinculados às instituições, aqueles realizados pelos terapeutas dentre as atividades de sua prática profissional, quanto os desenvolvidos como atividade voluntária não possuem registros ou estudos que os identifiquem no cenário nacional, o que dificultou uma melhor exploração dessa temática.

Um tema pouco explorado, sistematizado e com escassa literatura é a criação dos polos de formação em Terapia Comunitária Integrativa no Brasil. Diante disso, os dados obtidos na presente pesquisa foram os principais elementos na construção desse percurso.

Em 1992, não havia um polo de formação formalmente constituído, sendo as capacitações realizadas pelo Prof. Adalberto Barreto como cursos de extensão universitárias promovidos pela UFC. Por meio dos cursos e palestras em congressos Prof. Adalberto apresentava a experiência da TCI desenvolvida na Comunidade Quatro Varas, no Bairro Pirambu, em Fortaleza (REIS, 2010).

Numa das apresentações do Prof. Adalberto, a Pastoral da Criança, organismo de ação social da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, identificou na abordagem uma estratégia para prevenir e reduzir o estresse e a violência intrafamiliar e comunitária. A Pastoral da Criança investiu na primeira formação de âmbito nacional da TCI, o que promoveu ampla divulgação e disseminação da abordagem nos Estados (BARRETO *et al.*, 2011; REIS, 2010; CAMAROTTI, *et al.*, 2003). A parceria estabelecida, em 1992, entre a Universidade Federal do Ceará e a Pastoral da Criança, proporcionou a capacitação de aproximadamente 60 lideranças da Pastoral em TCI (OLIVEIRA, 2008).

Depois da experiência de já quase 4 anos, quase 6 anos fazendo a terapia comunitária, à medida que ia fazendo a divulgação nos congressos, falando do que eu estava fazendo o primeiro impacto foi com a Dra. Zilda Arns. Quando ela viu a apresentação disse: “Era isso que estava faltando na Pastoral da Criança, vamos fazer a formação.” Então fizemos um convênio entre a Pastoral da Criança, via CNBB, e a Universidade Federal do Ceará. Daí começamos em todos os Estados. Em todas as formações colocamos também professores universitários, gente da gestão municipal, porque no futuro eles vão ser importantes. E sem se dar conta a gente estava fazendo a grande disseminação (Entrevistado B).

A formação para a Pastoral requereu que a abordagem estivesse devidamente sistematizada. A partir dessa demanda foi denominada Terapia Comunitária, e mais tarde Terapia Comunitária Integrativa pelo referencial teórico mais bem definido e pela produção do *Manual do Terapeuta Comunitário da Pastoral da Criança*, primeiro material impresso para formação de terapeutas comunitários (entrevistado B).

O processo de expansão em âmbito nacional foi, dessa forma, potencializado com a parceria da Pastoral. A partir daí outros parceiros (universidades, prefeituras, OnGs) nos estados demandaram a formação.

Em 1995, foi fundado o primeiro polo de formação em Terapia Comunitária Integrativa, a ONG Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará – MISMEC, cujo nome popular é Projeto Quatro Varas. O MISMEC é uma entidade sem fins lucrativos, que surgiu como um dos desdobramentos da criação da TCI e foi paulatinamente desenvolvendo outras práticas de promoção da saúde comunitária, além das rodas de TCI semanais. Foram agregadas outras atividades à ONG, como massagem terapêutica, farmácia de ervas medicinais, oficinas de arte e trabalho psicopedagógico com crianças da comunidade (GIFFONI, 2008).

E eu tinha uma preocupação de como nasceu nas 4 varas eu não queria chamar lá de centro. Centro comunitário sei lá o quê porque dava essa ideia de que se a gente é o centro os outros é periferia. Então eu quis criar movimento. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária. Quem quiser criar o seu que continue, mas é um movimento que as pessoas possam se identificar e criar os seus movimentos. Porque já tinha essa ideia de disseminar mesmo. Gostou, se interessou, crie o seu movimento, com a tua cara, com as tuas...e foi assim que foi indo (Entrevistado B).

Posteriormente à criação do MISMEC, houve um evento promovido pelo Governo do Estado do Paraná, em Londrina, que merece destaque na descentralização das formações em TCI no Brasil. No evento, que reuniu terapeutas de família de todos os municípios do Estado, foram discutidas as temáticas família, direitos humanos e adolescência. A abordagem da terapia familiar não atendia a toda a demanda psicossocial requerida pelo Poder Judiciário e a TCI foi identificada como uma boa prática para auxiliar nos atendimentos. A TCI foi apresentada aos participantes do encontro e houve um expressivo número de interessados pela formação. Desse grupo, representantes de todos os municípios do Estado fizeram a formação no Estado do Ceará para tornarem-se terapeutas e também formadores em seus municípios. (Entrevistado B).

[...] tinha gente representando todos os municípios ... E quando eu apresentei lá foi todo mundo querendo Terapia Comunitária nos seus municípios, uma demanda imensa. Eu via da impossibilidade de atender todos e pela consciência disse que todos são formadores de terapia de família ... Daí eu

disse pra eles: Quem vai formar são vocês. Eu disse vocês vão pro Ceará, em uma semana eu transfiro tudo o que eu sei pra vocês. E eles foram capacitados (Entrevistado B).

Os polos de formação foram fundados na medida em que as pessoas concluíam suas formações no MISMEC-CE e tinham interesse na realização do curso em suas localidades. A partir de sua motivação, eram incentivadas a ministrarem os cursos, a criarem seus polos de formação com a colaboração do MISMEC-CE, que disponibilizava apoio técnico conduzindo algumas aulas e disponibilizando subsídios pedagógicos como vídeos, músicas, orientações, material impresso (Entrevistado B).

A dinâmica de criação dos polos foi diferenciada, havendo polos que se estabeleceram inseridos em instituições preexistentes, como entidade privadas ou do terceiro setor, ou criados exclusivamente para a realização das formações e atividades relacionadas à TCI. Uma das regras para a criação do polo era ter uma equipe mínima de três terapeutas comunitários e as formações serem ministradas por pelo menos três formadores. A ideia central era de a formação estar vinculada à instituição e não às pessoas físicas (entrevistado B).

No tocante à constituição dos Pólos formadores, o entrevistado C apresentou um posicionamento contundente quanto ao perfil das instituições ao defender a instituição de um sistema de formação em TCI público e não privado.

Hoje, eu não defendo mais que a terapia tenha formação pelos polos privados. Tá mais do que passado da hora da gente ter polos públicos de formação porque vai ter espaço pra todo mundo. E a partir do momento que tenhamos polos públicos, eles devem assumir a formação gratuita para os trabalhadores.

A realização das formações pelos polos gerou discussões sob a argumentação de que a institucionalização das formações realizadas pelos polos iria “matar a essência do povo, pois é uma coisa que nasceu do povo”. Na perspectiva do entrevistado B, esse argumento é improcedente, devido à TCI ter uma concepção plural em que os polos podem ter características próprias, e ser um espaço para pessoas diversas, quer seja com pouca formação escolar, quer sejam universitários, empresas. O entrevistado afirmou que o mais importante é manter a mística, a valorização do grupo, da coletividade e do trabalho de desenvolvimento humano permanente para ser um terapeuta.

O que existe é a diversidade, e a gente não poderia dizer todos os polos devem ser assim desse jeito que aí vira um feudo de intolerância, de exclusão. É aberta. Por isso da palavra Terapia Comunitária Integrativa. Ela tem que integrar e se inteirar. Entrar no sistema? Ser institucionalizada? O tempo é que vai dizer. Talvez aquela [instituição de formação em TCI] que hoje tem toda a estrutura será que perderam o espírito? Não sei. Porque precisa dessa mística de entender que é uma escuta ativa, que preciso fazer um trabalho sobre mim, que eu tenho que tá me questionando o tempo todo e isso é em grupo em grupo em grupo. Não é sozinho. Eu acho que se as pessoas continuarem nessa mística a tendência é ir mesmo e se diversificar (Entrevistado B).

Foram criados polos de formação em todas as regiões do país. A distribuição dos mesmos é apresentada na figura 3 e mais bem discriminada no quadro 4. O maior número de polos encontra-se na região Sudeste, num total de 30 instituições. Desses, 21 (vinte e um) estão no Estado de São Paulo, sendo 14 (quatorze) na capital e 7 (sete) no interior.

Figura 1 – Estados brasileiros que possuem polos de formação



Quadro 4 – Quantitativo de polos de formação existentes por Estado

REGIÃO	UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Norte	Amazonas (1 polo) Tocantins (1 polo)
Total Região Norte	2 polos
Nordeste	Bahia (2 polos) Ceará (3 polos) Maranhão (1 polo) Paraíba (1 polo) Pernambuco (2 polos) Piauí (1 polo)
Total Região Nordeste	10 polos
Centro-Oeste	Distrito Federal (1 polo) Goiás (1 polo)
Total Região Centro-Oeste	2 polos
Sudeste	Minas Gerais (5 polos) Rio de Janeiro (2 polos) São Paulo (21 polos)
Total Região Sudeste	28 polos
Sul	Paraná (3 polos) Rio Grande do Sul (1 polo) Santa Catarina (1 polo)
Total Região Sul	5 polos
Total	42 polos

Fonte: ABRATECOM

A contribuição dos polos de formação para o processo de expansão da TCI no país é destacado pelo entrevistado A

Os polos desempenharam um papel fundamental no processo de implantação da TCI no país, pois atuaram na expansão e manutenção da rede de terapeutas comunitários, constituindo a base de sustentação desse processo, o suporte da rede.

A imprescindível atuação dessas entidades para a implantação da TCI suscitou a reflexão sobre a importância de elas continuarem atuando na rede, uma vez que são as principais referências da TCI nos Estados. Dessa forma, diante do reconhecimento da importância de seu papel nesse processo, foi encaminhado questionário a esses polos, a fim de identificar as estratégias utilizadas para sua sustentabilidade, ou seja, o que fazem para continuar atuando.

Dos 47 (quarenta e sete) polos que receberam a pesquisa, 22 (vinte e dois) responderam ao questionário, havendo representatividade de todas as regiões do país. Os dados obtidos foram analisados de forma conjunta, considerada a perspectiva nacional da pesquisa.

Os respondentes tinham o seguinte perfil:

- 58% são formalizados como ONGs;
- 20% estão vinculados a órgãos públicos;
- 18% são entidades privadas;
- 2% organizaram-se por meio de cooperativas; e
- 2% como OSCIP.

A conclusão é a de que os dados apontam para uma diversidade no perfil dos polos, o que evidencia que a adesão à proposta de disseminar a prática foi incorporada por instituições com finalidades diversas, desde as motivadas por questões de cunho filantrópico como as de fins comerciais.

A leitura dos dados, nesta pesquisa, terá como uma das principais referências o posicionamento do sociólogo Domingos Armani (2004) sobre a sustentabilidade de organizações que desenvolvem ações sociais, em especial ONGs, uma vez que é o perfil de destaque entre os polos de formação.

Os polos assinalaram uma combinação de estratégias, com o objetivo de assegurar sua manutenção, corroborando o proposto por Armani (2004) de que a sustentabilidade de uma organização envolve a combinação de recursos de ordem financeira, política, técnica e institucional. A sustentabilidade política refere-se à implementação de políticas públicas que apoiem ações da sociedade civil, assegurada a autonomia das organizações e sua qualidade de sujeitos políticos. A sustentabilidade técnica relaciona-se às metodologias de trabalho, qualificação dos recursos humanos, qualidade do trabalho desenvolvido, capacidade de aprendizagem da instituição e seu desenvolvimento institucional. A sustentabilidade institucional depende da qualidade da organização e de seu projeto institucional, obtidos ao se atualizar e qualificar a missão organizacional e seu projeto político.

Para a realização dos cursos de TCI, os polos puderam registrar mais de uma alternativa, das quais assinalaram:

- 28,8% realizaram as formações com recursos oriundos de convênios/parcerias estabelecidos com entidades públicas;
- 28,8% custeados pelos próprios cursistas;
- 9,6% estabeleceram convênios/parcerias com entidades privadas; e
- 5,7% realizaram formações com o apoio de doadores.

O financiamento dos cursos por entidades públicas ou por pessoas físicas sinaliza que a expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil tem contado com atores institucionais e individuais, sendo resultado de uma decisão política ou uma adesão pessoal, o que mostra que ela está sendo implantada com a participação de diferentes atores e funções sociais. Esse entendimento pode ser expandido para a compreensão da capilaridade da TCI por sua inserção em políticas públicas, como também na prática do voluntariado ou como recurso de atuação profissional.

A parceria dos polos formadores com a iniciativa privada e poder público na formação de terapeutas aponta para o processo de institucionalização da TCI no país, pois a abordagem passa a ser desenvolvida num contexto mais formalizado, de cunho profissional.

Observa-se que a iniciativa privada mostra-se incipiente na implantação da TCI no país, em comparação com o poder público. Os dados da pesquisa apontam para

a importância da realização de estudos dessa natureza, suscitando o questionamento sobre a postura da iniciativa privada quanto às possibilidades de utilização da TCI no rol de suas ações com seus colaboradores ou como estratégia de responsabilidade social.

Outra atividade investigada foi a formação continuada dos terapeutas comunitários por meio das intervisões após a conclusão do curso. A intervisão tem um fundamental papel de alimentar a rede, pois é um momento de o polo formador promover encontros entre os formadores e terapeutas para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. Para a realização dessa atividade, os polos puderam assinalar mais de uma alternativa e registraram que os recursos originaram-se:

- 25%, dos terapeutas comunitários;
- 19,3%, de convênios/parcerias com entidades públicas;
- 7,6%, de convênios/parcerias com entidades privadas, e
- 7,6%, de doações.

Os dados obtidos sinalizam que, concluída a formação, há um decréscimo do investimento das entidades públicas para a manutenção da rede, ao passo que, em geral, os terapeutas comunitários têm assumido o custeio de suas intervisões, o que aponta para a manutenção da rede mais como uma adesão individual do que institucional.

Questões referentes às formações e intervisões foram apresentadas pelo entrevistado C, segundo o qual o Ministério da Saúde fez investimentos financeiros, em 2008 e 2009, para a formação de terapeutas comunitários na Estratégia Saúde da Família e Redes SUS, porém o projeto foi interrompido no meio, pois não houve as intervisões.

Ora, o povo se formou sem supervisão, que foi o que aconteceu. O povo se formou, e nós não temos uma notícia do que eles estão fazendo. Nós, enquanto cidadãos, enquanto gestores mesmo.

Além dos recursos obtidos das formações em TCI e das intervisões no questionário encaminhado aos polos foi perguntado se havia necessidade de outras estratégias para sua sustentabilidade. Diante da resposta afirmativa, as estratégias utilizadas foram elencadas e categorizadas a seguir como demonstra o quadro 5:

Quadro 5 – Síntese das temáticas principais e secundárias definidas a partir dos questionários respondidos pelos polos de formação

Temática principal	Temáticas secundárias
Fontes dos recursos	Recursos internos
	Recursos externos
	Parcerias
Administração dos recursos	Administração profissional
	Manutenção
Planejamento da entidade	Formação de novos terapeutas
	Estruturação do polo
Motivação	Resultados terapêuticos da TCI
	Relação com o poder público
	Dimensão financeira

Fonte: Elaboração própria.

4.4 Fonte dos recursos

A temática fonte dos recursos foi subdividida em: recursos internos, recursos externos e parcerias.

Recursos internos: Os respondentes registraram a utilização de recursos próprios na sustentação do polo, tais como: doações, mensalidades, destinação de porcentagens sobre as hora/aula ministradas ao polo, trabalho voluntário realizado pelos próprios membros da entidade para mantê-la atuando.

Recursos externos: Foram registradas a realização de atividades remuneradas para outras instituições como: palestras, seminários, aulas de TCI em cursos de graduação e pós-graduação, consultorias, administração de projetos, desenvolvimento de projetos com entidades públicas, rodas de TCI, vivências de resgate da autoestima.

Parcerias: Os polos estabeleceram parcerias formais ou informais. Na parceria informal tem-se o exemplo de utilizarem espaços cedidos pela comunidade ou dos próprios terapeutas para a realização das atividades. Os parceiros formais (pessoas jurídicas) têm contribuído com o pagamento de horas de trabalho de profissionais que

irão atuar no polo, ou recursos de infraestrutura para funcionamento do polo, como espaço físico, telefone, energia elétrica, água, serviços administrativos. As articulações institucionais são apontadas como importantes recursos para minimizar gastos e possibilitar a continuidade da atuação do polo.

Armani (2004) recomenda às entidades que desenvolvem ações sociais, em especial as ONGs, que, a fim de obterem sustentação mais duradoura, elas devem obter recursos tanto por meio de receitas próprias regulares, a exemplo da contribuição de associados, prestação remunerada de serviços, venda de produtos; como de fontes de financiamento públicos, privados e não-governamentais nacionais e internacionais.

A diversidade de fontes de recursos financeiros e não-financeiros para a sustentabilidade das organizações é importante, pois evita que a instituição se vulnerabilize por depender de poucas fontes. Tendo em vista que a mobilização de recursos para ações sociais constitui-se num desafio permanente para as organizações da sociedade civil, em especial no Brasil, essas ações têm sido alvo crescente da atenção da sociedade, o que tem exigido das entidades uma atuação cada vez mais profissional (LARROUDÉ, 2004).

Embora os dados apontem para uma diversidade de fontes de recursos e uma consonância com as orientações de especialistas na área de sustentabilidade, os polos assinalaram, no questionário e também nas reuniões da ABRATECOM, o enfrentamento de grandes desafios na obtenção de recursos financeiros que assegurem sua sustentação.

Polos que se constituíram como ONGs, OSCIPs, cooperativas e os vinculados a entidades privadas apontaram que, em geral, não possuem uma regularidade de fontes de recursos para desenvolver as atividades relacionadas à TCI, o que requer ações permanentes para sua obtenção, que, conseqüentemente, gera instabilidade para o desenvolvimento de suas ações. Em contrapartida, os polos vinculados a entidades públicas registraram regularidade em seu funcionamento, em especial pelo apoio na infraestrutura (espaço físico, telefone, luz, recursos humanos) e, também, pela legitimidade institucional associada à formação, que favorece a constituição de turmas.

4.4.1 Administração dos recursos

Administração profissional: Os questionários oportunizaram identificar polos que dispõem de profissionais especializados pela administração dos recursos, como contadores ou administradores, que podem estar vinculados aos recursos humanos da instituição ou terceirizados. Polos integrados a entidades públicas em geral contam com apoio dos profissionais que compõem essas entidades. Por sua vez, os polos que não estão vinculados a instituições públicas relataram dificuldades em manter um profissional para administrar os recursos, cuja carência é suprida pelo apoio de parceiros ou terceirização do serviço. Das respostas encaminhadas nos questionários, destacamos:

uma gestão colegiada na qual a Diretoria Administrativo-Financeira atua junto com os associados na administração dos recursos, segundo planejamento financeiro elaborado de acordo com as diretrizes do planejamento estratégico anual da entidade, que é acompanhado continuamente.

Manutenção: Referiu-se aos recursos financeiros destinados apenas para a manutenção básica do polo, ou seja, para cobrir despesas, sem a atuação de um profissional especializado, como, por exemplo, para pagamento de professores, taxas de água, luz, telefone, aluguel e material de consumo.

No tocante à administração dos recursos, Armani (2004) afirma a necessidade de profissionalismo no desempenho da gestão das entidades, independente de sua natureza (estatal, empresarial ou organização da sociedade civil). O autor supracitado afirma, ainda, que a maior ou menor durabilidade de uma instituição depende do acesso regular a recursos, mas, principalmente, da qualidade de sua organização e de seu projeto institucional.

A orientação de Armani (2004) aponta para uma reflexão sobre a possível fragilidade das instituições que gerenciam seus recursos somente para fins de manutenção, que ficam deficitários de uma atuação gerencial mais especializada, a qual envolveria, por exemplo, profissionais da área de administração e contabilidade, sejam eles vinculados à própria entidade ou disponibilizados por parceiros ou terceirizados.

4.4.2 Planejamento da entidade

A temática foi subdividida em: formação de novos terapeutas comunitários e estruturação do polo.

Formação de novos terapeutas: O propósito de capacitar novos terapeutas comunitários e promover atualizações constantes para os terapeutas formados, missão precípua dos polos formadores, é bastante destacado nas respostas aos questionários quanto ao planejamento das entidades, como podemos ver a seguir:

- Intensificar as ações de capacitação, intervisão continuada e consultoria para implantação efetiva da TCI não apenas na saúde, mas também na educação.
- Continuar com rodas de TCI nas instituições; dar capacitação; aprofundar os fundamentos teóricos da TCI; participar em congressos e no CDC da ABRATECOM.

Estruturação do polo: O reconhecimento da importância da estruturação material e de recursos humanos do polo foi um dado assinalado pelos respondentes. As respostas aos questionários são bastante elucidativas quanto ao que classificamos como estruturação:

- Necessitamos contratar um(a) auxiliar administrativo(a) para assumir parte da infraestrutura dos cursos e garantir um atendimento regular na sede da instituição.
- Para 2013, estamos buscando recursos para aquisição de computador, impressora e caixa de som para garantir maior autonomia, já que, até o momento, necessidades nesse aspecto foram supridas pelo presidente.
- Um profissional na equipe que faça bons projetos e saiba encaminhá-los..

As respostas dos polos indicam o foco do planejamento para dois aspectos centrais no funcionamento da entidade: missão e estrutura. Tal como propõe Armani (2004), a sustentabilidade das instituições requer um processo permanente para atualizar e qualificar sua missão, bem como administrar recursos e pessoas. O autor avança nessa discussão ao defender que a sustentabilidade requer, também, dentre outros fatores, a capacidade de gestão estratégica e de influência em políticas públicas e preparo para gerar conhecimentos úteis para a sociedade.

4.4.3 *Motivação para continuar atuando*

Resultados terapêuticos promovidos pela TCI: Os resultados terapêuticos da TCI foram assinalados nos questionários como a principal motivação para a maioria dos respondentes, evidenciado um envolvimento pessoal com a prática e os valores sociais presentes. Exemplifica essa temática a resposta:

Acompanhamos as transformações das pessoas ao longo da formação. Nas rodas, os depoimentos das pessoas sobre o diferencial na vida delas depois que começaram a frequentar as rodas é muito impressionante.

Relação com o poder público: A inserção da TCI na execução de políticas desenvolvidas por órgãos públicos também foi apontada como um fator motivacional.

- Interesse de alguns alunos em manter e aplicar a metodologia em seu cotidiano de trabalho, na saúde mental, em UBS e em formação acadêmica.
- Contamos com o apoio do sistema municipal que reconhece como servidores seis terapeutas comunitários.

Dimensão financeira: Um dado interessante foi a motivação de ordem financeira também figurar entre as respostas, visto que as ações sociais solidárias estão comumente, ou mesmo, exclusivamente associadas ao voluntariado. A exemplo do relato:

[...] participar das atividades do polo nos traz um salário afetivo e um cuidado pessoal diuturno que não tem preço, mas ao mesmo tempo a busca da institucionalização passa pela ideia básica da justiça da remuneração do trabalho e que não estamos dispostos a pagar para trabalhar.

A motivação dos polos para continuarem atuando está consonante com a proposta multidimensional da sustentabilidade. Encontramos nas respostas um entrelaçamento das motivações de ordem emocional, financeira, institucional e política. Para Armani (2004), a sustentabilidade de uma organização está diretamente relacionada com o grau de *enraizamento* social, pela articulação local e pela credibilidade desenvolvida junto aos atores relevantes no contexto, o que configura um *acreditar* na proposta a que se dedicam.

Rossi Júnior (2004) contribui com essa reflexão, ao afirmar que as pessoas atuantes no terceiro setor sabem que estão construindo sua felicidade pessoal e social numa via de mão dupla, na qual quem ajuda também está se ajudando.

Os dados obtidos disponibilizam um cenário para reflexões sobre a atuação dos polos na implantação da TCI no país. As respostas encaminhadas pelos polos mostram a diversidade presente nesta rede atuante na TCI, articulada por meio da ABRATECOM. Os desafios, superações e fatores motivadores sinalizam a persistência destas pessoas em manter a TCI em movimento, ou seja, expandindo a rede ao investirem na formação de novos terapeutas, acompanhando terapeutas formados e buscando estratégias como parcerias com a iniciativa privada e poder público.

CAPÍTULO V – A INSERÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NAS AÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS

A Terapia Comunitária Integrativa tem sido alvo de atenção de gestores de políticas públicas no país, nas instâncias municipais, estaduais e federal. Esse é um importante cenário a ser considerado neste estudo sobre a expansão e implantação da TCI, dada a repercussão que a legitimidade institucional do governo ocasiona, que reverte, naturalmente, em maior alcance da população, o que aponta para um processo de institucionalização pelo setor profissional.

5.1 Políticas públicas – diversidade de leituras

Há várias definições de política pública, diferenciadas por enfoques, abrangências e posicionamentos. De acordo com Souza (2006), as políticas públicas são orientadoras na formulação de planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas, sendo submetidas a mecanismos de acompanhamento e avaliação. Para Höfling (2001), as políticas públicas são a implantação, pelo Estado, de um projeto de governo, por meio de programas e ações direcionadas para setores específicos da sociedade.

Teixeira (2002, p. 2) apresenta o seguinte conceito de políticas públicas:

Diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

A definição adotada na presente dissertação aproxima-se da elaborada por Silva (2009b), segundo a qual a política pública é aquela coordenada, gerida e implementada pelo Estado nos diferentes níveis de administração, com financiamento regular, que se destina a uma coletividade e atende aos interesses desse coletivo, sendo submetida ao controle social.

Cabe diferenciar política pública de decisão política, desde que a política pública envolve ações e estratégias para implementar as decisões. Existe, inclusive, uma máxima, segundo a qual nem toda decisão política se transforma numa política pública, mas toda política pública provém de uma decisão política.

A Terapia Comunitária Integrativa é uma tecnologia de cuidado e, dessa feita, uma abordagem de saúde comunitária transversal, que perpassa por diversos segmentos, tais como, saúde, educação e ação social (BARRETO *et al.*, 2011). Para fins da presente pesquisa, foram selecionadas as políticas públicas federais que utilizaram a TCI no rol de suas ações, a saber: a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC).

A interface das referidas políticas e a TCI, dos investimentos do poder público destinados à implantação da abordagem nas ações governamentais e não-governamentais, por meio de entrevistas com gestores públicos envolvidos nessa implantação, e pelas pesquisas acadêmicas dedicadas a essa temática, são elementos levados em consideração neste estudo.

5.2 TCI e Política Nacional sobre Drogas

A Política Nacional sobre Drogas do Brasil (PNAD) apresenta orientações quanto à prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos, comumente denominadas redução da demanda, e à repressão, redução da oferta (BRASIL, 2005). O presente estudo focalizou-se na redução da demanda.

Um dos focos que perpassa a redução da demanda é o olhar sobre o reconhecimento da cultura; das relações sociais na família e na comunidade; da importância das redes sociais solidárias como aliados na promoção da saúde e da repercussão desses no uso de drogas. Há uma sinergia entre a proposta da Terapia Comunitária Integrativa e as orientações da PNAD, tendo em vista que a TCI é uma abordagem que amplia a rede de recursos comunitários por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, em encontros nos quais são disponibilizados às comunidades espaços de partilha de sofrimentos e superações dos desafios do cotidiano, o que lhes

possibilitam encontrar alternativas para lidarem com os desafios relacionados ao uso de drogas (SILVA *et al.*, 2010).

Outro destaque para a TCI nessa aproximação à PNAD está em seu caráter inclusivo. De maneira geral, as rodas de Terapia Comunitária Integrativa estão disponíveis para as populações com menor poder aquisitivo e em contextos vulneráveis ao uso de drogas. Nas rodas de TCI as questões relacionadas ao uso de drogas podem ser compreendidas e trabalhadas no contexto da vida das pessoas, contemplando as dimensões emocionais, sociais, econômicas e políticas. Na comunidade, essas dimensões estão entrelaçadas e são trabalhadas no coletivo, podendo beneficiar o indivíduo e a coletividade (BRASIL, 2006a).

Os benefícios obtidos pela participação em grupo de apoio comunitário como a TCI com relação ao uso de drogas estão, sobremaneira, na possibilidade das pessoas refletirem e ampliarem seu conhecimento sobre si mesmas, suas dificuldades e potencialidades, bem como dos recursos comunitários que dispõem em diferentes dimensões da vida, como no trabalho, na família, na comunidade, entre os amigos e consigo mesma (BRASIL, 2006a).

Nas rodas de TCI, são acolhidos usuários, não-usuários, familiares, dependentes e não dependentes, o que torna o contexto rico em possibilidades de trocas de experiências de vida e, conseqüentemente, de apoio social para a prevenção, apoio ao tratamento e reinserção social, pois disponibiliza aos usuários e famílias espaço para criação de vínculos positivos e para encaminhamentos. (SILVA *et al.*, 2010).

Os primeiros registros de inserção da TCI nas ações da PNAD datam de 2003, momento favorável a essa aproximação, tendo em vista que a gestão da SENAD buscava propostas de intervenções comunitárias consonantes com a PNAD. Nesse cenário, a TCI foi identificada e reconhecida como boa prática tal como discorre o Entrevistado D sobre o contexto político favorável para esta inserção.

Quando eu vim pra Senad eu percebi que nós ainda não havíamos superado no Brasil aquela fase de entender que os bons trabalhos também podem nascer da sociedade, das organizações sociais e não necessariamente só dos governos. E, nesse contexto então eu trouxe a Terapia Comunitária... Eu conhecia o professor Adalberto, tivemos várias conversas. Pensamos juntos que possibilidades poderíamos desenvolver em relação a políticas de drogas e foi uma experiência extremamente interessante porque foi o primeiro projeto oficial da Terapia Comunitária em políticas públicas nacionais.

O reconhecimento da TCI no âmbito da Política Nacional sobre Drogas, formalizado em 2004, pelo Convênio nº 16, de 2004, firmado entre a SENAD, o polo formador Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará (MISMEC) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), possibilitou a capacitação em TCI, com ênfase nas questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, de 780 lideranças comunitárias em 12 Estados brasileiros (BARRETO, 2008; BARRETO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2010).

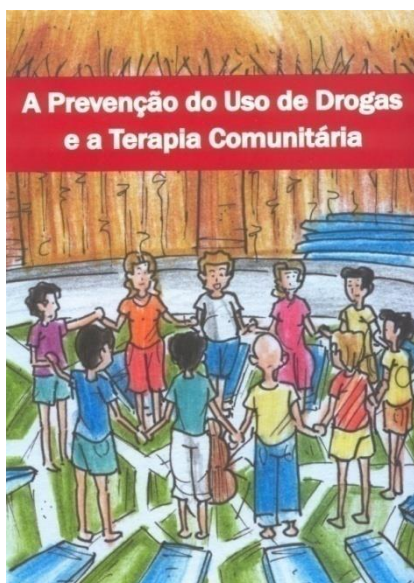


Figura 2 – Capa da publicação pedagógica produzida no convênio nº 16, de 2004, para formação de terapeutas comunitários, com ênfase na temática de álcool e outras drogas. Convênio firmado entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a Universidade Federal do Ceará e a ONG Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária.

Nesse convênio, foi realizada uma pesquisa de avaliação de impacto da TCI na atenção à saúde comunitária, com base no registro de 12 mil rodas realizadas ao longo do curso, no estágio supervisionado dos alunos. Os problemas mais citados nas rodas foram organizados em 14 categorias e serão apresentados em ordem decrescente, segundo sua incidência: 1) Conflitos familiares 2) Alcoolismo 3) Drogas 4) Estresse, Depressões 5) Conflitos em geral 6) Abandono 7) Violência 8) Depressão 9) Trabalho 10) Rejeição 11) Prostituição 12) Transtornos psiquiátricos 13) Discriminação 14) Outros. Além dos temas, foram registradas na pesquisa as repercussões da participação nas rodas de TCI para os frequentadores. Os participantes relataram sentir-se mais encorajados a compreender o problema na perspectiva de aprendizado e na visualização de possibilidades de resolução do mesmo, a reconhecer seu próprio valor, a necessidade

de aprimoramento pessoal e profissional e de buscar apoio nos serviços públicos e na comunidade (BARRETO, 2008; GIFFONI, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

Os registros das rodas realizadas pelos cursistas podem ser lidos sob a ótica de fatores de risco e fatores de proteção ao uso de drogas, sendo fatores de risco aqueles que aumentam a probabilidade do uso, e, de proteção os que diminuem essa probabilidade. Esses fatores estão em diferentes domínios da vida como: individual, familiar, comunitário, laboral, escolar, social, entre outros. Os fatores de risco podem ser exemplificados, conforme os dados da pesquisa, por: conflitos familiares, depressão, violência, estresse e abandono. Em contrapartida, as repercussões da participação nas rodas de TCI indicam fortalecimento de um contexto protetivo, como melhora da autoestima, ampliação de possibilidades de resolução para os problemas e busca de apoio comunitário.

É importante assinalar que os fatores estão inter-relacionados, o que requer uma leitura sistêmica dos mesmos, e devem ser compreendidos na realidade das pessoas envolvidas, pois um fator de risco para uma pessoa pode ser fator de proteção para outra. Uma leitura contextual pode ser obtida, por exemplo, ao buscarmos compreender o que ocorre com filhos de alcoolistas, cujo convívio com dependentes do álcool pode estimulá-los por não fazer uso da substância ao identificarem os problemas associados, ou podem fazer um uso abusivo por considerarem o consumo do álcool natural e valorizado (BRASIL, 2005).

Giffoni (2008) e Giffoni e Santos (2011) destacam a TCI como uma abordagem terapêutica promissora com relação aos problemas relacionados ao abuso de drogas por incentivar o exercício do autocuidado, valorizar os recursos culturais e possibilitar que estratégias de resolução sejam compartilhadas o que contribui para o empoderamento dos participantes e para a promoção da saúde numa perspectiva de busca de autonomia. Contudo, os mesmos autores argumentam que se fazem necessárias mais pesquisas científicas que melhor relacionem a TCI e a prevenção ao uso de drogas, apoio ao tratamento e à reinserção social, dada a não identificação de pesquisas sobre a utilização da TCI no tratamento do abuso de álcool e outras drogas.

As contribuições da TCI para a prevenção ao uso de drogas nas comunidades indígenas foi outro projeto desenvolvido de 2009 a 2012, na parceria SENAD, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC), UFC e Fundação Nacional

do Índio (FUNAI). O Convênio nº 16, de 2009, firmado entre essas instituições, possibilitou a execução do *Projeto Polo de Formação de Lideranças Indígenas em Terapia Comunitária Integrativa e Ações Complementares na Prevenção ao uso de Álcool e outras Drogas*. O projeto compreendeu a realização de três cursos: Terapia Comunitária Indígena Integrativa, Massoterapia e Técnicas de Resgate da Autoestima Indígena, , sendo concluídos por 85 indígenas, de 13 etnias, de todas as regiões do país. (BRASIL, 2011).

Pelo Convênio nº 16, de 2009, foi implantada a sede do Polo de Formação em Terapia Comunitária Indígena Integrativa e Ações Complementares para as Comunidades Indígenas Brasileiras na aldeia Pataxó de Coroa Vermelha, em Santa Cruz Cabralia, BA, onde foram construídas duas ocas de saúde comunitária indígena, uma para atividades coletivas, como a Terapia Comunitária Integrativa, e vivências, e outra para atividades individuais (massagens antiestresse) (figuras 5 e 6).



Figura 3 - Entrada da Oca de Saúde Indígena para sessões de massoterapia na Aldeia Pataxó – Coroa Vermelha, BA



Figura 4 - Interior da Oca de Saúde Indígena para sessões de massoterapia na Aldeia Pataxó – Coroa Vermelha, BA

Participaram da formação em Terapia Comunitária 35 indígenas das etnias Ticuna (Norte), Munduruku (Norte), Desano (Norte), Tariano (Norte), Pataxó (Nordeste), Pitaguary (Nordeste), Tapeba (Nordeste), Kaingang (Sul), Kaiowá (Centro Oeste), Terena (Centro Oeste), Guarani (Centro Oeste), Xacriabá (Sudeste) e

Tupiniquim (Sudeste). Concluíram o Curso de Massoterapia 16 cursistas da etnia Pataxó, do Sul da Bahia. A formação em técnicas de resgate da autoestima indígena capacitou 34 indígenas, sendo eles das etnias Pataxó, Ticuna, Kaiwoá, Tapeba e Xacriabá (BRASIL, 2011).

Os cursistas estavam, em sua maioria, na faixa etária entre 18 e 25 anos, tinham uma atuação comunitária de destaque e eram lideranças jovens, educadores, agentes de saúde comunitária indígena, pajés, artistas, psicólogo, entre outros (BRASIL, 2011).

Participaram das rodas de TCI facilitadas pelos cursistas indígenas, em 2010 e 2011, 14.889 moradores das aldeias. Os temas apresentados e as estratégias de enfrentamento dos problemas foram registrados pelos alunos. Os temas que sobressaíram foram: alcoolismo (27,9%); estresse (18,5%) e conflitos familiares (14,7%). As principais estratégias de enfrentamento utilizadas foram: participar da Terapia Comunitária Integrativa (24,4%); buscar ajuda religiosa ou espiritual (17,1%) e buscar redes solidárias (15,8%). A TCI se mostrou novamente um recurso terapêutico de atenção ao uso de drogas, tanto pela exposição direta do tema, a exemplo do alcoolismo, ou de outras questões que podem ser relacionadas a problemas advindos do uso indevido de drogas, como o estresse e os conflitos familiares (BRASIL, 2011).



Figura 5 – Alunos do Curso de Formação de Terapia Comunitária Integrativa para Lideranças Indígenas com Ênfase na Temática de Álcool e Drogas ministrado em Morro Branco-Beberibe, Ceará, 2010.

A contribuição da SENAD na inserção da Terapia Comunitária Integrativa nas políticas públicas é discorrida pelo Entrevistado D, segundo o qual:

Acho que a SENAD teve esse papel pioneiro de trazer a Terapia para a política pública porque a partir do projeto da SENAD a Terapia Comunitária passou a fazer parte de projetos na área de saúde pública, na atenção básica, enfim, no Sistema Único de Saúde, da Assistência Social... e também o pioneirismo da SENAD e do Professor Adalberto de desenvolvermos esse projeto junto às comunidades indígenas. Lideranças que trabalham nas próprias aldeias para executar a Terapia. Eu acho que hoje nós podemos dizer que com aquela iniciativa primeira da SENAD nós já temos no Brasil uma grande rede de terapeutas comunitários atuando e, o que é mais importante, fortalecendo a ideia de que é possível sim buscar soluções simples para problemas que muitas vezes parecem complexos. As perspectivas são assim, que a SENAD está aberta a sempre apoiar a expansão, enfim, nosso papel, papel da SENAD, era fazer o que nós fizemos, o papel de articular, mobilizar.

O entrevistado D ressaltou, contudo, que os projetos de implantação da TCI possuem uma fragilidade na gestão pelos executores do convênio, que deveriam contar com uma melhor estrutura administrativa e contábil. Dessa forma, as parcerias e convênios estabelecidos com o poder público e com organismos internacionais poderiam ser mais bem geridos, o que facilitaria o processo de expansão e institucionalização da abordagem.

Dentre as ações desenvolvidas pela SENAD o Entrevistado D destacou a promoção em 2004, na VI Semana Nacional Antidrogas, de mobilização nacional em prol da prevenção ao uso de drogas nas comunidades, incentivando realização de rodas de TCI no país. A atividade foi desenvolvida numa parceria SENAD, Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, ONG Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF e demais Polos de Formação em TCI. Vinte e quatro capitais e diversos municípios aderiram à proposta. Em Brasília, participaram em torno de 1000 pessoas das duas rodas de TCI realizadas ao longo do dia na Esplanada dos Ministérios, com aproximadamente 500 participantes por encontro (entrevistado D).



Figura 6 - Roda de Terapia Comunitária Integrativa coordenada pelos Prof. Dr. Adalberto Barreto e Dra. Henriqueta Camarotti na Esplanada dos Ministérios, em junho de 2004. Atividade da VI Semana Nacional Antidrogas

O evento narrado trouxe desdobramento, segundo o Entrevistado A:

A roda de terapia coordenada pelo Adalberto na Esplanada em Brasília e as outras nos Estados no mesmo dia trouxeram, na minha opinião, contribuições para o movimento da TC porque até hoje sabemos de polos de formação que realizam projetos com órgãos do governo que cuidam desse tema das drogas depois desse evento.

Nesse estudo, podemos verificar que a SENAD contribuiu para a expansão da TCI e sua inserção em políticas públicas, porém, não foi possível avaliar o grau de efetividade de implantação, pois os projetos não dispunham de mecanismos de monitoramento e avaliação.

5.3 TCI e as Políticas Públicas de Saúde – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e Política Nacional de Atenção Básica

As mudanças nas Políticas Públicas de Saúde do Brasil possibilitaram a inserção da Terapia Comunitária Integrativa entre as práticas de saúde pública, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As políticas de saúde brasileiras tiveram, na década de 80, marcos em seu processo de mudança, sendo os mais significativos a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A

Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo que as políticas sociais e econômicas devem promover a redução dos riscos de doenças e outros agravos e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 incorporou recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, das quais destacamos a criação do SUS, descentralização dos recursos públicos na área de saúde, fortalecimento da atuação dos municípios, bem como da participação popular (BRASIL, 1986; PAIM, 2008).

A Carta Magna define que as políticas sociais e econômicas devem promover a redução dos riscos de doenças e outros agravos e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Ela vem consolidar um processo de mudanças, ao assegurar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Do texto constitucional, destacamos dois artigos (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado pelas Leis nº 8080, de 1990, e nº 8142, de 1990, Leis Orgânicas da Saúde, que determinam que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo assegurado o atendimento gratuito a todo cidadão. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, apresenta os princípios que regem o SUS à luz das diretrizes do art. 198 da Carta Magna: universalidade; integralidade e equidade. Pela *universalidade*, o direito à saúde é assegurado a todos os cidadãos, o que

significa que o SUS deve propiciar atendimento a todos sem quaisquer restrições de acesso ou associação a custo direto pelo usuário (BRASIL, 2000). A *integralidade* é um princípio e também uma diretriz para a organização do SUS, ocasionando ao SUS disponibilizar ações e serviços que assegurem a promoção, proteção, cura e reabilitação das pessoas e da coletividade em todos os níveis de complexidade (PAIM, 2008). À *equidade* está associada a concepção de igualdade, o que implica estabelecer prioridades na utilização dos recursos para os segmentos populacionais com menor acesso à renda, bens e serviços e, conseqüentemente, maiores riscos de adoecer e morrer. Desta forma, visa reduzir as desigualdades sociais e regionais existente no país (BRASIL, 2000).

O SUS é um sistema complexo, que requereu o estabelecimento de diretrizes organizativas com o fim de racionalizar e democratizar seu funcionamento: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação comunitária (BACKES *et al.*, 2012). Pela *descentralização* objetiva-se municipalizar a gestão dos serviços, o que implica que cada esfera do poder (União, Estado e Município) deve possuir um responsável local articulado com as outras esferas. Associada à *descentralização* tem-se a regionalização, que visa contribuir na racionalização da distribuição dos recursos entre as regiões, considerando-se a distribuição da população no país. Pela *hierarquização* pretende-se ordenar o sistema por “níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 536).

O SUS tem como uma de suas características de maior destaque a participação comunitária na gestão. Essa marca ganha ainda maior respaldo com a Lei nº 8.142, de 1990, que aborda a importância da participação da comunidade na política de saúde, como o engajamento nas conferências de Saúde, que ocorrem no nível municipal, estadual e federal de quatro em quatro anos e a representação nos Conselhos de Saúde nos níveis apresentados. Os Conselhos possuem representação paritária entre governo e usuários do sistema. São instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Em suma, ao SUS cabe formular e implementar a política nacional de saúde com vistas a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto de serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde (PAIM, 2008).

5.3.1 SUS e Estratégia Saúde da Família

Pelo exposto, mudanças na política de saúde no Brasil objetivaram a superação do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de atenção à saúde. Nesse sentido, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente implantado em localidades com precária assistência à saúde da população, destacando-se por significativa contribuição em universalizar o acesso aos serviços de saúde. À medida que se ampliou o alcance do PSF, houve um esforço e incentivo para torná-lo uma política pública responsável pela Atenção Primária à Saúde (APS) e concebê-lo não mais como um programa, mas como uma política de Estado, atualizado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BACKES *et al.*, 2012; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Essa ampliação, segundo Mendonça (2011), pode ser identificada pelo número de equipes da ESF do país, que em 2010 eram 31500 equipes com 243022 agentes comunitários de saúde e 20103 equipes de saúde bucal, atuando em 806 municípios.

A ESF é definida como um modelo de atenção primária criada num sistema de saúde público e universal, que é implantada por meio de estratégias e ações preventivas, promocionais e de recuperação, e atua com base na realidade local, considerando os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Trata-se de um modelo que focaliza a família, porém organizado e executado no campo comunitário, compondo uma rede assistencial cujo alcance e potencialidade contributiva será tão mais efetiva à medida que esteja integrada. A rede compreende a assistência à atenção primária, atenção especializada, saúde mental, setor hospitalar, urgência e emergência, permeados pela educação permanente (ANDRADE *et al.*, 2012).

Cabe à ESF propiciar o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, o acompanhamento longitudinal e a coordenação do cuidado de saúde para os indivíduos e as famílias junto às outras redes assistenciais do sistema (SILVA; ANDRADE, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, a equipe mínima é constituída por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um

enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais da saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas (BRASIL, 2012).

A ESF busca diferenciar-se do modelo hegemônico de saúde, centrado na figura do médico, e focalizar na equipe interdisciplinar, valorizando a multiplicidade de saberes advindo de diversas áreas do saber, considerando os campos onde as áreas confluem e, também, se diferenciam. Há, dessa forma, contextos em que não existem fronteiras entre os conhecimentos. Eles estão entrelaçados de tal forma que constituem um saber único, mas há outros em que as especificidades provocam diferenciações, sendo ambos importantes para uma melhor atuação das equipes.

O trabalho das equipes que atuam em áreas geográficas definidas, denominadas territórios, requer profundo conhecimento e deve contemplar vários aspectos: sociais, econômicos, culturais, geográficos, políticos. A atuação por especificidades da clientela proporciona conhecer distintas realidades, o que favorece uma atuação adequada ao contexto local e amplia as potencialidades de cuidado à saúde.

A ESF traz um olhar para as pessoas no seu contexto familiar e comunitário, considerando os recursos presentes que podem ser promotores da saúde, tais como, relações familiares, rede social no trabalho, vizinhança, grupos de ajuda mútua; espiritualidade; assim como espaços de lazer, de convivência, entre outros. Constitui uma resposta na busca por mudanças de uma saúde pautada nas dimensões individuais, curativas, discriminadoras e excludentes para uma perspectiva de coletividade, promoção da saúde e prevenção do adoecimento (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

5.3.1.1 TCI na ESF

Pelo exposto, vemos um campo favorável para a TCI nas ações desenvolvidas no âmbito da ESF, pois essa abordagem configura-se como espaço de participação solidária, numa perspectiva de promoção da saúde e desenvolvimento

comunitário, tal qual preconiza as políticas nacionais de saúde vigentes (ANDRADE *et al.*, 2009; BARRETO *et al.*, 2011).

A consonância entre TCI e ESF está na visão contextualizada da saúde nas suas dimensões sociais, políticas e relacionais. Sendo que na ESF enfatiza-se o cuidado com a família, ao passo que na TCI há um maior direcionamento para o grupo em seu contexto comunitário (SOUZA *et al.*, 2011).

O espaço de acolhimento e escuta num contexto coletivo oportunizado pela TCI pode ser utilizado nas práticas dos serviços da rede de saúde, em especial na Atenção Básica. Trata-se de um recurso complementar às ações oficiais de saúde e não substitutivo, sendo compatível, viável e coerente com a implantação da TCI na ESF, pois ele amplia as possibilidades de atuação das equipes de saúde da família junto às comunidades, favorecendo a prevenção da doença, promoção da saúde e qualidade de vida (ANDRADE *et al.*, 2009).

Fernandes *et al.*,(2011) concebem a TCI como uma metodologia consonante com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária, haja vista que ela leva em conta a singularidade das pessoas e busca a promoção e a prevenção da saúde, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam afetar uma vida saudável. Os autores também defendem a sinergia entre a TCI e a Política Nacional de Promoção da Saúde, uma vez que a TCI objetiva contribuir para a autonomia e o desenvolvimento do senso de corresponsabilidade das pessoas, para ampliar a concepção de saúde, considerando os aspectos relacionais e culturais, bem como para favorecer o senso de cidadania e a reinserção social.

O posicionamento de Padilha e Oliveira (2012) reforçam o apresentado por Fernandes *et al.* (2011), ao considerarem que a TCI atende às orientações da Política Nacional de Atenção Básica ao implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização pela acolhida e escuta qualificada dos participantes e pelo estabelecimento de vínculos. Os autores também defendem que as orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde estão contempladas pela TCI por ela contribuir para assegurar o princípio da equidade, favorecer a participação social e o empoderamento individual e coletivo, ampliando o espaço para práticas de saúde mais adequadas à realidade do Brasil.

5.3.2 TCI: espaço versátil na atenção à saúde

A TCI possui como uma de suas características preponderantes a versatilidade, presente em seus critérios inclusivos para a formação, a simplicidade na coordenação dos grupos, a viabilidade para diversificados contextos, distintas populações e faixas etárias e efetividade em grupos numerosos (GRANDESSO, 2005).

A inserção da TCI nas ações de políticas públicas foi analisada pelo Entrevistado B, segundo o qual:

Eu acho que a Terapia Comunitária nas políticas públicas veio preencher uma lacuna. A impressão que existia, e que ainda existe em alguns cantos, é uma medicalização do sofrimento. Uma medicalização da existência. As pessoas que tem um sofrimento que precisam falar, desabafar, que precisam de um abraço, de uma massagem recebiam um papel pra tomar um benzodiazepínico... A Terapia Comunitária toca as pessoas na ação básica, lá no nível comunitário com os recursos da própria comunidade, para ver o que a própria comunidade pode resolver a nível do sofrimento e ser encaminhado para rede, para os serviços, os fatos que realmente hajam necessidade.

Pesquisas realizadas abordam a TCI no contexto da saúde sob diversos enfoques, lançando luz sobre sua implantação na Atenção Básica da saúde, saúde do idoso, promoção da saúde mental, com grupos de gestantes, pessoas de diferentes gerações e contextos, utilização em ambulatórios e centros de atenção psicossociais, abordagem ao uso de drogas, para citar alguns deles.

Segundo Giffoni (2008), a Terapia Comunitária Integrativa despertou o interesse das autoridades gestoras do Setor Saúde ao reconhecê-la como um método terapêutico adaptável às condições locais e regionais dos serviços de saúde, além de poder ter como facilitador qualquer profissional engajado no SUS.

Os estudos convergem para resultados satisfatórios da utilização da TCI na Atenção Básica à saúde. Fernandes *et al.* (2011) ressaltam a TCI como metodologia inovadora na atenção primária em saúde no Brasil porque organiza o trabalho com grupos, favorece a ampliação do vínculo entre profissional e comunidade, prioriza o trabalho humanizado pela escuta e contribui com o profissional por facilitar que ele conheça a linguagem do povo e sua cultura.

Estudos sobre a prática da TCI com populações específicas têm identificado bons resultados, como a pesquisa realizada por Holanda, Dias e Ferreira Filha (2007) com grupos de TCI com gestantes na Atenção Básica da saúde. Os resultados do estudo mostraram que a participação nos encontros contribuiu para o enfrentamento das inquietações vivenciadas no cotidiano das gestantes, configurando-se num espaço de promoção da saúde e alívio do sofrimento.

Rocha *et al.* (2009) e Andrade *et al.* (2010), ao investigarem a TCI como um instrumento de cuidado na saúde mental do idoso, identificaram os principais problemas vivenciados pelos idosos participantes da pesquisa e as estratégias de enfrentamento utilizadas. As autoras ressaltam que as rodas de TCI possibilitaram subsidiar ações humanizadas na atenção à saúde, respeitando os saberes adquiridos na história de vida dos participantes e o saber popular que eram expressos nos encontros.

Trabalhos utilizando a TCI com crianças, adolescentes, mulheres, idosos, portadores de transtornos mentais e familiares e profissionais das equipes de saúde da família foram estudados por Moura *et al.* (2012), que apontaram a abordagem como uma ferramenta de trabalho importante com grupos, o que contribuiu para a consolidação do modelo de atenção comunitária preconizada pelo SUS.

Araruna *et al.* (2012) realizaram um estudo sobre o impacto da formação de terapeutas comunitários na Estratégia Saúde da Família e identificaram benefícios no contexto pessoal e de trabalho para os profissionais. Os terapeutas formados sinalizaram melhoria na autoestima, confiança em si mesmos, capacidade de superação e melhores recursos para o trabalho em equipe e com a comunidade.

Pesquisa desenvolvida por Ferreira Filha e Carvalho (2010) apresenta facilidades e dificuldades para implantar a TCI em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quanto às facilidades identificaram o apoio da equipe, presença e cooperação dos usuários para a realização das rodas. Os empecilhos estavam no espaço inadequado para acomodar os participantes e dificuldade de adesão das famílias e usuários.

No estudo sobre a inserção da TCI na rede SUS de Santa Catarina, Padilha e Oliveira (2012), concluíram que a mesma pode contribuir para a construção de uma clínica ampliada e melhor utilização dos recursos presentes no território. No entanto, assinalam que o trabalho do terapeuta não deve estar isolado, mas integrado à equipe multidisciplinar, com o apoio das gestões dos serviços e articulado, também, a outras

políticas públicas. As autoras investigaram entraves na implantação da TCI e identificaram que giraram em torno da resistência dos usuários a trabalhos grupais, sobrecarga dos profissionais que possuem a formação em TCI e especificidades na aplicação da metodologia da TCI, como os participantes não conseguirem seguir as regras do encontro ou participarem dos momentos lúdicos.

Silva (2009a) desenvolveu um estudo sobre a formação de redes de apoio social a portadores de transtorno mental na cidade de Sobral, no qual a TCI destacou-se como recurso terapêutico dentre os ofertados no sistema municipal de saúde mental. O pesquisador relata que, em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social em parceria com a ONG Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará formou 40 terapeutas comunitários, a maioria agentes comunitários de saúde. De acordo com o autor, objetivava-se com os grupos criar espaços para acolher pessoas com transtornos leves e moderados, como, por exemplo, transtorno de ansiedade, e, com isso, redução da necessidade de atendimento médico mensal para esses casos.

Na saúde mental, os estudos apontaram para uma consonância entre a proposta da TCI e a pauta do movimento pela reforma psiquiátrica no país. Essa reforma defende que as pessoas em sofrimento emocional devem contar com recursos de saúde comunitários para sua reabilitação e inclusão social, ao utilizarem e consolidarem uma rede de apoio psicossocial numa perspectiva de autonomia e transformação social. (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Borges (2010) realizou pesquisa sobre a utilização da Terapia Comunitária Integrativa na formação de enfermeiros para atuarem na saúde mental. A pesquisadora identificou que a TCI contribuiu na aprendizagem do profissional enfermeiro no processo de cuidar em saúde mental pelo redimensionamento de valores, conceitos e papéis dos alunos.

Fuente-Rojas (2011) desenvolveu estudo sobre a TCI no processo formativo de psicólogos para desenvolverem trabalho com comunidades. Esse estudo identificou uma mudança na visão dos estudantes ao ampliar as possibilidades de atuação do psicólogo.

A utilização da TCI como prática de cuidado coletivo para estudantes universitários de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso foi estudada por Buzeli, Costa e Ribeiro (2012). A pesquisa identificou contribuições da TCI para a

promoção da saúde dos estudantes por disponibilizar um espaço de expressão dos sentimentos e, com isso, favorecer a criação de redes solidárias entre eles, fortalecer a autoestima e favorecer o desenvolvimento de uma consciência democrática e cidadã.

Há estudos que abordam a inserção da TCI no organograma de prefeituras com vistas a realizarem formações periódicas, acompanhar as práticas e articular a rede de assistência à saúde para melhor utilizar esse recurso terapêutico, tais como, em Londrina, PR, (MARTINI; ANDRELO, 2003), Santo André¹, SP, e Sobral, CE (TÓFOLI; FORTES, 2005/2007).

É bastante significativa neste processo de implantação da TCI nas políticas públicas de saúde, a experiência do Município de Guarulhos, SP. A Câmara de Vereadores instituiu por meio da Lei nº 6424, de 24 de setembro de 20082, o Programa Terapia Comunitária no âmbito do Município de Guarulhos, SP, nas Unidades Básicas de Saúde e hospitais conveniados com o SUS.

5.3.3 TCI e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

A perspectiva de promover a complementação das ações de saúde com foco na integralidade foi apresentada pelo Ministério da Saúde ao instituir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, em 2006. A PNPIC apresenta passos para o pluralismo da saúde, a fim de defender o princípio de que os cidadãos são socialmente iguais em direitos e deveres, contudo podem ser diferentes em percepções e necessidades (BRASIL, 2006b). A implementação da PNPIC no SUS é um aprofundamento do cuidado em saúde, em busca da integralidade da atenção, acesso aos serviços e exercício da cidadania.

No Brasil e no exterior, houve um aumento no uso de novas práticas terapêuticas, comumente denominadas alternativas, complementares, integrativas, holísticas ou não convencionais. Essas práticas têm sido utilizadas em espaços

¹Prefeitura Municipal de Santo André

²Câmara de Vereadores do Município de Guarulhos

institucionais e não institucionais, com a tendência de serem integradas aos sistemas nacionais de saúde (SOUZA; LUZ, 2009).

Cabe um breve esclarecimento: os termos *complementar* e *alternativo* são conceitos provisórios, estando o *alternativo* relacionado ao diferenciado do modelo biomédico hegemônico e o *complementar* referente a outras práticas diagnósticas e terapêuticas que complementam a medicina oficial. A terminologia *integrativa* refere-se a uma abordagem ampliada sobre o processo de cuidado da saúde das pessoas, envolvendo mente, corpo e espírito (ANDRADE, 2006 *apud* GIFFONI, 2008).

A Política de Práticas Integrativas e Complementares do Brasil reflete um movimento que questiona a primazia do modelo biomédico, detentor das práticas de cuidado com a saúde semelhante à ESF. Para o modelo biomédico, a saúde constitui-se na ausência de doença com o foco no diagnóstico e na intervenção técnica, ou seja, nos processos físicos relacionados à patologia, bioquímica e fisiologia de uma doença. Minimiza, ou por vezes desconsidera, a atuação dos fatores sociais ou da subjetividade individual no processo. No modelo biomédico, é enfatizado o uso da medicação e do aparato tecnológico em detrimento do encontro, diálogo e relação estabelecida entre terapeuta e pessoa enferma. Há, portanto, foco na doença e não na pessoa (BARROS, 2000; GOMÉZ, 2003; LUZ, 2005; TESSER, 2009).

De acordo com Camargo Jr. (2007), sob a ótica da biomedicina a doença é reificada, ou seja, “torna-se coisa, às expensas de seus portadores” (p. 65). A dimensão da subjetividade da pessoa doente (*illness*), que se refere aos significados que a mesma atribui à sua doença, é desconsiderada (OLIVEIRA, 2002).

Laplantine (2004) enriquece esse debate ao afirmar que o conhecimento do médico alopata, do homeopata, do curandeiro, do xamã, do exorcista, entre outros agentes de cura, devem ser significados no conceber e lidar com a saúde e a doença. A antropologia da doença contribui para o debate ao estudar o fenômeno saúde e doença, considerando fatores biológicos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e religiosos, que permeiam o contexto da história de vida das pessoas e exercem marcada influência nas suas atitudes em face da doença e dos processos de cura.

Em consonância com os autores que questionam a primazia do modelo biomédico, a perspectiva das práticas integrativas na saúde evidencia diferentes setores de saúde atuando, como o informal, o popular e o profissional. O informal é o domínio

leigo, não profissional e não especializado e refere-se às práticas terapêuticas sem pagamento ou marcação de consultas, como as automedicações, conselhos de amigos, parentes e grupos de ajuda mútua. O popular é constituído por pessoas especializadas em determinadas formas de cura, como é o caso dos curandeiros, parteiras, raizeiros e xamãs. No setor profissional, encontram-se as profissões organizadas e sancionadas legalmente, a exemplo da Medicina, Fisioterapia e Enfermagem (HELMAN, 2003).

A TCI transita entre os três setores supracitados. Originariamente surge como uma prática informal, sendo um encontro para discutir dificuldades do cotidiano numa perspectiva de ajuda mútua. Todavia, à medida que se institui a figura do formador de terapeutas comunitários e do terapeuta comunitário a abordagem ganha características associadas ao setor popular, pois tem-se pessoas que receberam uma formação especializada para coordenar as rodas. O reconhecimento do poder público e de entidades privadas da prática da TCI como uma abordagem de cuidados com a saúde comunitária aproxima-a do setor profissional, uma vez que profissionais integram a TCI entre suas práticas oficiais de atuação.

O desafio atual é a integração das perspectivas de modo a potencializar suas contribuições. Goméz (2003) defende que as diferenças teóricas não impossibilitam, na prática clínica, a combinação das diferentes práticas.

A TCI foi implantada no SUS, compondo as práticas integrativas e complementares geridas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (ANDRADE *et al.*, 2009; PADILHA; OLIVEIRA, 2012). Em 2007 e 2008, houve a celebração dos Convênios nº 3363, de 2007 e nº 2397, de 2008, firmados entre o Ministério da Saúde, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e a Universidade Federal do Ceará para a implantação da TCI na ESF e na rede SUS, por meio da capacitação de profissionais nessa abordagem (ARARUNA *et al.*, 2012; BARRETO *et al.*, 2011).

Os convênios para a capacitação tiveram como objetivo estimular os profissionais da saúde a: implantar a TCI em suas ações; ampliar as possibilidades de atuação numa perspectiva sistêmica de modo eficaz e eficiente na prevenção do adoecimento; desenvolver habilidades e competências para trabalhar as pessoas em seu contexto social, a fim de melhor lidar com suas ansiedades, estresse, angústias, frustrações, dor e sofrimento psíquico; e identificar valores culturais para fortalecimento

da identidade pessoal e comunitária. Para alcançar esses objetivos, os convênios contemplaram a formação de terapeutas comunitários, prioritariamente agentes comunitários de saúde, em todas as regiões do país, num total de 30 turmas, com 70 alunos cada (BARRETO *et al.*, 2011).

As formações somente puderam ser executadas pela parceria com os municípios, que assumiram a contrapartida com o custeio de transporte, alimentação e local para as formações. Aderiram à proposta da formação 133 municípios em 2008 e 120 municípios em 2009 (BARRETO *et al.*, 2011). Segundo Pinto *et al.* (2012), a TCI foi implantada por meio desses convênios em 120 municípios brasileiros.

Foram certificados 2105 terapeutas comunitários em todas as regiões do país. Na Região Norte: Amazonas, Pará, Rondônia e Tocantins; Região Nordeste: Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia e Piauí; Região Sudeste: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; Região Centro Oeste: Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso; e, Região Sul: Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. O quadro 6 apresenta uma síntese de alguns dados das capacitações (BARRETO *et al.*, 2011).

Quadro 6 – Síntese de dados das formações em TCI para profissionais da Estratégia Saúde da Família e Rede SUS – Convênios n°s 3363, de 2007, e 2397, de 2008 (MS/UFC/FCPC)

Formação em TCI para profissionais da Estratégia Saúde da Família e Rede SUS – 2008 e 2009
2105 terapeutas comunitários formados
1031 agentes comunitários de saúde formados
1074 profissionais da saúde (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e médicos)
9982 rodas de TCI realizadas pelos alunos durante as formações
153812 pessoas participaram dos encontros

Fonte: Barreto *et al.* (2011).

Os dados mostram um perfil diversificado dos cursistas, reforçando a proposta da TCI de ser uma abordagem de atuação acessível aos profissionais de diferentes formações e níveis de escolaridade, com vistas a reforçar a rede de apoio à saúde comunitária no âmbito das políticas públicas de saúde.

Destacamos que a formação em TCI de profissionais com perfis diferenciados enriquece a atuação da equipe, que pode ter uma melhoria na relação entre seus integrantes e maior abertura para adesão à proposta da TCI. Estudo realizado por

Araruna *et al.*, (2012, p. 39) sobre o impacto da formação de profissionais da saúde em TCI na ESF, na Paraíba, identificou que:

Qualquer processo de mudança nos atores da atenção básica provoca impacto na sua atuação, modificando a assistência prestada à comunidade....podemos observar que a formação [em TCI] promove uma mudança interna, consistente e amadurecida, que inevitavelmente impacta na sua relação com o outro, seja usuário da ESF ou colega de equipe, culminando na sintonia necessária para uma prática diferenciada.



Figura 7 – Capa da cartilha pedagógica produzida no Convênio nº 3363, de 2007, firmado entre o Ministério da Saúde, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e a Universidade

Figura 8 - Capa da cartilha pedagógica produzida no Convênio nº 2397, de 2008, firmado entre o Ministério da Saúde, a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e a Universidade Federal do Ceará



5.3.4 TCI nas Conferências Nacionais de Saúde

A implantação da TCI no Brasil foi discutida em importantes fóruns para a elaboração e atualização de políticas públicas de saúde do País, as Conferências Nacionais de Saúde. As Conferências de Saúde são legitimados espaços de interlocução entre o governo e a sociedade civil sobre temáticas a serem debatidas e consensuadas, em amplo processo de participação e representação democrática. Constituem-se, portanto, num dos principais dispositivos para a construção de políticas de Estado, que ultrapassa a transitoriedade dos governos.

Segundo Guizardi *et al.* (2004), as Conferências de Saúde, desde a promulgação da Lei nº 8080, de 1990, criam espaços formais de debate no Sistema Único de Saúde, assegurando o princípio da participação da comunidade para a definição de princípios, diretrizes e pressupostos para orientar o processo de elaboração de políticas de saúde no país.

Os relatórios da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 e da XIV Conferência Nacional de Saúde em 2011, ambas em Brasília, apresentam em seu texto recomendações quanto à TCI no campo das políticas de saúde e, na condição de espaços de debate nacionais sinalizam que a temática da TCI adveio de discussões locais e ascenderam ao campo de debate de políticas nacionais (BARRETO *et al.*, 2011; MENDONÇA, 2012).

5.3.4.1 IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial

Em 2010, realizou-se em Brasília a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSM), com o tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Participaram da Conferência usuários, trabalhadores, gestores da área da saúde e de outros setores. Na Conferência, foram reconhecidos os avanços na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária (BRASIL, 2010).

A discussão do tema foi sistematizada em três eixos: I) Políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; II) Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; e III) Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial, subdivididos em temas mais específicos.

A TCI consta das deliberações de todos os eixos, sendo recomendada em 10 itens. O relatório da Conferência orienta para a garantia da continuidade da implantação, ampliação e fortalecimento da TCI como estratégia intersetorial de promoção do cuidado em saúde mental, nos serviços de saúde, saúde mental e assistência (BRASIL, 2010; MENDONÇA, 2012). No relatório está registrado, igualmente, que a TCI pode ser beneficiada pela destinação de recursos financeiros via Piso de Atenção Básica direcionados para a implantação e implementação da Política Nacional e Municipal de práticas inclusivas e complementares.

Para a rede básica, registra que devem haver formações para os profissionais do SUS que assegurem práticas no território da ESF, tal como a TCI. Orienta que a TCI deve ser ampliada e consolidada como estratégia de promoção ao cuidado em saúde mental, por meio da formação de profissionais da ESF, saúde mental, assistência social, educação, conselho tutelar e comunidade (BRASIL, 2010).

Apresenta recomendação para desenvolver estratégias e modificar o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos pelo fortalecimento dos espaços de escuta e expressão. Além disso, especifica que a TCI é recomendada às vítimas de violência como um dos dispositivos para acolhê-las (BRASIL, 2010).

5.3.4.2 XIV Conferência Nacional de Saúde

A XIV Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011, em Brasília, com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, contou com a participação de mais de quatro mil delegados e convidados.

O relatório final da Conferência foi sistematizado em 15 diretrizes, entre as quais a diretriz nº 7, intitulada “Em defesa da vida: assegurar acesso à atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços”, orienta que a

Terapia Comunitária Integrativa deve ser reconhecida como política pública prioritária em consonância com o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2012).

5.3.5 Implantação da TCI no SUS: controvérsias

O percurso de implantação da TCI em políticas de saúde e todas as pesquisas que o embasa, não se trata, todavia de um campo consensuado, havendo discussões quanto à efetividade dessa implantação. No âmbito desta pesquisa, entrevistados problematizaram esta questão.

O entrevistado C trouxe vários aspectos para reflexão sobre a TCI nas políticas públicas de saúde, pois considera que esta inserção foi resultado de uma vontade política, numa demonstração de sincronia de interesses entre os representantes do poder público e da TCI. E, em sendo resultado de uma vontade política, o entrevistado argumentou como frágil a manutenção da TCI nesse campo por estar condicionada à presença de determinados atores em postos de decisão política.

O que motivou na verdade foi a vontade política que os desejos naquele momento se confluíram entre a proposta que foi apresentada pelo mundo da Terapia Comunitária e a receptividade por parte do Ministério da Saúde, mas o que de fato determinou foi vontade política para que aquilo [implantação da TCI na ESF e Rede SUS] acontecesse na forma de um convênio (Entrevistado C).

O entrevistado C ressaltou que os convênios executados para as formações não incorreram nos desdobramentos necessários para o acompanhamento dos terapeutas comunitários da rede. Por meio do acompanhamento sistemático, os terapeutas poderiam ter sido supervisionados e o SUS, desenvolvido mecanismos de monitoramento e avaliação da implantação dessa abordagem. Considerou o processo interrompido, destacando que, apesar do alto custo que a implantação significou para o Estado, ele permaneceu sem perspectiva de continuidade, o que incorreu num desconhecimento pelo poder público da real implantação da TCI no SUS. Nesse cenário, indaga qual a avaliação da gestão pública municipal sobre a implantação da TCI em seus serviços.

[...] afora o benefício pessoal que os trabalhadores de saúde que fizeram a formação [em TCI] tiveram, efetivamente para o SUS não se tem notícia porque não se tem mecanismos de avaliação de uma coisa que não se está institucionalizada. Ora o povo se formou sem supervisão que foi o que aconteceu. O povo se formou e nós não temos uma notícia do que eles estão fazendo. A pergunta da avaliação tem se feita para a gestão municipal se contribui para o município, se reduziu no estudo de custo-efetividade alguma coisa. Isso foi bom para a humanização das relações? Não sei. São muitas perguntas para o município porque a gestão federal tem zero de informação (Entrevistado C).

O entrevistado C também acendeu o debate sobre a TCI ser uma política pública. Segundo ele, a TCI não é uma política pública uma vez que não possui, por exemplo, orçamento determinado e código de procedimento que a identifique dentro do Sistema de Saúde. Esclarece que os convênios não são políticas públicas, mas ações planejadas por tempo determinado. De acordo com o entrevistado, o fato de estar recomendada nas Conferências de Saúde pode contribuir para a TCI se tornar uma política pública, porém as recomendações em si não configuram que se tornou. Exemplificou que as práticas integrativas foram recomendadas ao longo de 20 anos, antes de serem efetivadas como uma política pública.

Enquanto o mundo da TC achar que é [política pública] não vai andar como deveria andar. [Os convênios] podem ter alguma consequência para os polos formadores que se estruturam, pode ter alguma consequência da capilaridade da terapia comunitária no país porque é antes e depois da formação do Ministério da Saúde (Entrevistado C).

O entrevistado A, tal qual o entrevistado C, argumentou pela fragilidade na inserção da TCI nas ações das políticas de saúde pelo fato de ela não constar no planejamento da saúde pública. De acordo com o mesmo, não há financiamento regular para as atividades de formação, intervenções continuadas e consolidação de dados de vigilância no território. Destacou, também, as dificuldades encontradas para o estabelecimento de parcerias com governos municipais devidas ao preconceito de gestores da rede de atenção psicossocial sobre a TCI, ao desconhecimento sobre a abordagem e sobre a possibilidade de sua contribuição na promoção, vigilância e atenção à saúde. Considera que os terapeutas comunitários têm pouco envolvimento e atuação nas esferas de controle social do SUS, a exemplo dos conselhos de saúde, comissões e conferências de saúde. Na visão do entrevistado A, esse cenário tem

repercutido nas ações para implantação da TCI, a exemplo do cancelamento de cursos por falta de verbas públicas.

O entrevistado C continuou contribuindo com as reflexões sobre a TCI nas políticas de saúde, ao afirmar que devem ser buscadas as devidas articulações para que ela se torne uma política pública, com alocação de recursos e os demais direitos assegurados.

Acho que o tema da Terapia Comunitária é um tema relevante e, em minha opinião, o próximo passo era buscar [...] junto ao Ministério da Saúde pra que ela se transforme numa política pública, com a alocação de recursos, com tudo o que tem direito.

Pelo exposto, vimos que há controvérsias nos posicionamentos quanto à implantação da TCI nas políticas de saúde. Encontramos posições que apontam para uma implantação mais efetiva ao passo que outras sinalizam para consideráveis fragilidades nesse processo. Temos, dessa forma, um campo em construção, cujo debate condiz com a proposta de Hartz e Contandriopoulos (2013), segundo os quais existem graus num processo de implantação, que devem ser obtidos por meio da utilização de indicadores, escores ou índices de integração e, que no caso da implantação da TCI, carece de estudos que aprofundem essa temática.

CAPÍTULO VI - TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA PERSPECTIVA DE REDES COMUNITÁRIAS FORMAIS - DESAFIOS

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária e tem como um de seus principais objetivos a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias de promoção da vida por meio da identificação e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades (BARRETO, 2008).

Desde seu nascedouro, há um contexto de promoção de vínculos por meio do encontro, da escuta e da partilha de experiência num ambiente caloroso, livre de julgamentos, no qual todos têm oportunidade de falar e de serem ouvidos de forma respeitosa. É um espaço para compartilhar experiências vividas, sejam elas relacionadas ao sofrimento, sejam superações e conquistas. Por meio das partilhas, cada um pode refletir sobre sua própria vida e encontrar pistas para solução de seus problemas ou para uma compreensão diferenciada que amplie sua capacidade resolutiva. É uma oportunidade de não se sentir só, de fazer parte de um grupo que ouve, acolhe, apoia, se solidariza (MENDONÇA, 2012).

A terminologia redes sociais consta como um descritor em ciências da saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde, que é definido como “indivíduos conectados por família, trabalho ou outros interesses. Também inclui a conectividade facilitada por comunicações baseadas em computador”. Ao passo que o termo redes comunitárias é descrito nesta mesma base de dados como “organizações e indivíduos cooperando juntos para atingir uma meta comum em nível local ou de origem popular”. Embora sejam conceitos próximos, o foco do presente estudo está direcionado para o conceito de redes comunitárias, com vista a enfatizar as relações presenciais estabelecidas no convívio e não nas redes sociais virtuais. Em virtude de o termo redes comunitárias encontrar-se pouco explorado na literatura, no presente trabalho o vocábulo redes sociais será utilizado sob a acepção das redes comunitárias e o foco estará nas relações presenciais.

As redes sociais são definidas como relações sociais estabelecidas entre pessoas, grupos e organizações formadas ao longo do tempo. Essas relações podem ser constituídas intencionalmente ou herdadas. As redes estão em constante interação e

transformação (MARQUES, 1999). São sistemas abertos em construção individual e coletiva, que dão sentido de identidade e pertencimento a um universo de relações significativas em que uma pessoa pode estar imersa (SLUSKI, 1996).

De acordo com Sanicola (2008), há aproximações e diferenciações no conceito de rede e de grupo. Esses conceitos se aproximam pela existência de tensões, polarizações, alianças e conflitos e se diferenciam, pois as redes não possuem fronteiras e são flutuantes no tempo e no espaço, enquanto os grupos são delimitáveis e estão relacionados à contingência da tarefa a realizar.

As redes sociais são estruturadas em dimensões formais e informais, sendo as informais relações interpessoais estabelecidas entre pessoas por relacionamentos próximos e/ou envolvimento afetivo, tais como, família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade (SANICOLA, 2008; ROSA, 2007). Nas redes informais, não há uma configuração de poder concentrada apenas em uma pessoa. Na informalidade, a pessoa tem a percepção de ser o centro de sua rede de relações pessoais, a exemplo da rede de amizade. A pessoa vivencia a experiência do poder sem, contudo, negar o poder do outro. Essa experiência de centralidade e poder contribui para a construção de sua identidade individual e social (Barnes *apud* MILANESE, 2012).

De acordo com Barnes *apud* Sanicola (2008), há uma fluidez nas redes, haja vista que as pessoas que a compõem podem constituir ou desfazer laços entre si sem, necessariamente, atender a limitações de caráter funcional.

O conceito de rede formal compreende as relações existentes entre grupos formais, organizações, associações, ou seja, redes de organização ou serviços. As redes formais são definidas entre as organizações e possuem uma intencionalidade, o que torna viável existir relações e interconexões entre entidades diferenciadas. Há centralidade do poder na rede, expressa pela presença de coordenação, de chefes instituídos. O centro do poder é, todavia, dinâmico, pois a depender do contexto, as lideranças são diferenciadas, o que traz mais uma característica das redes, o policentrismo (MILANESE, 2012).

Milaneze (2012) afirma que refletir sobre redes formais e informais é complexo, pois as redes são multidimensionais, em dimensões interconectadas, inter-relacionadas, de modo que estudá-las requer, de certa forma, simplificá-las pelo recurso da categorização, a exemplo de uma pessoa que integra diferentes redes em *dimensões*

distintas. Embora a pessoa exerça diferentes papéis, suas características de personalidade, escolarização, visão de mundo, afetos, desafetos, perpassam essas dimensões numa complexa fluidez.

A TCI transita entre as duas dimensões das redes, as formais e as informais. As informais estão nos encontros entre familiares, vizinhos, amigos, membros das comunidades que se reúnem para partilhar suas vivências. Torna-se, portanto, um espaço de cuidado mútuo, de apoio social. Segundo Vaitsman e Andrade (2002), o apoio social é uma das funções disponibilizadas pelas redes sociais, sendo ao mesmo tempo função e promotora de construção das redes. Esses mesmos autores enfatizam os aspectos positivos das relações sociais como a solidariedade em momentos de crise, a troca de experiências, a ajuda no cotidiano. Argumentam que o envolvimento comunitário pode contribuir para a melhoria da autoestima, da satisfação com a vida e com a capacidade de enfrentar problemas.

A que se considere as limitações categóricas, retomemos a concepção de rede comumente metaforizada pela imagem de pontos conectados por fios, como uma teia, sinalizando as relações interdependentes entre indivíduos ou grupos (VAITSMAN; ALMEIDA, 2002). Por meio dessa imagem, podemos delimitar campos de estudo das redes, pois estudá-las sempre implica vislumbrarmos apenas parte dela (MILANESE, 2012).

As redes podem ser estudadas partindo de suas características estruturais, que correspondem ao seu tamanho, composição, dispersão geográfica, homogeneidade ou heterogeneidade, densidade, e pelos tipos de funções que impactam na sua dinâmica de funcionamento (VAITSMAN; ALMEIDA, 2002; BORGES; SUDBRACK; ALMEIDA, 2012; SLUSKI, 1997).

As características estruturais das redes são definidas por Sluski (1997). *Tamanho* refere-se ao número de pessoas na rede. Para o autor, redes de tamanho médio são mais efetivas, pois as pequenas podem possuir uma carga de tensão muito elevada nos relacionamentos e as muito grandes correm o risco da inafetividade. *Densidade* corresponde à intensidade de trocas e vinculações, o que será mais detalhado a seguir. A *composição ou distribuição* implica a localização dos vínculos da pessoa em seus universos relacionais, a exemplo da família, trabalho, escola, amigos, e possibilita uma leitura da diversidade ou concentração em determinadas áreas. *Dispersão ou*

acessibilidade relaciona-se à distância geográfica entre as pessoas que participam da rede, que pode facilitar ou dificultar o acesso de umas às outras. *Homogeneidade ou heterogeneidade* diz respeito às características demográficas e socioculturais, tais como, sexo, idade, cultura e nível socioeconômico. As redes podem ser mais ou menos homogêneas.

As funções da rede também são apresentadas por Sluski (1997), que elenca como exemplos dessas funções: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos. Dos exemplos citados, consideramos pertinente esclarecer o item regulação ou controle social, relacionado às interações que lembram e reafirmam responsabilidades e buscam assegurar que os papéis sejam devidamente desempenhados conforme as expectativas coletivas.

O símbolo das redes como uma malha de fios possibilita contemplar sua densidade, atributo que, de certa forma, inclui os demais. As malhas são construídas pelo cruzamento de pontos, ou nós, onde acontecem trocas sinérgicas. As redes podem ter densidades diferenciadas tanto com a malha mais estreita, com muitos fios entrelaçados e alta frequência de inter-relações, como com uma malha mais larga, com uma quantidade menor de interconexões (SANICOLA, 2008). Existem muitos graus de variação entre esses dois extremos.

Bott *apud* Sanicola (2008) publicou, em 1957, sobre os efeitos da densidade da rede. Numa rede com a malha estreita, ou apertada, os membros buscam se manter em contato, disponibilizar ajuda mútua, estabelecer consensos quanto às normas e exercer controle uns sobre os outros para garantir que as normas estabelecidas sejam respeitadas. Numa rede com malha alargada, as relações entre os integrantes são significativamente menos intensas do que na malha estreita, que podem, inclusive, não interagirem. Há uma diversidade de normas e o controle e apoio social são frágeis e menos eficientes.

Uma rede social fortalecida é aquela em que a interação entre os integrantes é intensa e cada um tem clareza do seu papel e do que pode contribuir para alcançar uma meta comum. Uma rede frágil possui pouca participação e troca, maior isolamento e distanciamento entre as partes.

6.1 Rede da TCI

A TCI surgiu do encontro de uma rede comunitária informal. Moradores do Pirambu, bairro de periferia de Fortaleza, CE, identificados pela realidade de vida comum, se reuniam para partilhar as dificuldades e soluções encontradas para os problemas do cotidiano. A reflexão coletiva suscitada pela pergunta “Quem aqui já viveu uma situação parecida e como fez para superar?” facilitou a partilha de vivências num movimento solidário, cujo objetivo foi promover o apoio social (CAMAROTTI; OLIVEIRA, 2009).

Os encontros para o diálogo se tornaram presentes no cotidiano da comunidade, pois aconteciam semanalmente, e o vínculo entre as pessoas foi sendo fortalecido. Por outro lado, as rodas de conversa passaram a integrar atividades de campo dos alunos da disciplina Saúde Comunitária, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação do Prof. Adalberto. E, em 1988, o Prof. Adalberto fortaleceu a relação da comunidade com a Universidade pela criação do Projeto de Extensão Universitária Quatro Varas (GIFFONI, 2008).

Tal qual discutido no capítulo IV sobre a criação da ABRATECOM e dos polos formadores em TCI no Brasil, o apoio da Pastoral da Criança, iniciado em 1992, contribuiu na expansão da TCI em âmbito nacional ao investir na formação de suas lideranças no país em TCI.

Em 1995, foi formalizado juridicamente o primeiro polo de formação em TCI no Brasil, o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará (MISMEC), ou Projeto Quatro Varas (GIFFONI, 2008).

A partir deste primeiro polo, a rede da TCI foi se constituindo, sendo integrada pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária, pelos polos de formação em TCI no Brasil e no exterior, por entidades do terceiro setor e empresas privadas. Essas são instituições representativas da rede formal da TCI, que estão diretamente relacionadas com a expansão da TCI no país e no exterior, seja pela execução de cursos, realização de congressos e outras atividades afins ou pelo fomento e incentivo à sua implantação nos mais variados segmentos, como a saúde, educação, ação social, justiça.

Desde 2003, os terapeutas comunitários reúnem-se regularmente para fortalecer e ampliar a rede constituída por meio da troca de experiências. Nos anais dos congressos, há registro de apresentações de experiências práticas e de estudos científicos desenvolvidos sobre a abordagem. O quadro 7 apresenta os eventos realizados e suas referências de ano e local.

Quadro7 – Síntese dos congressos de TCI

Ano/local	Evento
2001/CE	I Congresso Brasileiro de TC Tema – A Terapia Comunitária no Brasil
2004/DF	II Congresso Brasileiro de TC Tema – A Terapia Comunitária no Brasil
2005/CE	III Congresso Brasileiro de TCI Tema – Terapia Comunitária: Tecendo Redes para a Transformação Social – Saúde, Educação e Políticas Públicas
2007/RS	IV Congresso Brasileiro de TCI I Encontro Internacional de TCI I Encontro de Pesquisa em TCI Tema: Terapia Comunitária: Inclusão Social – Integrando Saberes e Ampliando Redes Solidárias
2009/CE	V Congresso Brasileiro de TCI II Encontro Internacional de TCI II Encontro de Pesquisa em TCI Tema: Terapia Comunitária: Promovendo a Saúde na Família e na Comunidade
2011/SP	VI Congresso Brasileiro de TCI III Encontro Internacional de TCI II Encontro de Pesquisa em TCI Tema: Cuida de mim, cuida do outro, cuida da vida
2013/PB	VIII Congresso Brasileiro de TCI IV Encontro Internacional de TCI III Encontro de Pesquisa em TCI Tema: Fortalecer vínculos, redes e ampliar fronteiras

Fonte: Elaboração própria.

Os anais dos seis congressos brasileiros de TCI realizados de 2003 a 2011 revelam uma rede ampla e com diversificadas experiências sobre o uso dessa abordagem em todos os estados brasileiros e em diferentes segmentos, tais como, saúde, educação, justiça, ação social. As práticas são desenvolvidas por entidades governamentais, não governamentais, iniciativa privada ou lideranças comunitárias.

Nos anais dos congressos, há vários relatos de experiências e estudos sobre a inserção da TCI nas ações do poder público, que apresentam dados favoráveis a essa implantação. Dessas políticas, é na Atenção Primária à Saúde que se encontra o maior número de relatos de práticas da TCI, pois dos 115 trabalhos apresentados sobre a TCI nas políticas públicas de saúde, 95 trataram especificamente da TCI na Atenção Básica. Esses dados estão consonantes com Mendonça (2012), segundo o qual é na Atenção Primária à Saúde que se encontra o maior número de práticas da TCI.

Há vários registros nos anais dos congressos de rodas de TCI no terceiro setor com públicos gerais (crianças, adolescentes, jovens, adultos) e com públicos específicos (pacientes portadores de HIV, deficientes auditivos, hipertensos, diabéticos). Das experiências narradas, a ONG Rede Solidária de Artesanato e Cultura Popular Paranoarte é bastante expressiva, pois constituiu-se a partir das rodas de TCI desenvolvidas pela ONG Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF, na Região Administrativa Paranoá, no DF. Nos encontros, mulheres em situação de vulnerabilidade social compartilharam técnicas artesanais e organizaram-se em núcleos de geração de renda (CAMAROTTI; OLIVEIRA, 2009). A Paranoarte formalizou-se como ONG, expandindo-se para 13 Regiões Administrativas do DF, em 20 núcleos de geração de renda³.

A utilização da TCI pela iniciativa privada também tem sido apresentada nos congressos, porém de forma pouco expressiva, pois nos seis encontros há apenas 12 registros de trabalhos desenvolvidos por esse segmento. Dos trabalhos apresentados, destacaremos a prática da TCI pelo Instituto Lina Galvani (ILG), instituto empresarial do Grupo Galvani. O Instituto visa identificar e apoiar iniciativas, nos municípios onde a empresa atua, que melhorem a qualidade de vida das pessoas da localidade, sendo os

³ONG Rede Solidária de Artesanato e Cultura Popular Paranoarte. Site: <http://paranoarte.blogspot.com.br/>

trabalhos desenvolvidos em municípios dos estados de Minas Gerais, Bahia e São Paulo.

A Terapia Comunitária Integrativa é a base metodológica do trabalho do ILG, que a utiliza na realização de diagnósticos participativos, programa de intervenção e definição de indicadores do desenvolvimento comunitário das localidades. Nas rodas são identificados e valorizados os potenciais das pessoas para fortalecer a rede comunitária numa perspectiva de autonomia, otimização dos recursos locais e ampliação de possibilidades resolutivas pelo estabelecimento de parcerias⁴.

6.2 TCI na iniciativa privada: Programa Vira Vida do CNI/SESI

Figura 11 – Capa da publicação do Programa Vira Vida do SESI



Em âmbito nacional, a TCI foi implantada pelo Conselho Nacional da Indústria do Serviço Social da Indústria (CNI/SESI) no Programa Vira Vida. Trata-se de um programa social do SESI, criado em 2008, que visa contribuir para a elevação da autoestima e da escolaridade de adolescentes e jovens de 16 a 21 anos em situação de exploração sexual, com o objetivo de que eles reconheçam seu próprio potencial e conquistem autonomia pela participação em ações de profissionalização, escolarização e

⁴ Instituto Lina Galvani. Site: www.linagalvani.org.br

práticas socioeducativas que intervenham positivamente nos modos de ser, pensar e agir, e em suas condições objetivas de vida, como a inserção no mercado de trabalho⁵.

O Programa possui uma coordenação nacional vinculada ao CNI e coordenações locais exercidas pelos Departamentos Regionais do SESI, é realizado em parceria com instituições do Sistema S, incluindo o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP), Serviço Social do Transporte (SEST) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT).

O Programa está implantado nas cidades de Fortaleza (CE), Recife (PE), Natal (RN), Belém (PA), Brasília (DF), Teresina (PI), Salvador (BA), Campina Grande e João Pessoa (PB); Curitiba, Londrina e Foz do Iguaçu (PR), Rio de Janeiro (RJ), São Luís (MA), Porto Velho (RO) e Aracaju (SE).

Para ampliar o escopo de informações sobre a expansão da TCI no Brasil foi realizada na presente pesquisa um estudo de caso sobre a implantação da TCI no Programa Vira Vida. Para tanto, foram entrevistados dois representantes da coordenação nacional do Programa, denominados entrevistado E, e entrevistado F. A entrevista foi realizada em conjunto, com a participação da pesquisadora e os entrevistados seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado.

Os entrevistados foram interpelados sobre a motivação para implantarem a TCI no Vira Vida e responderam que, além da formação profissional e da escolarização oportunizadas pelo sistema S, identificaram que deveriam atuar na área psicossocial, tendo em vista que constataram, através da realização de pesquisa sobre a qualidade dos vínculos afetivos dos jovens participantes, uma média de 85% de vínculos conflituosos entre os jovens e suas famílias. O Programa passou, desde então, a desenvolver práticas psicossociais, tendo como referência a experiência de cada profissional individualmente, porém ressaltaram que havia o interesse da coordenação nacional em que as ações fossem uniformes nos Estados e que dessem retorno (Entrevistados E e F).

⁵Programa Vira Vida. Site: www.viravida.org.br/

Os jovens do Programa Vira Vida não tinham consciência de si, da sua exploração, do seu pensar, das suas dores, levaram aquilo como jovens [...] No decorrer do tempo a gente viu que a profissionalização por si só não garantia essa inserção porque esses jovens vinham de um processo de sofrimento [...] Quando começamos o projeto a gente via que precisava trabalhar a questão do psicossocial além da formação profissional, além da escolarização [...] a gente viu que precisava procurar uma metodologia que trouxesse um eixo transversal no projeto. A tecnologia que era diferenciada de um lugar para o outro a gente via que não era aquilo, que não dava retorno (Entrevistada E).

A TCI foi identificada como uma abordagem psicossocial adequada aos diferentes contextos regionais do país, o que correspondia às expectativas do Programa de favorecer o resgate da autoestima dos jovens, promover vínculos saudáveis e aproximar as famílias do Programa. Diante disso, em 2010, implantaram-na entre as ações do Vira Vida por meio da capacitação de psicólogos e assistentes sociais do Programa e de profissionais das entidades parceiras do terceiro setor (Entrevistado E).

Os entrevistados destacaram que o investimento na formação dos profissionais parceiros do Vira Vida melhorou o acesso das famílias às rodas de TCI, uma vez que as ONGs atuam mais próximas a elas, o que os entrevistados denominaram de *braço largo* do Programa. Segundo o entrevistado E:

Nós estamos despontando dentro da rede de proteção social como é o caso do [nome da pessoa] que faz nos CREAS, nos CRAS...

Todavia, o entrevistado E ressaltou que se questionam quanto à efetividade da implantação da TCI junto aos parceiros, devido à grande rotatividade de pessoal nessas entidades. De acordo com ele, o Programa não pode afirmar que independentemente da ONG, o profissional capacitado irá continuar realizando as rodas de TCI.

A avaliação do impacto da implantação da TCI nas ações do Programa encontra-se em curso. No entanto, o entrevistado F observou que a participação do jovem nos encontros terapêuticos favoreceu a adesão das famílias à abordagem, pois eles passaram a demonstrar mais facilmente suas vivências e emoções. Os entrevistados identificaram um resgate da afetividade, que estava desgastada, o que correspondeu à demanda suscitada pela pesquisa sobre resgatar e fortalecer os vínculos afetivos, uma vez que são importantes fatores de proteção dos jovens em contexto de vulnerabilidade

social. Numa perspectiva de fortalecimento de uma rede de proteção comunitária, a coordenação almeja que os próprios alunos do Programa sejam os terapeutas comunitários de sua comunidade.

A gente que tá na ponta percebe a evolução, a melhoria dos jovens, as descobertas, crescimento (entrevistado F).

E a gente ou eu tenho uma intenção que um dia os próprios alunos possam ser os terapeutas comunitários. Se a gente conseguisse que esses alunos fossem seus próprios terapeutas comunitários de sua comunidade isso seria um salto. Por que o que acontece? O jovem quando ele entra no trabalho com a própria família, a família se emociona, se engaja (Entrevistado E).

Pelo exposto, a TCI atendeu à necessidade do Programa de utilizar uma abordagem de intervenção psicossocial adaptável aos diferentes contextos regionais do país, o que reforça o reconhecimento de que a TCI é uma abordagem viável para distintos contextos e aplicável a diferentes populações, faixas etárias e quantitativo de participantes. Além do mais, favorece a criação e/ou fortalecimento de redes sociais solidárias e contribui no processo de empoderamento de pessoas e comunidades em contextos sociais vulneráveis (GRANDESSO, 2005; RIVALTA; BARRETO; BARRETO, 2011).

Experiência semelhante foi desenvolvida pelo Grupo Caixa Seguros em parceria com a ONG Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal, polo de formação em TCI no DF, por meio do programa “Jovem de Expressão”, ação social do Grupo Caixa Seguros. Entre 2008 e 2009 a Terapia Comunitária Integrativa foi sistematizada e implantada para utilização com os jovens participantes do Programa que vivenciam situações de vulnerabilidade social. O nome TCI foi substituído por “Fala Jovem” e a metodologia adaptada para favorecer a adesão desse público específico. Na experiência do “Fala Jovem” identificou-se que os jovens puderam contar com um espaço de diálogo para lidarem com suas emoções, tristezas, angústias, conflitos familiares, episódios de violência, culpa, solidão, frustrações. Além disso, as rodas também eram espaços para reconhecer e celebrar as competências e conquistas dos jovens pela expressão de sonhos e alegrias e a qualificação positiva de aspectos de suas vidas (CAIXA SEGUROS, 2009).

Diante dos achados identificados na implantação da TCI com jovens do Programa Jovem de Expressão, as palavras do Prof. Adalberto publicadas no manual de sistematização do Programa podem ser estendidas para o Programa Vira Vida do SESI,

ao defender que as empresas interessadas em trabalhar com os jovens invistam em suas competências, pois ao cuidarem da saúde mental dos jovens prestam um considerável serviço à sociedade ao favorecer encontros que conduzam os jovens para um mundo mais solidário (CAIXA SEGUROS, 2009).

CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar esta pesquisa foi um grande desafio, pois nos propusemos analisar o processo de expansão da Terapia Comunitária Integrativa numa perspectiva nacional e buscar descrever e compreender sua implantação no país. Para tal, buscamos a contribuição de atores com diferentes experiências sobre o tema, perspectivas e pontos de vista. Porém, o diferencial que enriqueceu o estudo foi evidenciar um campo não consensuado, em permanente construção.

A pesquisa realizada possibilitou sistematizar o percurso de uma abordagem de atenção à saúde, desenvolvida num contexto pontual, marginalizado, que se expandiu nacionalmente por sua versatilidade e adequação, ao contribuir no acolhimento dos sofrimentos e superações inerentes ao humano, que independiam de local de moradia, profissão, raça, credo, idade, grau de escolarização. Traz subjacente a mensagem de que é possível à comunidade desenvolver recursos para lidar com seus problemas, numa perspectiva cidadã de autonomia, por meio da criação e fortalecimento de redes sociais solidárias.

Um estudo com foco tão amplo assemelha-se ao mapa de uma cidade, que possibilita uma visão panorâmica, enriquecida por detalhes que facilitam o conhecer a cidade e o deslocar-se nela. O mapa é uma representação com possibilidades e limitações de leitura, porquanto no contexto há informações acessíveis, inacessíveis ou de difícil expressão nesse mapa. Podemos, por exemplo, identificar a existência de uma rua, sua historicidade, recursos de lazer, segurança e educação presentes, porém desconhecer sua dinâmica relacional.

O presente estudo tem, portanto, essa identidade de mapa ao pretender descrever a implantação da TCI no país. Para isso, utilizamos de recursos metodológicos diversos, como a contribuição de narradores especiais, pessoas com significativa participação no processo de implantação da TCI em âmbito nacional. O local social em que eles ocupavam favoreceu essa leitura, tendo em vista que constituíam agentes implicados diretamente no processo. Esses narradores foram acessados por meio de entrevistas semiestruturadas, questionários, observações de encontros, diálogos informais. Outras pessoas poderiam trazer novas contribuições,

todavia a necessidade de uma delimitação requereu uma seleção. Contudo, registramos que os relatos não esgotam o tema.

Um recurso metodológico que favoreceu a narração dessa história envolveu a pesquisa do percurso trilhado pelo criador da TCI, Prof. Adalberto, enquanto protagonista no processo de expansão da TCI no país, inicialmente de uma forma pontual ao apresentá-la em Congressos e, posteriormente ao favorecer o estabelecimento de parcerias que proporcionaram a expansão e implantação da abordagem no país vinculada a diferentes segmentos, como entidades não governamentais, governamentais e iniciativa privada. Dessa forma, destacamos o esforço pessoal empreendido pelo Prof. Adalberto para que a TCI alcançasse sua atual capilaridade e sustentação.

Outro recurso metodológico que favoreceu a narração dessa história envolveu o debruçar sobre os documentos da Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Documentos relevantes historicamente na caminhada de implantação da TCI, que registram institucionalmente as discussões e deliberações referentes à abordagem com legitimidade para avaliar e validar o que está de acordo com seus preceitos.

Por fim, recorreremos à leitura e análise de Políticas Públicas que utilizaram a TCI no rol de suas ações, o que evidenciou a consonância entre a proposta da abordagem e as orientações dessas políticas: Política Nacional sobre Drogas, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

No decorrer da pesquisa, buscamos identificar as bases do processo de implantação da TCI a partir das instituições que o protagonizaram, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária e os 42 polos de formação em TCI no país que a constituem. Essas instituições adquiriram este *status* de basilares por possuírem uma dedicação, por vezes exclusiva, à TCI, lidando com as principais questões a ela associadas, como expansão da rede de terapeutas comunitários, formação, acompanhamento dos terapeutas, estabelecimento de parcerias entre os integrantes da rede da TCI e entre esses e entidades externas governamentais e não governamentais.

Em geral, as entidades protagonistas do processo têm se dedicado a assegurar que a expansão da TCI ocorra respeitando os preceitos teóricos,

metodológicos e éticos estabelecidos desde sua origem por seu criador, num movimento de expansão e manutenção da rede.

Embora integrem uma rede com semelhanças que lhes atribuem identidade de polos de formação, possuem elementos que os diferenciam e impactam em seus objetivos principais, que são as formações e o acompanhamento dos terapeutas. Há distinção entre os polos quanto à sua constituição, podendo ser eles polos privados ou vinculados a entidades públicas. Há polos que se aproximam mais de uma proposta social, com incentivo ao voluntariado, com características de movimento social e outros com motivações comerciais.

As distinções entre os polos impactam na implantação da TCI, pois dizem dos valores que estão sendo associados à abordagem e da imagem que repercute no contexto mais amplo, inclusive para o estabelecimento de parcerias, perfil dos alunos, entre outros.

Há uma discussão sobre a TCI ser um espaço de realização pessoal e de ação voluntária ou com fins comerciais. Essa é uma discussão que se encontra em aberto não havendo, portanto, uma clareza de posicionamento sobre a questão e menos ainda sobre o impacto que ela causa na imagem da TCI no contexto social.

Dentre os elementos identificados em todos os polos formadores, encontramos o engajamento pessoal de lideranças atuantes tanto no universo privado quanto no público. Foi possível reconhecer uma atuação constante dessas lideranças para assegurar que a TCI tenha espaço de atuação, o que torna viável uma interpretação de que não se trata de uma abordagem estabelecida, mas que ela requer articulações permanentes a fim de assegurar e ampliar um espaço conquistado. Essa realidade é encontrada em polos que realizam formações em parceria com entidades governamentais e que requerem novas negociações a cada novo ciclo de formação. É ilustrativa, também, a atuação de terapeutas comunitários que integram o corpo de profissionais de entidades governamentais, que, embora façam parte do sistema, têm relatado a necessidade de uma atuação permanente, a fim de assegurar o espaço da TCI no âmbito das entidades que integram. Dessa forma, nos vemos diante de um contexto de conquistas no que refere à implantação da TCI, mas não de uma estabilidade assegurada, tendo em vista que é requerida uma atuação permanente desses atores-chaves, comprometidos com a proposta.

No estudo da implantação da TCI no Brasil, que envolveu entidades, parcerias e lideranças, é significativa sua capilaridade em todas as regiões do país, sendo que, na maioria delas, contempla todos os Estados. Tal atuação *in loco*, realizada por lideranças conhecedoras de seus contextos, é favorável para a implantação da abordagem e sustentabilidade da prática. Estão associados a essa leitura, os congressos bianuais que promovem a retroalimentação da rede e se constituem espaço para decisões consensuadas, fortalecimento da rede e, conseqüentemente, impacto na implantação da mesma.

Diante do protagonismo dessas entidades, dedicamos uma atenção especial às estratégias que elas utilizavam para garantir sua sustentabilidade. Nesse levantamento, identificamos estratégias diferenciadas, de acordo com a estrutura de funcionamento dos polos. Encontramos polos que possuem diversas fontes de recurso, tais como, realização de palestras, consultorias, parcerias com entidades privadas e não governamentais, e uma administração profissional, como, também, polos com *gestões domésticas*, cuja sustentabilidade enseja uma atenção maior.

No que diz respeito ao perfil e à sustentabilidade dos polos, surgiu dentre as entrevistas um posicionamento contundente, que questionou o *status quo* segundo o qual os polos formadores deveriam ser polos públicos e não mais privados, assegurando amplo acesso à abordagem, em especial para os trabalhadores com menor poder aquisitivo e maior aproximação com a comunidade, tais quais os agentes comunitários de saúde.

A pesquisa se propôs discutir a TCI no âmbito das políticas públicas. No tocante à TCI na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), vimos a partir do estudo da política e das falas dos entrevistados, uma validação institucional da abordagem nas ações de prevenção e atenção ao uso de drogas, contemplando diversificados públicos, inclusive povos indígenas. Os dados obtidos nas rodas de TCI realizadas nas formações financiadas identificaram os encontros como fortalecedores dos fatores de proteção ao uso de drogas em diferentes áreas da vida: individual, familiar, laboral, comunitário.

Cabe registrar as limitações referentes ao estudo da implantação da TCI nas ações da PNAD que se deu de forma pontual, tendo como referência os convênios estabelecidos para as capacitações e a entrevista de um sujeito chave, uma vez que essa implantação não é objeto de monitoramento e avaliação de efetividade, o que limita

tecermos considerações mais aprofundadas acerca da implantação da TCI nas ações da PNAD.

Há um debate sobre a TCI configurar-se como uma política pública. Esse tema tem sido alvo de discussão pelos integrantes do movimento da TCI e gestores públicos, havendo discordâncias quanto a considerá-la uma política pública. Aqueles que argumentam que a TCI é uma política pública baseiam-se em sua inclusão em ações da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e na Política Nacional sobre Drogas. Argumentam, também, sobre a inclusão de recomendações da TCI nos relatórios da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, e da XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011.

Tais argumentos são contrapostos por aqueles que não a consideram como uma política pública, pelo fato de ela não possuir elementos mínimos que a configurem como tal, como texto específico, orçamento determinado com financiamento regular, inserção no planejamento da saúde pública, código de procedimento que a identifique nos sistemas de monitoramento e avaliação, mecanismos de controle social.

Os entrevistados que não a consideravam uma política pública apresentaram, todavia, que devem ser buscadas articulações para que a abordagem se torne uma política pública, pois o apoio governamental que tem sido direcionado à TCI nos últimos 10 anos foi promovido por gestores afinados com a proposta da TCI, ou seja, por decisão política, que enseja transitoriedade, ao contrário de uma política pública que possui maior perenidade e sofre menos influência de decisões pessoais.

É fundamental registrar a importância do espaço conquistado pela TCI nas ações de políticas públicas, que a legitimou enquanto abordagem contributiva para a saúde pública e o desenvolvimento social. Nesse sentido, houve relato em entrevista de que, na mesma medida em que há uma contribuição para as políticas públicas na inserção da TCI, há uma fragilidade pela inexistência de mecanismo de acompanhamento e avaliação dessa inserção, o que impossibilitou avaliar a efetividade de sua implantação.

Cabe problematizar que não houve uma adesão unânime dos gestores públicos à TCI. A pesquisa identificou relatos de experiências em que membros de polos de formação que buscavam ampliar a rede de terapeutas comunitários na saúde

pública, em âmbito municipal, relataram preconceito por parte de gestores da rede de atenção psicossocial sobre a TCI. Ressaltaram, contudo, que esses gestores desconheciam a abordagem e suas possibilidades de contribuir para a promoção, vigilância e atenção à saúde.

A pesquisa também buscou refletir sobre a TCI numa perspectiva de redes comunitárias formais, uma vez que há um entrelaçamento de entidades governamentais, não governamentais e da iniciativa privada em torno da implantação da abordagem.

Há um mecanismo de sustentabilidade da rede, no qual as entidades que protagonizaram a formação ofereceram pessoas qualificadas para o desenvolvimento das práticas e as entidades governamentais e não governamentais proporcionaram fontes de recursos para as formações, bem como espaço para a realização das rodas.

Neste sentido, é interessante observar o dinamismo que existe no processo de expansão e manutenção da rede de terapeutas comunitários, a partir de uma leitura de redes. A demanda para formações em TCI possui minimamente dois movimentos: entidades externas que demandam a formação de terapeutas comunitários para os polos formadores e polos formadores que buscam entidades externas para financiar as formações.

Quando as demandas partem de entidades externas para os formadores em TCI, temos uma relação facilitada para a consecução das formações. Nesse sentido, há exemplos significativos, como a solicitação, por órgãos federais, de formações em TCI viabilizadas por convênios entre essas entidades e as instâncias responsáveis pelas formações.

No âmbito da iniciativa privada, temos o exemplo do Serviço Social da Indústria, que requereu a formação de terapeutas comunitários para atuação em seu Programa Vira Vida. Os exemplos elencados mostram significativas parcerias para o fortalecimento da rede de terapeutas comunitários. Sendo que, no caso das entidades governamentais, tal qual abordado anteriormente, inexistem mecanismos de monitoramento e avaliação, ao passo que, na iniciativa privada, há relatórios periódicos, supervisão das práticas e mecanismos de avaliação externa por empresa especializada.

A relação poder público municipal e polos para a realização das formações também constitui-se como uma das limitações do estudo, pois foi pouco explorada neste estudo, haja vista a perspectiva de âmbito nacional da pesquisa. Registra-se, contudo,

ser um tema significativo, existindo municípios que demandam formações e outros cuja demanda são desencadeadas pelos polos. Há polos que possuem facilidade no estabelecimento de parcerias e outros que encontram dificuldades nesse sentido. Esse tema foi pouco abordado nesta pesquisa, o que prejudica uma leitura e discussão aprofundadas. Temos, todavia, como exemplo a implantação da TCI na Estratégia Saúde da Família e Rede SUS, na qual, embora o Ministério da Saúde tenha demandado a formação, coube aos polos fazerem as articulações locais, nos municípios, para a realização das formações. Os polos estimularam as prefeituras para que aderissem à proposta da formação, argumentando que o convênio do Ministério da Saúde responsabilizava-se pelo custeio dos docentes e do material didático, e os municípios, em regime de contrapartida, deveriam disponibilizar espaço físico para as formações, transporte e alimentação para os cursistas. Houve a adesão de 133 municípios em 2008 e 120 municípios em 2009.

Os polos encontraram gestores que aderiram à proposta e outros não. Os fatores que favoreceram a adesão foram os gestores conhecerem previamente a abordagem, terem a necessidade de profissionais especializados para trabalhar com o sofrimento da população, a adesão dos gestores como cursistas, a capacitação dos agentes comunitários de saúde, o argumento de que a TCI melhorava a saúde mental da população e possuía uma metodologia de trabalho com grupos e com a comunidade.

Os municípios que não aderiram à capacitação alegaram desinteresse por novas propostas no final da gestão, rotatividade de agentes comunitários de saúde terceirizados, recusa de liberação dos profissionais para a formação, dificuldade de assegurar a contrapartida do município no convênio, a TCI não estar no pacto pela saúde e excesso de capacitação para os profissionais.

A metodologia utilizada nesta pesquisa possibilitou retratar a situação em que a TCI se encontra no momento. Optou-se pela descrição histórica e metodológica dos aspectos envolvidos na implantação da TCI no Brasil, porque dá a conhecer os principais elementos envolvidos nesse processo e a inter-relação existente entre eles. Os dados coletados trouxeram pontos de vistas diferenciados, a partir do referencial histórico, do papel desempenhado pelas entidades responsáveis pela formação dos terapeutas comunitários e da participação de entidades governamentais e não governamentais.

A presente pesquisa teve como objetivo realizar um retrato panorâmico da expansão da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil. Para tal, narramos e refletimos sobre o tema, com o apoio de recursos disponibilizados pela ciência e com a utilização de métodos que oferecem respaldo para fazer uma leitura compreensiva do referido processo de expansão, ancorada no arcabouço científico existente que trata diretamente da temática da Terapia Comunitária Integrativa ou com essa estabelece interface.

Conhecer e compreender o processo histórico de implantação da TCI no Brasil constituiu a busca por identificar e aprofundar o conhecimento de uma resposta social validada cientificamente, que se contrapunha a valores instituídos na sociedade atual como a competitividade e o individualismo.

Pesquisas anteriores contribuíram, na presente dissertação, para aprofundar o olhar sobre a historicidade da TCI, evidenciando sua colaboração no desenvolvimento de uma sociedade mais saudável, ao promover a reciprocidade no cuidar de si e do outro comunitariamente, na consciência do necessitar e do ser capaz. E este processo dinâmico de dar e receber, perceber e ser percebido, pôde ser potencializado, quando ocorreu na coletividade e, melhor ainda, num contexto estruturado, demarcado por uma metodologia definida por regras que, ao contrário de limitar, favoreceu o respeito e a valorização da história de vida dos que ali se apresentaram, detentores, portanto, de um saber único ao serem protagonista de sua própria história.

A visão panorâmica da pesquisa proporcionou horizontalidade. Esperamos suscite estudos verticais para verificar a dimensão da eficácia da implantação, tendo em vista que os mecanismos de acompanhamento e avaliação dos terapeutas comunitários encontram-se em construção.

Importante destacar as limitações inerentes ao estudo, desde que se trata de uma primeira leitura da implantação dessa abordagem em âmbito nacional. Sugerimos que estudos seguintes contemplem os graus de implantação que podem ser obtidos por meio da utilização de indicadores e uma leitura da sustentabilidade da TCI como uma abordagem de atenção à saúde comunitária em múltiplos contextos.

Uma análise de redes pode enriquecer o estudo, o que requer uma metodologia e arcabouço teóricos específicos, a exemplo do sociograma, estratégia psicodramática que contribui para estudos dessa natureza e possibilita alcançar tanto a estrutura como os microfundamentos da ação. Também podem ser realizadas pesquisas

que investiguem o engajamento pessoal, em termos de motivação para o trabalho voluntário ou profissional. Outra proposta que, igualmente, destacamos são estudos sobre a implantação da TCI em países europeus, africanos e latino-americanos.

Cabe destacar que os achados da pesquisa são leituras possíveis da implantação da TCI no Brasil, não podendo incorrer em generalizações, pois uma leitura sempre abre espaço para novas leituras, a partir do lugar social de quem as interpreta.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.B.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; SILVA, A.O.; COSTA, I. C.C.; LIMA, E. A. R.; MENDES, C.K.T.T. Promoção da saúde mental do idoso na Atenção Básica: as contribuições da Terapia Comunitária. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 19(1): 129-136, jan.-mar. 2010.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C; BARRETO, A; OLIVEIRA, M.V. **O SUS e a Terapia Comunitária Integrativa**. Fortaleza: 2009.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C.; SILVA, R.M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In:* MINAYO, M. C. S.; CARVALHO, Y. M.; CAMPOS, G. W.de S.; DRUMOND J.M.; AKERMAN, M. **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora: Hucitec, São Paulo, 2012.

ARARUNA, M. H. M.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M. D., BRAGA, L.A.V.; MORAES, M.N.; ROCHA, I. A. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2012 jan/mar;14(1):33-41. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a04.htm>> Acesso em: 30 dez. 2012.

ARMANI, D. Sustentabilidade: Desafio Democrático. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Sustentabilidade: AIDS e Sociedade Civil em Debate**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA. **Livreto dos princípios norteadores para regulamentação dos pólos formadores**. Beberibe, CE, 2008. (documento não publicado).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIA COMUNITÁRIA. **Estatuto social da Associação Brasileira de Terapia Comunitária**. Beberibe, CE, 2005. (documento não publicado).

BACKES, D. S.; BACKES, M. S; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O Papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, janeiro, 2012.

BAKMAN, G.; RIVALTA, M. B.; BARRETO, A. A trajetória da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica** - ano XII – nº 22. out. RJ: FAMILIAE, Multiversa e NOOS, dez 2010.

BARDIN. L (2011). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BARRETO, A. Introdução. *In:* CAMAROTTI, H; FREIRE, T.; BARRETO, A.(Orgs). **A Terapia Comunitária Integrativa no Cuidado com a Saúde Mental**. Brasília: Editora Kiron, 2013.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária Integrativa Passo a Passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

_____, A. Apresentação. *In: A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil*. Trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa. Beberibe – Ceará: MISMEC/UFC, 2003.

_____; BOYER, J.P. **O Índio que Vive em mim**. O itinerário de um psiquiatra brasileiro. São Paulo: Editora Terceira Margem, 2003.

_____.; RIVALTA, M.C.B.; OLIVEIRA, D.; BARRETO, I.C.H.C; COSTA, M.P.A. **A inserção da Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Básica à Saúde**. Fortaleza, 2011.

BARROS, N.F. A construção de novos paradigmas na Medicina: a Medicina Alternativa e a Medicina Complementar. *In: CANESQUI, A.M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 201-216.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BERTALANFFY, L.V. **Teoria Geral dos Sistemas**. São Paulo: Vozes, 1975.

BORGES, J.S.; SUDBRACK, M.F.; ALMEIDA, M.M. Situações de risco e situações de proteção nas redes sociais de adolescentes. *In: BRASIL. Curso de prevenção ao uso de drogas para educadores de escolas públicas*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

BORGES, M.S. Vivendo, refletindo e aprendendo a cuidar em saúde mental: a Terapia Comunitária como estratégia de ensino no curso de enfermagem. **Ver Tempus Actas Saúde Coletiva**, 2010;4(1):125-32. Disponível em:
<<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/948>> Acesso em: 03 out. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Relatório Final do Projeto Polo de Formação de Lideranças Indígenas em Terapia Comunitária Integrativa e Ações Complementares na Prevenção ao uso de Álcool e outras Drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Universidade Federal do Ceará. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Fortaleza: 2011. (documento não publicado)

_____. As Associações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos. **Estudos e Pesquisas**. Informação Econômica. nº 08. IBGE/IPEA. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **A Prevenção ao uso de drogas e a Terapia Comunitária.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2006a.

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

_____. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Princípios e conquistas. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BUZELI, C.P.; COSTA, A.L.R.C.; RIBEIRO, R.D.R. Promoção da saúde de estudantes universitários: contribuições da Terapia Comunitária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.03, Nº. 01, Ano 2012, p. 608-619. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/151>> Acesso em: 30 dez, 2012.

CAIXA SEGUROS. **Juventude ativa:** a experiência do Jovem de expressão na prevenção à violência. Caixa Seguro: Brasília, 2009.

CAMARA DE VEREADORES DO MUNICÍPIO DE GUARULHO – SP. **Lei nº 6424, de 24 de setembro de 2008.** Institui o Programa Terapia Comunitária no âmbito do Município de Guarulhos, SP, nas Unidades Básicas de Saúde e hospitais conveniados com o SUS. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/a/sp/g/guarulhos/lei-ordinaria/2008/642/6424/lei-ordinaria-n-6424-2008-institui-o-programa-terapia-comunitaria-nas-unidades-basicas-de-saude-hospitais-conveniados-do-sus-e-da-outras-providencias-2008-09-24.html>> Acesso em: 07 dez, 2012

CAMARGO, A. C. **Tempo de Falar e Tempo de Escutar:** a produção de sentido em um grupo terapêutico. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Marcos. São Paulo, 2005.

CAMARGO JR, K.R. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, jan/abr, 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade;** 17 (2): 26-32; mai/ago.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>>. Acesso em: 12 jun, 2012.

CAMAROTTI, H Palavras da Presidente. *In:* CAMAROTTI, M.H; FUKUI, L; MARCHETTI, L.B. (Orgs.). **A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil:** Anais do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa. Brasília: MISMEC-DF, 2004.

CAMAROTTI, M.H; FUKUI, L; MARCHETTI, L.B. (Orgs.). **A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil:** Anais do II Congresso brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa. Brasília: MISMEC-DF, 2004.

_____; OLIVEIRA, D. Terapia Comunitária Integrativa: Circularidade nas relações sociais. *In*: OSÓRIO, L. C. e VALLE, M. E. P. (Orgs.) **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009, págs. 218 – 232.

_____; SILVA, R.F.; MEDEIROS, D.; RODRIGUES, A.; LINS, R. BARROS, P; RODRIGUES, J. C. Terapia Comunitária Integrativa: relato da experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. *In*: **A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil**. Trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa. Beberibe- Ceará: MISMEC/UFC, maio, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Histórico das discussões sobre psicoterapia realizadas no CRP/SP**. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/psicoterapia/historico.aspx>> Acesso em: 03 fev, 2013.

CORDEIRO, R. C.; AZEVEDO, E. B.; SILVA, M. S. S.; FERREIRA FILHA, M.O.; SILVA, P. M. C.; MORAES, M. N. Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, MG, v. 9, n. 2, p. 192-201, ago./dez. 2011.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Revista latino-americana de Enfermagem** - v. 6 - n. 2 - p. 89-104 - abril 1998.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). **CIES e-working paper nº60/2009**. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Lisboa, Portugal, 2009.

FERNANDES, M.T.O.; AQUINO, A.L.; SANTOS, G.C.; SOARES, S.M; LIMA, CARNEIRO, L. Terapia Comunitária Integrativa: uma metodologia inovadora na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **Evidentia**. abr-jun; 8(34), 2011. Disponível em: < <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7494p.php> > Acesso em: 02 out, 2011.

FERREIRA FILHA, M. O.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um centro de atenção psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2010, vol.31, n.2, pp. 232-239.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUENTES-ROJAS, M. Psicologia e saúde: a Terapia Comunitária como instrumento de sensibilização para o trabalho com comunidades na formação do Psicólogo. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, 2011, vol.31, no.2, p.420-439

GIFFONI, F. A. O.; SANTOS, M. A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Jun 2011, vol.19, p.821-830.

GIFFONI, F. A. O. **Saber ser, saber Fazer**: Terapia Comunitária Integrativa, uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia. Doutorado (tese de doutorado em educação brasileira). Programa de Pós-Graduação em educação brasileira. Linha de

pesquisa: movimentos sociais, educação popular e escola. UFC, Faculdade de Educação. Fortaleza, CE, 2008.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 3. n.3 p. 20-29 mai/jun/1995.

GÓMEZ, M.B.D. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p- 635-643, mar/abr 2003.

GOHN, M.D.G.M. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. São Paulo, Edições Loyola, 1995.

GOULART, F.A.A. Terapia Comunitária Integrativa e Estratégia Saúde da Família: práticas convergentes. In: CAMAROTTI, M.H.;FREIRE, T.C.G; BARRETO, A.(Orgs.) **Terapia Comunitária Integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações**. Brasília: MISMED-DF, 2011.

GRANDESSO, M. Terapia Comunitária Integrativa: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e rede. **Revista brasileira de família e comunidade**. v. 1, n.2. Florianópolis, 2005. Págs 113 – 205

_____; LAZZARINI, L.L.B. “Minha vida tem sentido toda vez que venho aqui”. Significado atribuído à Terapia Comunitária Integrativa pela família do participante. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**. Ano XIX – Rio de Janeiro. FAMILIAE, Multiversa e NOOS, 2010.

_____; RIVALTA, M.C.B. **Terapia Comunitária Integrativa**. Tecendo redes para a transformação social. Saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 404 - 414, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7079>> Acesso em: 15 dez, 2011.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de; SANTANA, A.D.; MATTA, G.D.; GOMES, M.C.P. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39, 2004.

HARTZ, Z. M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HÖFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, São Paulo, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

HOLANDA, V.R.; DIAS, M.D.; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 01, p. 79 - 92, 2007. Disponível em: <www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7137> Acesso em: 02 dez, 2011.

HORTA, A.L.M.; CALDEIRA, N.H. Terapia Comunitária Integrativa: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. **Acta paulista enfermagem**. 2011, vol.24, n.2, pp. 165-171. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio. 2012.

KINZO, M. D. G. A Democratização brasileira: um balanço do processo político desde a transição. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 15(4) 2001.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LARROUDÉ, E.R.A. Posturas e práticas para sustentabilidade. *In.*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Sustentabilidade: AIDS e Sociedade Civil em Debate**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LAZARTE, R. **Terapia Comunitária: Reflexões**. João Pessoa, 2010.

LUIZI, L.V.V. **Terapia Comunitária: base teórica e resultados práticos de sua aplicação**. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl., p. 145-176, 2005.

MADUREIRA, A.F A.; BRANCO, A..U. A pesquisa qualitativa em psicologia do desenvolvimento: questões epistemológicas e implicações metodológicas. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**. São Paulo, Vol. 9 nº1, 63-75, 2001

MARCHETTI, L.B.; FUKUI, L. Supervisão para quê? *In*: CAMAROTTI, M.H; FUKUI, L.; MARCHETTI, L.B. (Orgs). **A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: Anais do II congresso brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa**. Brasília: MISMED-DF, 2004.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z.M.N. **Antropologia: uma introdução**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 41, out. 1999.

MARTINI, M. G. P.; ANDRELLO, C.C.C. Terapia Comunitária Integrativa: uma experiência na administração pública. *In: A Terapia Comunitária Integrativa no Brasil*. Trabalhos apresentados no I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa. Beberibe – Ceará: MISMEC/UFC, 2003.

MENDONÇA, M.E. Abordagem comunitária: terapia comunitária. *In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MENDONÇA, C.S. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado de saúde orientado pela Atenção Primária. *In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de atenção à saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MILANESE, E. **Tratamento Comunitário:** manual de trabalho I. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Instituto Empodera, 2012, 316p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. (ORGS). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp.

MISCRS; ABRATECOM. **Anais do IV Congresso Brasileiro e I Encontro Internacional de Terapia Comunitária Integrativa - Terapia Comunitária Integrativa: Inclusão Social - integrando Saberes e Ampliando Redes Solidárias**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2007.

MISMEC. **Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária - A Terapia Comunitária no Brasil**. Beberibe, Ceará: MISMEC, 2003.

MISMEC; ABRATECOM. **Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária Integrativa - Terapia Comunitária: Tecendo Redes para a Transformação Social – Saúde, Educação e Políticas Públicas**. Beberibe, Ceará: MISMEC, 2005.

MISMEC; ABRATECOM. **Anais do V Congresso Brasileiro e II Encontro Internacional de Terapia Comunitária Integrativa e I Encontro de pesquisa em TC - Terapia Comunitária: Promovendo a Saúde na Família e na Comunidade**. Fortaleza: MISMEC, 2009.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. Cultrix: São Paulo, 1997.

MOURA, S. G.; FERREIRA FILHA, M. O.; CORDEIRO, R. C.; BRAGA, L. A. V.; MONTEIRO, C. Q. A. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde. Três Corações**, Minas Gerais v. 10, n. 1, p. 329-338, 2012

NEDER, C.R.; PINHEIRO, S.A. Terapia Comunitária em ambulatórios universitários. **O mundo da saúde**, São Paulo: 2010;34(4). Pp. 520-525.

NOVA, S.V. **Introdução à Sociologia**. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, P. S. **Introdução à Sociologia**. São Paulo: Editora ática, 2005.

OLIVEIRA, D. G. S. **A história da Terapia Comunitária na Atenção Básica em João Pessoa - PB**: uma ferramenta de cuidado. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, 2008.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, São Paulo, v.6, n10, p.63-74, fevereiro, 2002.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Terapia Comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, São Paulo, vol.16, n.43, pp. 1069-1086, dez, 2012.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador-BA: EDUFBA, 2008.

_____; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L., MACINKO, J. O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios. **The Lancet**. Londres, maio, 2011.

PETRINI, H. “Saber Cuidar” na TC; o reencantar do humano a luz da música. *In*: SOUZA, M.O. (Org.) **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010.

PINTO, S, A. N.; ROCHA, I. A., MORAES, M. N.; BRAGA, L. A. V.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. Conflitos familiares abordados na Terapia Comunitária Integrativa. **Revista eletrônica de Enfermagem**. 2012 oct/dec;14(4):786-93. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a06.htm>.> Acesso em 22 maio, 2013

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ. **Programa de Terapia Comunitária Integrativa**. Disponível em: <<http://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/departamentos-ssau/32-secretarias/saude/280-programa-de-terapia-comunitaria-integrativa> > Acesso em 03 junho, 2013.

QUEIROZ, F.M.R.; GONÇALVES, M.B. **Fundamentos de Sociologia**. [S.I. : s.n], Brasília – DF, 2009

REIS, M.L.A. Intervisão: o exercício da dialogicidade na formação em Terapia Comunitária Integrativa. Trajetória de construção de um novo conceito. *In: SOUZA, M.O. (Org.) Articulando redes sociais*. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010.

RIOS T. A. A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte - v. 12 - n. 19 - p. 80-86 – jun, 2006.

RIVALTA, M.C.B; ALMEIDA, F.A.R. **José Airton Barreto, a vida em diálogos**. Ceará: Pádua Gráfica, 2011.

_____, M.C.B; BARRETO, A.; BARRETO, J.A. A trajetória da Terapia Comunitária Integrativa Sistêmica. *In: CAMAROTTI, M.H.; FREIRE, T.C.G; BARRETO, A.(Orgs.) Terapia Comunitária Integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações*. Brasília: MISMEC-DF, 2011.

ROCHA, I. A. ; BRAGA, L.A.V; TAVARES, L.M. ; ANDRADE, F. B; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M.D.; SILVA, A.O. A Terapia Comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília. Out 2009, vol.62, no.5, p.687-694.

RODA VIVA DE SANTOS; ABRATECOM. **Anais do VI Congresso Brasileiro e III Encontro Internacional de Terapia Comunitária Integrativa e II Encontro de pesquisa em TC**. Cuida de mim, cuida do outro, cuida da vida. Santos-SP: Roda Viva Santos, 2011.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M.H.D.; ALVES, M. C.G.P.; LEBRÃO, M.L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, dez, 2007.

ROSSI JR. L. R. Planejamento estratégico organizacional: a gestão para resultados como ferramenta administrativa nas organizações do terceiro setor. *In: BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids. Sustentabilidade: AIDS e sociedade civil em debate*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. (Série Parcerias e Mobilização Social nº 5). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SANTOS, M.F.P. **Para onde sopram os ventos: políticas públicas e turismo no Grande Pirambu/ Fortaleza/Ceará**. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Geografia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia. Natal, RN, 2006.

SILVA, D. M. **Pirambu e suas geografias**. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Ciências). Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Centro de Ciências. Fortaleza, CE, 2006.

SILVA, M. B. B. Notas de uma pesquisa sobre redes de suporte social: a Terapia Comunitária Integrativa no sistema municipal de Saúde Mental de Sobral, Ceará. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 298-307, maio/ago. 2009a

SILVA, M.L.L. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009b.

SILVA, R.M. ; ANDRADE, L.O.M.. **Atenção Primária como coordenadora dos cuidados no sistema de saúde brasileiro: o papel da indução federal**. Projeto de Pesquisa qualificado no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, 2012. (documento não publicado).

SILVA, M.A.B.; SARAIVA, J.B.; OLIVEIRA, M.T. Dependência química e vivências de escuta: A abordagem da Terapia Comunitária. *In*: SILVA, G.L. (Org). **Drogas: Políticas e práticas**. São Paulo: Roca; 2010, pp. 143-153.

SILVA, M. O. S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katál**. Florianópolis v. 13 n. 2 p. 155-163 jul./dez. 2010.

SLUSKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SOBREIRA, M. S. **Repercussões da Terapia Comunitária Integrativa no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional**. Dissertação (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

SOUZA, C. Introdução políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

SOUZA, E.F.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr/jun 2009.

SOUZA, G. M. L.; SILVA, P. M.C.; AZEVEDO, E. B.; FERREIRA FILHA, M.O.; SILVA, V. C. L.; ESPINOLA, L. L. A contribuição da Terapia Comunitária no processo de saúde-doença. **Cogitare Enfermagem**, 16(4):682-8, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/23030>. Acesso em: 15 dez, 2011.

SOUZA, M.O. Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores: descobrindo competências e promovendo prevenção de saúde mental através da Terapia Comunitária. *In*. SOUZA, M.O. (Org.). **Articulando redes sociais**. Porto Alegre: CAIFCOM, 2010.

TEIXEIRA, E. C. **Políticas públicas: o papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Bahia: Associação dos advogados de trabalhadores rurais da Bahia, 2002.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago 2009.

_____, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out 2008.

TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.34-42, jul./dez. 2005/2007

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B.; Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

VASCONCELOS, C.M.; PARCHE, D.F. O Sistema único de Saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.; AKERMAN, M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec//Fiocruz, 2006, p.531-562

VILLA, M. A. **Vida e morte no sertão**: história das secas no Nordeste nos séculos XIX e XX. São Paulo: Ática, 2000, 269 pp.

VILLAÇA, C.; BAKMAN, G.; MONTE, H. J. Por que é importante cuidar dos que cuidam: Terapia Comunitária Integrativa para terapeutas. **Revista nova perspectiva sistêmica**. Ano XIX número 37. Rio de Janeiro: FAMILIAE, Multiversa e NOOS, agosto, 2010.

WATZLAWICK P.; BEAVIN, J.H. & JACKSON, D. J. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1967.

APÊNDICE A – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

Roteiro de entrevista para o representante da ABRATECOM

- a) Fale livremente sobre a história da disseminação da Terapia Comunitária no Brasil.
- b) Como foi o processo de criação da ABRATECOM?
- c) Como se dá o processo de criação dos polos?
- d) Quais as dificuldades vivenciadas na disseminação da TCI e o que fez para ultrapassá-las?
- e) Qual sua avaliação da sustentabilidade da TCI?
- f) Quais as estratégias utilizadas pela Associação para continuar existindo?
- g) Quais as alternativas utilizadas pelos polos para sua sustentabilidade?
- h) Como a rede de terapeutas comunitários é mantida/acompanhada?
- i) Quais os projetos futuros da entidade?
- j) Como vê a questão das redes sociais e a Terapia Comunitária?
- k) Quais são as parcerias governamentais e não governamentais que destacam e quais contribuições têm trazido para a entidade e para a TCI?

Roteiro de entrevista com os gestores públicos representantes da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Saúde

- a) Faça um histórico de como a instituição teve conhecimento da TCI.
- b) O que motivou o estabelecimento dos convênios para a formação de terapeutas comunitários?
- c) Qual a avaliação que faz do investimento na formação dos terapeutas comunitários custeada pelos convênios?
- d) Os objetivos estabelecidos com as formações foram alcançados?
- e) Você identifica alguma fragilidade nesse processo? O que destacaria?
- f) Há previsão de futuras parcerias?

Roteiro de entrevista com representantes do Programa Vira Vida do SESI

- a) Faça um histórico da aproximação da Terapia Comunitária com o projeto Vira Vida. Como o SESI tomou conhecimento da TCI?
- b) O que motivou a implantação da TCI no Programa Vira Vida?
- c) Quais os resultados obtidos com esta implantação?
- d) Quais os desafios que tem enfrentado na implantação da TCI e as estratégias para superá-los?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA POLOS DE FORMAÇÃO EM TCI

Apresentação

Prezado (a) representante de polo de formação em Terapia Comunitária Integrativa, estamos desenvolvendo a pesquisa “A implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil”, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará – *campus* Sobral. Sua participação é fundamental para compreendermos o processo de implantação da TCI no Brasil. As respostas ao questionário serão tabuladas e analisadas conjuntamente pela equipe da pesquisa. Sua confidencialidade está assegurada.

Por gentileza, responda ao questionário neste arquivo e nos reenvie.

Cada polo deverá responder a apenas um questionário

Responsáveis pela pesquisa: mestranda Doralice Oliveira Gomes, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade.

Nome do Polo:

Estado:

Responda somente questões referentes ao seu polo.

1. Curso de Terapia Comunitária Integrativa

Os recursos financeiros são oriundos de:

- Convênios/parcerias com entidades públicas
- Convênios/parcerias com entidades privadas
- Pagamento pelo cursista
- Doações

2. Intervisões (realizadas após a conclusão da formação)

Os recursos financeiros são oriundos de:

- Convênios/parcerias com entidades públicas
- Convênios/parcerias com entidades privadas
- Pagamento pelo terapeuta comunitário
- Doações

3. Outras atividades

Os recursos financeiros são oriundos de:

- Bazar
- Venda de camisetas, livros, etc.
- Doações
- Outros

4. Esses recursos financeiros sustentam o funcionamento do polo? Outras formas de sustentabilidade são utilizadas? Quais?

5. Quais dificuldades são encontradas para a sustentabilidade do polo?

6. Como os recursos são administrados?

7. Na sua opinião, o que motiva a equipe a continuar atuando na TCI?

8. Quais os planos da instituição?

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO (PARA ENTREVISTAS)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos desenvolvendo pesquisa junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará sobre o tema: *A Implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil*.

O objetivo desse projeto é investigar o processo de implantação da TCI no Brasil por se tratar de uma abordagem de atenção à saúde comunitária, que surgiu num contexto local e alcançou visibilidade e reconhecimento no âmbito do poder público e da sociedade civil, bem como se estruturou e se articulou pela criação dos polos de formação e da Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa.

Por meio deste estudo, pretendemos contribuir para que boas práticas desenvolvidas nos contextos comunitários possam ser reconhecidas, validadas e terem seu potencial contributivo ampliado em prol da saúde comunitária.

A pesquisa será realizada por meio de entrevistas individuais e as respostas serão analisadas em conjunto com as respostas dos demais entrevistados, sendo assegurado o anonimato dos participantes.

Os dados obtidos serão analisados e estarão sob a responsabilidade da equipe responsável por esta pesquisa, o médico, orientador, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e a psicóloga, mestranda, Doralice Oliveira Gomes. Os resultados serão apresentados à Universidade Federal do Ceará e disponibilizado o acesso público em meio eletrônico, a exemplo de base de dados de pesquisa científicas, podendo ser apresentados em congressos e publicações científicas. Qualquer esclarecimento poderá ser obtido com a mestranda, pelos telefones (61) 8316-8711 ou pelo e-mail: doralice32@hotmail.com.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Sua participação nesta pesquisa não incide em nenhum risco, nem despesas para o (a) senhor (a).

Durante a pesquisa, serão observadas as disposições da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os princípios bioéticos em pesquisa.

Na certeza de contar com sua valiosa cooperação, agradecemos antecipadamente.

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Mestranda Doralice Oliveira Gomes

Assinatura da Pesquisadora

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo “A implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil”, realizada pela mestrandia Doralice Oliveira Gomes, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me opondo à gravação da entrevista.

Cidade , _____ de _____ de 2012.

Ciente: _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura da Pesquisadora

(1ª via Pesquisadora; 2ª via Entrevistado)

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO (PARA QUESTIONÁRIO)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos desenvolvendo pesquisa junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará sobre o tema: *A Implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil*.

O objetivo desse projeto é investigar o processo de implantação da TCI no Brasil, por se tratar de uma abordagem de atenção à saúde comunitária, que surge num contexto local e alcança visibilidade e reconhecimento no âmbito do poder público e da sociedade civil.

Caso concorde em colaborar com a pesquisa, agradecemos a resposta ao questionário entregue pela equipe de pesquisadores. As respostas ao questionário serão analisadas em conjunto com as respostas dos demais entrevistados, sendo assegurado o anonimato dos participantes.

Os dados obtidos serão analisados e estarão sob a responsabilidade da equipe responsável por esta pesquisa, o médico, orientador, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e a psicóloga, mestranda da referida Universidade, Doralice Oliveira Gomes. Os resultados serão apresentados à Universidade Federal do Ceará e disponibilizado o acesso público em meio eletrônico, a exemplo de base de dados de pesquisa científicas, podendo ser apresentados em congressos e publicações científicas. Qualquer esclarecimento poderá ser obtido com a mestranda, pelos telefones (61) 8259-3883 ou pelo e-mail: doralice32@hotmail.com.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Sua participação nesta pesquisa não incide em nenhum risco, nem despesas para o (a) senhor (a).

Durante a pesquisa, serão observadas as disposições da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os princípios bioéticos em pesquisa.

Na certeza de contar com sua valiosa cooperação, agradecemos antecipadamente.

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Mestranda Doralice Oliveira Gomes

Consentimento Pós-Informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo “A implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil”, realizada pela mestranda Doralice Oliveira Gomes, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. Compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo a responder ao questionário disponibilizado pela pesquisadora.

Cidade, _____ de _____ de 2012.

Ciente:

Assinatura do respondente

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sr (a) representante da Associação Brasileira de Terapia Comunitária (gestão 2011 – 2013), após ter tomado conhecimento da pesquisa da pesquisa “**A implantação da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil**”, vem na melhor forma de direito AUTORIZAR à pesquisadora **Doralice Oliveira Gomes** ter acesso aos arquivos da instituição **Associação Brasileira de Terapia Comunitária – ABRATECOM** - tais como atas, relatórios, ofícios e manuais.

Fica claro que a pesquisadora responsável utilizará o referido material apenas para fins deste estudo e que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo ético, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Fica claro, ainda, que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua autorização para utilização das informações.

Cidade, de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Fiel Depositário

APÊNDICE F – RELAÇÃO DOS POLOS DE FORMAÇÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL

APÊNDICE F – RELAÇÃO DOS POLOS DE FORMAÇÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO BRASIL

	Polo	Cidade	Estado
	1. Movimento Integrado de Terapia Comunitária do Amazonas - MISMEC-AM facyarraes@hotmail.com	Manaus	Amazonas
	2. Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Tocantins – MISC-TO marijpaz@yahoo.com.br	Palmas	Tocantins
	Polo	Cidade	Estado
Região Nordeste	3. Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Maranhão - MISC- MA lindia-luz@hotmail.com	São Luís	Maranhão
	4. Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba - MISC-PB marfilha@yahoo.com.br	João Pessoa	Paraíba
	5. Espaço Família aureasilva2005@yahoo.com.br	Recife	Pernambuco
	6. Aquarius aquariusnac@gmail.com	Recife	Pernambuco
	7. Instituto Maria dos Prazeres narcizochagas@gmail.com	Teresinha	Piauí
	8. Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária - MISMEC – CE projeto@4varas.com.br	Fortaleza	Ceará
	9. Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim - MSMCBJ – CE apaula_02@hotmail.com	Fortaleza	Ceará
	10. Centro de Estudos da Família e da Comunidade – CEFCOM - CE miriam@baydenet.com.br	Fortaleza	Ceará
	11. Movimento Integrado de Saúde	Salvador	Bahia

	Comunitária da Bahia - MISC –BA gracafarani@yahoo.com.br		
	12. COFAM - Centro de Orientação Familiar josenog@terra.com.br cofam.ba@ig.com.br	Salvador	Bahia
	Polo	Cidade	Estado
Região Sudeste	13. Afinando a Vida doramusicoterapia@hotmail.com	Guaxupé	Minas Gerais
	14. Movimento Integrado de Saúde Comunitária de Minas Gerais - MISC – MG marlenergs@terra.com.br	Ipatinga	Minas Gerais
	15. Movimento Integrado de Saúde Comunitária dos Vales - Minas Gerais - MISC dos Vales maurinobertoldo@yahoo.com.br	Governador Valadares	Minas Gerais
	16. Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade CAIFCOM (Gerência Sul de Minas) malureis@uol.com.br	Pouso Alegre	Minas Gerais
	17. PRODSEU/UBERABA-MG maurinobertoldo@yahoo.com.br	Uberaba	Minas Gerais
	18. Instituto Noos biacostamilan@gmail.com	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	20. ECCO SOCIAL	Nova Friburgo	Rio de Janeiro
	21. CEAF - Centro de Estudo e Assistência a Família adalsalete@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	22. Tcendo.sp – Ensino e Desenvolvimento lilibmarchetti@hotmail.com ; liafukui@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	23. INTERFACI: Instituto de Terapia Família, Casal ,Comunidade e Individuo interfaci@yahoo.com.br ; mgrandesso@uol.com.br	São Paulo	São Paulo

	24. SMS/CEFOR silicusinato@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	25. Movimento Integrado de Saúde Comunitária - MISC/Ciranda Social silicusinato@uol.com.br	São Paulo	São Paulo
	26. UNIFESP/HSP – Curso de Especialização em Terapia Comunitária Integrativa	São Paulo	São Paulo
	27. UNIFESP/Enfermagem “Nós te apoiamos” - eryana.ops@terra.com.br	São Paulo	São Paulo
	28. Associação Saúde da Família- ASF ayrescac@yahoo.com.br	São Paulo	São Paulo
	29. GEEBEM telma841@terra.com.br	São Paulo	São Paulo
	30. Polo Formador de Terapia Comunitária Integrativa de Presidente Prudente – ALESSO - SP - maltempi@terra.com.br	Presidente Prudente	São Paulo
	31. Associação Espaço Comenius dirassis@terra.com.br	São Paulo	São Paulo
	32. Afinando a Vida	São Paulo	São Paulo
	33. CENPE – UNESP	Araraquara	São Paulo
	34. Polo Roda Viva polorodavivadesantos@uol.com.br	Santos	São Paulo
	35. Piracema – Núcleo Regional de Atenção à Família joseosimonetti@gmail.com	Sorocaba	São Paulo
Região Sul	Polo	Cidade	Estado
	36. Autarquia Municipal de Saúde -Polo Formador em Terapia Comunitária Integrativa de Londrina graca.martini@sercomtel.com.br	Londrina	Paraná
	37. Centro de Ensino, Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade CAIFCOM do Paraná	Londrina	Paraná
	38. Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná t.dalla@uol.com.br	Curitiba	Paraná
	39. Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e	Florianópolis	Santa Catarina

	Comunidade CAIFCOM (Gerência de Santa Catarina caifcom@caifcom.com.br		
	40. Centro de Ensino Pesquisa e Atendimento do Indivíduo, Família e Comunidade CAIFCOM do Rio Grande do Sul caifcom@caifcom.com.br	Porto Alegre	Rio Grande do Sul
Região Centro Oeste	Polo	Cidade	Estado
	41. Movimento Integrado de Saúde Comunitária do DF – MISMEC/DF mismecdf@terra.com.br henriquetac@gmail.com	Brasília	Distrito Federal
	42. Movimento Integrado de Saúde Comunitária do GO – MISMEC/GO mauromend@yahoo.com.br	Goiânia	Goiás