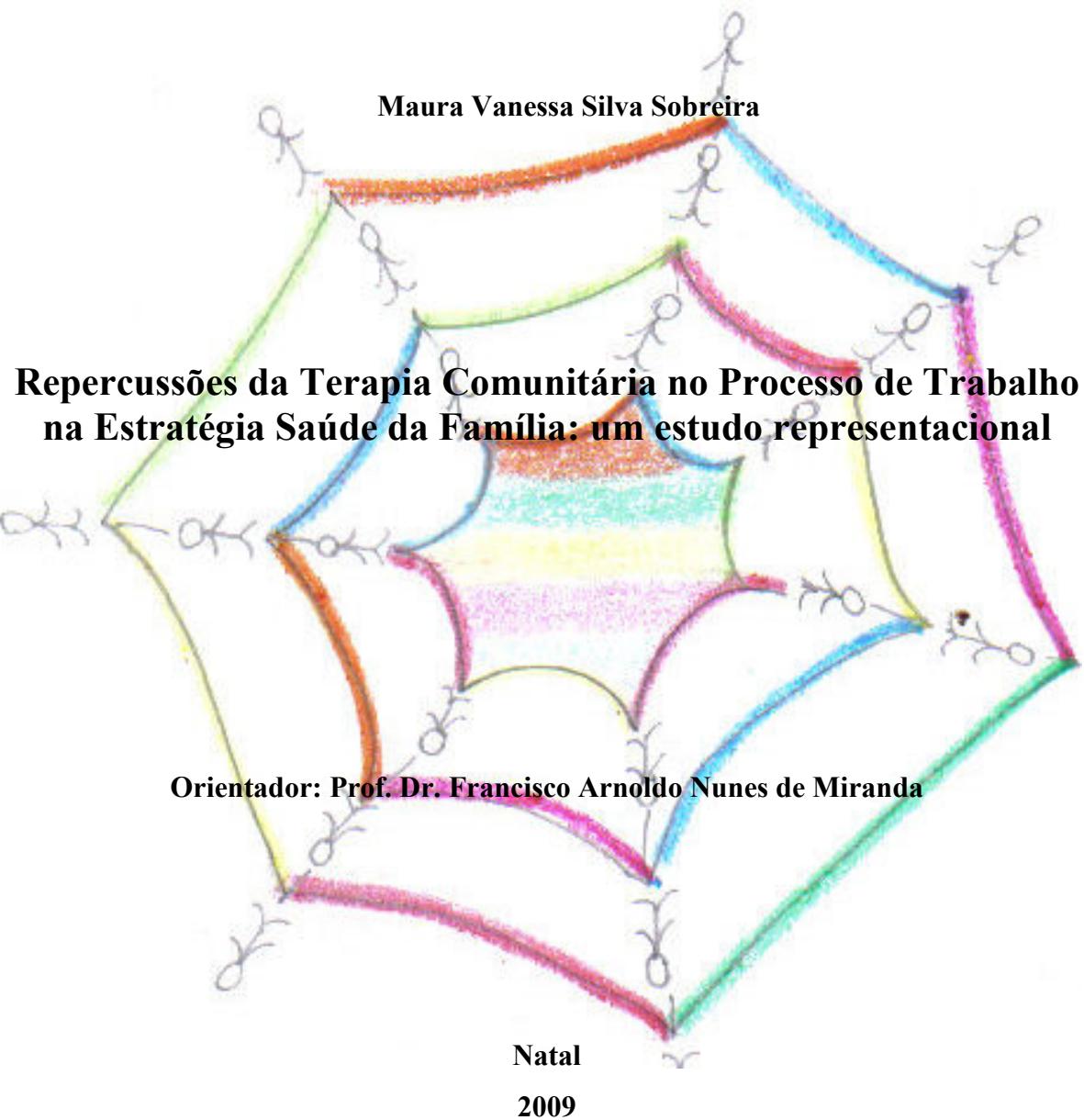


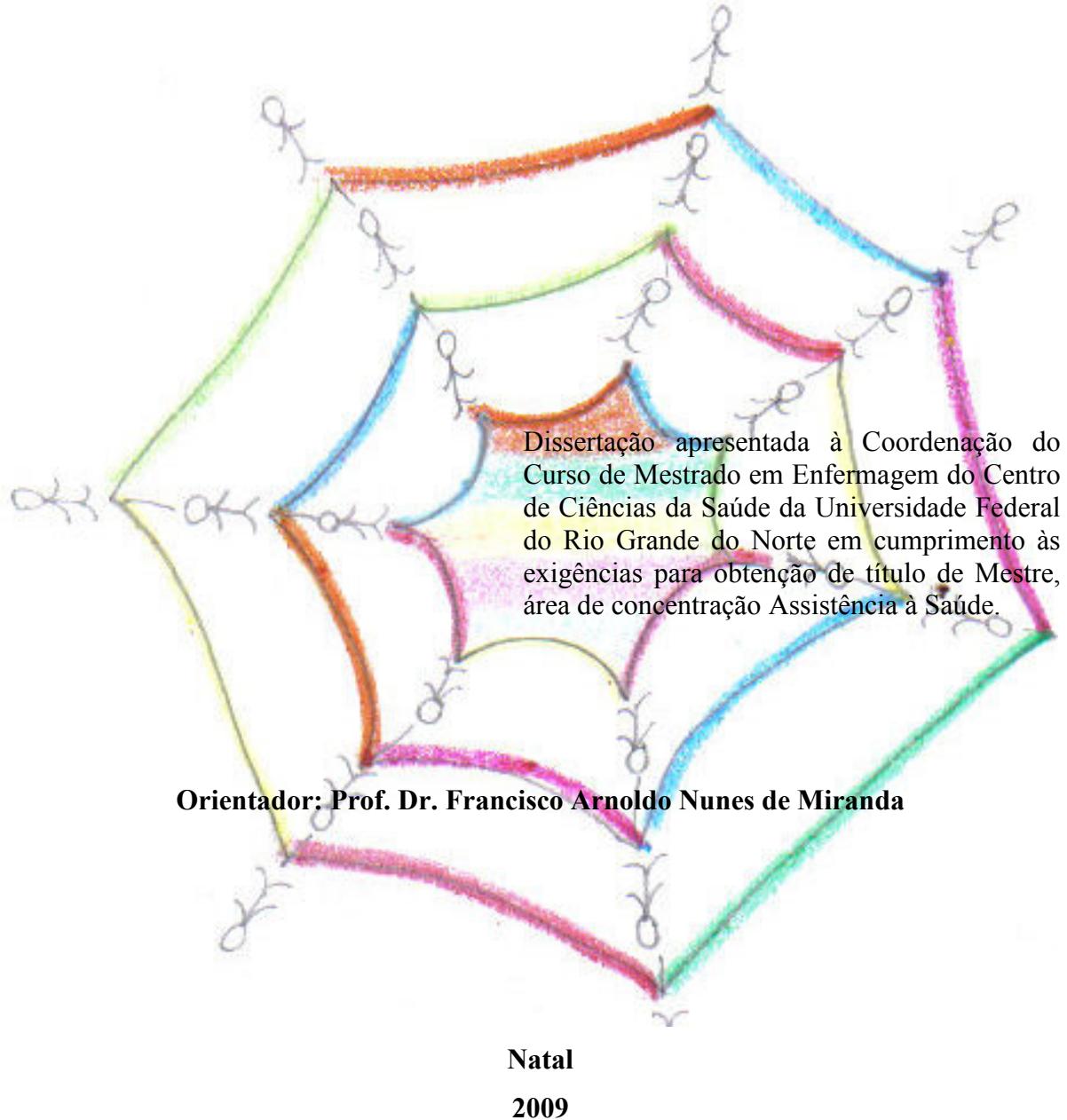


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



Maura Vanessa Silva Sobreira

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional**



**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família:
um estudo representacional**

MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional**

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
Orientador
(UFRN)

Profa. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Membro
(UFPB)

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders
Membro
(UFRN)

Profa. Dr. Clélia Albino Simpson
Membro
(UFRN)

AGRADECIMENTOS

À mãe natureza e ao universo, por possibilitar tantas alegrias e energias transformadoras;

Aos meus pais, Zezinho e Zezé, a quem devo tudo que sou, pelo amor insubstituível e pela força que me dão durante toda minha vida;

À minha avó materna, Dona Maria (In Memória), mulher sertaneja, que mostrou com muita garra a vontade de viver, com quem aprendi a ser forte e, valorizar minhas raízes culturais;

Às minhas irmãs queridas, Raquel, Élida e Katyanne pelo companheirismo em todos os momentos da minha história;

À amiga Adriene, por acreditar no meu potencial e me apoiar na realização desse sonho;

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram e acreditaram ser possível conciliar, trabalho e dedicação ao mestrado;

Ao meu amigo Luís de França Pereira, com quem aprendi a valorizar ainda mais a Terapia Comunitária, pela colaboração como terapeuta e co-terapeuta nas rodas da TC;

Ao bruxo querido, meu orientador Prof. Dr. Arnoldo, pelo carinho, presteza, compreensão nos momentos de “desmaterialização”, ensinamentos que extrapolam o campo do conhecimento científico, pela sabedoria de viver, por compartilhá-la na minha caminhada, me possibilitando refletir sobre a postura de ser uma verdadeira aprendiz da vida;

Aos terapeutas comunitários que participaram do estudo, pela confiança, emoções vividas, cantadas, sentidas;

Aos terapeutas comunitários de Sobral-CE, onde tive o primeiro contato com a Terapia Comunitária;

À professora Dra. Bertha Cruz Enders, por quem construí profunda admiração, por ter me oportunizado ser sua aluna no mestrado, tornando-se referência na minha caminhada profissional;

À Profa. Clélia Simpson, pelo acolhimento, cuidado e tranquilidade, ofertados em todos os momentos que necessitei desde a graduação;

À Ana Vigarani, Profa. Dra. Maria Djair, Profa Dra. Maria Filha, pela força e implicação no processo de implantação da TC em João Pessoa e pelos ensinamentos na formação em TC;

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

Aos colegas do mestrado que participavam da “quarta do Kuhn”, Selda, Osvaldo, Rosângela, Kelyane, Sales e Jonas, discutindo as eternas crises paradigmáticas nas quais sempre nos encontramos;

Aos professores da graduação da UFPB que sempre me estimularam no ingresso ao mestrado me apoiando na Iniciação Científica, Extensão e Monitoria: Iolanda Beserra, Solange Costa, José da Paz, Severino Lima.

Às professoras Profa. Dra. Maria Filha, Profa. Dra. Bertha Cruz, Profa. Dr. Clélia Simpson por terem compartilhado seus conhecimentos, contribuindo para a concretização deste estudo;

Enfim, a todos que contribuíram para a realização deste sonho.

Muito Obrigada!

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família:
um estudo representacional**

*“ Eu fico com a pureza da resposta das crianças:
É a vida! É bonita e é bonita!
Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz... ”*
(Gonzaguinha, 1982)

SOBREIRA, M. V. S. Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional. 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

A Terapia Comunitária (TC) constitui-se em uma prática de efeito terapêutico, podendo ser também considerada como uma tecnologia leve de cuidado de procedimento terapêutico grupal, cuja finalidade é a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, desenvolvida no âmbito da atenção primária em saúde mental. Neste estudo buscou-se apreender as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam com a Terapia Comunitária, sobre a utilização desta na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa. Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, na perspectiva moscoviana da Teoria das Representações Sociais, realizado com sete profissionais da ESF, terapeutas comunitários do Distrito Sanitário II. O material empírico foi produzido através da realização de duas terapias temáticas no mês de abril de 2009, na qual foram realizadas rodas de TC. Utilizou-se como técnica de análise o discurso do sujeito coletivo, sendo os dados apresentados, através de gráficos, quadros, mapas, figuras e infográficos e dispostos em três momentos: Sujeitos do estudo, caracterizando os participantes do estudo; Representações Sociais do Terapeuta Comunitário, apresentando e discutindo as representações sociais pelos terapeutas comunitários estudados sobre a TC; e Repercussões da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família, discutindo os significados atribuídos pelos participantes da pesquisa sobre mudanças na ESF. Significados foram atribuídos à TC pelos terapeutas estudados advindos das falas, músicas e desenhos construídos, e que, apresentados através de esquema ilustrativo, demonstraram a relação entre as representações: vida, escuta, fé/luz, mudança, transformação. A teia, símbolo da TC, apareceu nas imagens construídas pelos representantes do estudo e representa a formação de vínculos que permite a construção de redes de apoio social, que fortalecem a convivência na comunidade. No estudo, revelaram-se pelos profissionais os significados que possuem sobre as mudanças no processo de trabalho a partir da implantação da TC, sendo evidenciados que a mudança deu-se no âmbito de uma postura mais acolhedora por parte dos profissionais; a relação entre os membros das equipes não teve mudanças significativas, explicadas pela pouca adesão dos membros das equipes à TC; na relação frente ao usuário, o vínculo foi fortalecido, sendo esse fortalecimento associado ao papel do terapeuta comunitário. Reconhece-se, dessa forma, o caráter transformador da TC na construção de vínculos com os usuários, necessitando, todavia, que seja visualizada pela equipe como oferta terapêutica do serviço e não do profissional terapeuta. Portanto, a TC por ser um fenômeno novo nos serviços de saúde e na comunidade de pertencimento, insere-se como uma novidade que repercute na construção de uma representação polêmica. Mesmo assim, pode contribuir com a reorganização da rede de cuidados em saúde mental, em consonância com o novo modelo de atenção à saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde da Família, Terapia, Enfermagem.

SOBREIRA. M.V.S. Repercussions of the Community Therapy in the work process in the Strategy of Health of the Family: a study representacional. 2009. 137 p. Dissertation (Master's degree). Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

The Community Therapy (CT) is in a practice of therapeutic effect and may also be considered as a technology takes care of the therapeutic procedure group, whose purpose is to promote health, prevent illness, developed within primary care in mental health. In this study we sought to understand the social representations of health professionals who work with the Community Therapy, on use of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Joao Pessoa. This is a field research with a qualitative view Moscovician Theory of Social Representations, held with seven professionals of the FHS, therapists of Community Health District II. The empirical data were obtained by carrying out two thematic therapies in April 2009, which were wheeled CT. It was used as a technique for analyzing the collective subject discourse, and the data presented through graphs, charts, maps, pictures and graphics and arranged in three stages: Subjects of the study, characterizing the study participants; Social Representations of Therapist Community presenting and discussing the social representations of therapists community studied on CT, and Consequences of Community Therapy at the Family Health Strategy, discussing the meanings attributed by the study participants about changes in FHS. Meanings were attributed to the CT by the therapists studied originated from the speeches, songs, drawings and constructed, and that presented by schematic illustration show the relation between the representations: life, listening, faith / light, change, transformation. The web, symbol of CT, appeared on the images constructed by the representatives of the study and represents the formation of bonds that allows the construction of social support networks that strengthen relationships among community. In the study, proved by professionals who have the meanings about the changes in the work process from the introduction of CT, and shown that the change took place within a more welcoming attitude on the part of professionals, the relationship between Team members had no significant changes, explained by the low compliance of team members to the CT in relation to the user front, the bond was strengthened, and this involved strengthening the role of the therapist community. It is recognized, thereby transforming the character of CT in building links with users, requiring, however, that the team is viewed as offering therapeutic services, not the professional therapist. Therefore, the CT for being a new phenomenon in health services and community belonging, it fits like a novelty which affects the construction of a representation dispute. Still, can contribute to the reorganization of mental health care in line with the new model of mental health care advocated by the Psychiatric Reform.

Key-words: Mental health, Health of the Family, Therapy, Nurse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos do estudo-lendas- <i>Mãe d'agua-Iara</i>	73
Quadro 2. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos do estudo-lendas- <i>Caipora. Boitatá. Pisadeira</i>	74
Quadro 3. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos do estudo-lendas- <i>Mula-sem-cabeça. Mãe de ouro. Curupira.</i>	75
Figura 1. Mapa de significados da Terapia Comunitária para o terapeuta comunitário, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, 2009.	82
Figura 2- Mapa de significados da repercussão da Terapia Comunitária na vida do terapeuta comunitário, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	83
Figura 3- Mapa ilustrativo da postura frente ao outro após a inserção na Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	85
Figura 4- Mapa dos significados das músicas que representam a Terapia Comunitária- fé/luz, segundo terapeutas comunitários, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	87
Figura 5- Mapa dos significados das músicas que representam a Terapia Comunitária- vida, segundo terapeutas comunitários, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	89
Figura 6. Esquema figurativo representacional da Terapia Comunitária a partir das representações sociais dos terapeutas comunitários estudados, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	100
Figura 7- Mapa de significados de mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família após a implantação da Terapia Comunitária para o terapeuta, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	106
Figura 8- Mapa ilustrativo das dificuldades na implementação da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	108
Figura 9- Mapa de significados de mudanças na relação entre a equipe após a implantação da Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	110

Figura 10- Mapa de significados de mudanças na relação com o usuário após a implantação da Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009. 112

Figura 11- Esquema figurativo representacional das repercussões da Terapia Comunitária no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009. 115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Função do terapeuta comunitário na Equipe de Saúde da Família, do Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	72
Infográfico 1. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- <i>Mula-sem-cabeça</i> , Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	92
Infográfico 2. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- <i>Pisadeira</i> , Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	93
Infográfico 3. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- <i>Iara</i> , Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	95
Infográfico 4. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- <i>Curupira</i> , Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	96
Infográfico 5. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- <i>Boitatá</i> , Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.	98

LISTA DE SIGLAS

ABRATECOM- Associação Brasileira de Terapeutas Comunitários
CAIS- Centro de Atenção Integral a Saúde
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CNBB- Conselho Nacional de Bispos Brasileiros
CTT- Composição Técnica do Trabalho
DESPP- Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria
DSC- Discurso do Sujeito Coletivo
ESF- Estratégia de Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MISC- Movimento Integrado de Saúde Comunitaria
MISMEC- Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária
ONGs- Organizações não-governamentais
PSF- Programa de Saúde da Família
RS- Representações Sociais
SUS- Sistema Único de Saúde
TC- Terapia Comunitária
TV- Trabalho Vivo
TM- Trabalho Morto
TRS- Teoria das Representações Sociais
UFC- Universidade Federal do Ceará
UFPB- Universidade Federal da Paraíba
UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPHG- Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

PARTE I –	16
1. CONSIDERAÇÕES DISCURSIVAS INICIAIS	17
1.1 Justificativa	21
1.2 Objetivos	22
PARTE II-	23
2. REVISÕES DISCURSIVAS CONCEITUAIS NA LITERATURA	24
2.1 Terapia Comunitária – uma novidade nos serviços de saúde	24
2.2 Trabalho em Saúde - práticas e saberes	42
2.3 Políticas de Saúde – reestruturação produtiva e transição tecnológica	48
2.4 Saúde mental contemporânea,	53
2.5 Teoria das Representações Sociais – processos sociocognitivos	57
PARTE III –	62
3. PERCURSO METODOLÓGICO – as aproximações possíveis	63
3.1 Construindo a investigação – uso de multimétodos na apreensão da TRS	63
3.2 Construindo a análise e interpretação– o discurso do sujeito coletivo e a iconografia na interface das representações sociais	66
3.3 Considerações Éticas – responsabilidade e compromisso social	
PARTE IV-	
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PRODUTORES DE SENTIDO E SIGNIFICADOS	69
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO	74
4.2.1 A um passo da luz para desvendar as representações sociais... processos interpretativos	80
4.2.1.2 Apresentando a TC temática	81
4.2.1.3 Apresentando as representações dos terapeutas comunitários sobre a TC	82
4.3 REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAUDE DA FAMÍLIA – práticas e representações sociais	104
4.3.1 Caminhando para desvendar as modificações no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família...processos interpretativos	105
4.3.1.1 Apresentando a TC temática	106
4.3.1.2 Apresentando os significados do terapeuta comunitário sobre a repercussão da TC na Estratégia de Saúde da Família.	107
PARTE V-	117
5 CONSIDERAÇÕES DISCURSIVAS FINAIS	118

REFERÊNCIAS

APÊNDICES 135

A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	136
B. Roteiro I	137
C. Roteiro II	138

ANEXOS

Anexo I- Parecer de aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética
Anexo II- Letras de músicas



PARTE I

“(...)E a vida?
E a vida o que é, diga lá, meu irmão?
Ela é a batida de um coração?
Ela é uma doce ilusão? é ô
Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento? (...)” (Gonzaguinha, 1982).

1. CONSIDERAÇÕES DISCURSIVAS INICIAIS

Em demasia, atualmente, tem-se discutido sobre um novo conceito de Saúde, contemplando diversos aspectos da vida dos indivíduos em busca de uma existência mais real e ampla das condições de bem-estar e qualidade de vida. Contudo, o Brasil com características continentais, marcado por diferenças regionais e biodiversidade, também encerra grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excluente.

O Sistema Único de Saúde (SUS), saído das mobilizações populares, surgiu na década de 1980, para minimizar as iniquidades sociais, na medida em que contempla e garante, em seus princípios fundamentais, os direitos reservados a todos os integrantes de uma sociedade, de forma igualitária, integral e acessível. Nesse contexto, o SUS propõe uma reformulação política, organizacional e ética para o ordenamento dos serviços e ações de saúde (HOLANDA, 2006; LEMOS, 2009).

A grande questão que dificulta o alcance destes objetivos reside no fato de vivermos em uma sociedade que oferece escassos recursos em todos os seus eixos – lazer, esporte, educação, cultura, habitação, geração de emprego e renda e saúde. Conquistar a saúde em seu sentido amplo é o que se entende por promoção de saúde, espaço a ser descoberto e ocupado por todas as disciplinas e competências integradas, agindo de acordo com uma ética interdisciplinar em que se unam condições e capacidades pelo objetivo comum. Os esforços político, administrativo e social dão-se no sentido de empreender investimentos – ainda de forma segmentada - para que o todo possa então adquirir uma configuração um tanto mais adequada, mais próxima da equidade e da integralidade almejadas (LEMOS, 2009).

A superação dos desafios, reflexo das discussões no campo da saúde coletiva, aponta para a necessidade de se implantar estratégias operacionais e tecnologias do cuidado, nos diferentes níveis de gestão, que ampliem a participação de setores sociais comprometidos com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. A década dos anos 1990 marca um período na busca de estratégias direcionadas para que a implantação

dos princípios e diretrizes do SUS, extrapolando os discursos oficiais para alcançar a população usuária do sistema, trazendo-a para além de consumidora de ações e serviços para um campo de discussão/formulação e controle/avaliação das políticas de saúde implantadas e/ou implementadas (HOLANDA, 2006).

Nesse sentido, em 1994, o Ministério da Saúde concebeu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma promissora proposta de reorganização das práticas assistenciais, em substituição ao modelo clássico de atenção à saúde. Dessa forma, entende a pessoa usuária no seu contexto ampliado, considerando o conceito de família e os aspectos da promoção da saúde. Tais ações também se estendem para o campo de atenção à saúde mental (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2002).

No cenário brasileiro, há em curso um processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental distanciando-se do modelo hospitalocêntrico, de enfoque individual, curativo, discriminador e excludente, para um modelo de base comunitária, cujo eixo é o coletivo, a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento e a inclusão social, focado no sujeito, na família, nos grupos sociais e na sua existência. No modelo comunitário, torna-se imperioso transformar os modos de cuidar do sujeito, deslocando o objeto para a existência-sofrimento do indivíduo e sua relação com a sociedade (Cavalheri, 2008). Além disso, busca-se a inclusão, a tolerância e a co-existência com a diferença e a diversidade.

Quanto às necessidades de saúde da população, constata-se várias fragilidades concernentes à atenção, não diferente no campo da saúde mental, persistindo o caráter de descuido, pois a maioria dos serviços de saúde não oferece cuidados básicos de orientação à população quanto às formas de lidar com as crises, com o sofrimento emocional, bem como com a importância das relações emocionais e sociais na vida de cada pessoa e da comunidade.

Assim, as formas tradicionais de organizar o trabalho em saúde a partir da lógica das profissões têm sido insuficientes para garantir o cuidado humanizado e integral, resultando num pensar e agir fragmentados no sistema de saúde como um todo (Mattos, 2001). É necessário resgatar habilidades, potencializar a autonomia, valorizar a dinâmica familiar e desenvolver o empoderamento das pessoas e das comunidades. Através da construção de uma teia de relações formada por trocas de experiências, do conhecimento circular e de recursos sócio-emocionais, podem-se promover o resgate da cidadania e um cuidado humanizado (HOLANDA, 2006).

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, com ênfase na ESF, no sentido de operacioná-lo operando forma centrada no usuário e nas suas necessidades. No modelo assistencial vigente, também entendido como médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade de Saúde da Família é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste modelo carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Nele prevalece o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento das tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (Franco; Merhy, 2003). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde.

Sabe-se de experiências bem sucedidas ocorridas em vários municípios brasileiros, indicando que o desenvolvimento das ações básicas de saúde mental por parte das equipes de saúde da família, é uma estratégia complementar e fundamental na consolidação do modelo de atenção a saúde, onde a promoção da saúde e a prevenção das doenças são consideradas ações estratégicas para a manutenção da qualidade de vida. Essas estratégias conferem mudanças de práticas, contribuindo para o cuidado da saúde em defesa da vida individual e coletiva (BARRETO, 2008).

Nessa direção, a Terapia Comunitária (TC) desponta como uma tecnologia de cuidado, a qual as Equipes de Saúde da Família utilizam no cotidiano dos serviços e na comunidade para construir redes sociais solidárias, diminuindo o sofrimento emocional da população advindo de problemas relacionados com pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima.

Dessa forma, comprehende-se que a TC é um espaço de escuta para a partilha de sabedoria da vida, de sofrimentos vivenciados no cotidiano e de afinidade de maneira circular e horizontal (Barreto, 2008). Esta vem sendo desenvolvida há 22 anos, pelo Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), na Comunidade de Quatro Varas, no bairro de Pirambu, na cidade de Fortaleza – CE, onde é realizado um trabalho de apoio a indivíduos e famílias que vivem situação de sofrimento psíquico. A TC tem demonstrado ao longo dos anos sua eficiência na promoção da auto-estima, na prevenção dos transtornos mentais e comportamentais, bem como, tem ajudado as pessoas a resgatar vínculos afetivos e sociais, sendo considerada, portanto, um instrumento que facilita a agregação e a inclusão social. Ocorre,

também, em alguns países como França e Suíça, com alguma experiência no México, aonde vem sendo desenvolvida por enfermeiras, além de estar presente na maioria dos estados brasileiros (BARRETO, 2008).

Constitui-se em uma prática de efeito terapêutico, podendo ser considerada uma tecnologia de cuidado ou um procedimento terapêutico grupal, cuja finalidade é a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, desenvolvida no âmbito da atenção primária em saúde mental. Funciona como fomentadora da cidadania, da identidade cultural das comunidades e das redes sociais solidárias que possibilitam aos indivíduos, famílias e grupos, desenvolver autonomia e adquirir as bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social (FUKUI, 2008).

Conduzida por uma equipe, composta de Terapeuta e Co-Terapeuta, os encontros de TC se desenvolvem com os participantes em círculo, seguindo um roteiro sistematizado que compreende cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento. O modelo co-participativo da TC se apóia na competência das pessoas. Quem tem problemas tem também soluções. Valoriza as experiências individuais, reconhecendo a contribuição de cada pessoa e reforçando a auto-estima dos que partilham suas competências e contribui para a criação e fortalecimento de vínculos entre as pessoas / grupo / comunidade. A identidade da Terapia Comunitária, no desenvolvimento de suas fases, está fundamentada em cinco pilares teóricos conceituais: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, pedagogia de Paulo Freire, antropologia cultural e resiliência (BARRETO, 2008).

No município de João Pessoa- Paraíba, a Terapia Comunitária vem sendo utilizada desde julho de 2004 a partir do Projeto de Extensão realizado no bairro de Mangabeira por docentes da Universidade Federal da Paraíba. A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, conhecendo o projeto ora em curso, e entendendo que o mesmo tem potência para configurar-se enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental na atenção básica, promoveu em 2007 um curso de formação para Terapeutas Comunitários envolvendo as diversas ocupações de saúde da rede de atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial e rede hospitalar. No corrente ano, transcorre o 2º Curso de Formação, agora com a parceria do Pólo de Formação em Terapia Comunitária, criado em articulação com a Universidade Federal da Paraíba- UFPB, Movimento Integrado em Saúde Comunitária (MISC-PB).

Destarte, as questões elaboradas para esta pesquisa são: Quais as representações que os Terapeutas Comunitários possuem acerca da TC? De que forma a Terapia Comunitária influencia no processo de trabalho das equipes de saúde da família?

A relevância desta pesquisa centra-se na necessidade de investigar um tema recente no âmbito das práticas e saberes em saúde mental e ainda pouco estudado, visando contribuir na produção do conhecimento obtido para incorporar novas tecnologias nas reflexões sobre os processos de trabalho das equipes de saúde da família.

1.1 JUSTIFICATIVA

Na graduação do curso de enfermagem, e no espaço da extensão universitária, sempre me aproximei de trabalhos comunitários e a Educação Popular foi umas das minhas bases de sustentação para que minha formação fosse mais politizada, voltada para uma verdadeira práxis, implicada com o cenário político e social no qual estou inserida. Experimentei, por muitas vezes, práticas complementares de cuidado e que valorizavam os saberes populares, na perspectiva de ofertar e aprender junto com a população outras possibilidades terapêuticas de enfrentamento de problemas do cotidiano dos diferentes sujeitos socialmente excluídos, próximos a linha da miséria.

Durante minha vida profissional, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, e enquanto gestora em um distrito de saúde, tenho observado o quanto essas práticas são esquecidas em detrimento da utilização das tecnologias duras e leve-duras. Saliento que historicamente a formação do modelo tecno-assistencial para a saúde esteve centrado nessas categorias tecnológicas, visto que sua adoção se deu a partir dos interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde, particularmente a medicina de grupo privatista. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais (MERHY, 2008).

Vale destacar que para desconstruir o modelo tecno-assistencial vigente no imaginário e no agir profissional de muitos trabalhadores- o flexneriano- na produção do cuidado, ao invés dos procedimentos, dispositivos balizados pelas tecnologias leves, precisam ser implementados, incorporados e avaliados no intuito de produzir

conhecimento e impacto positivo, consequentemente, reflexões das posturas e, uma ação exitosa nas mudanças das práticas e saberes, a exemplo da Terapia Comunitária.

A TC vem sendo fortalecida enquanto ferramenta capaz de favorecer o cuidado (na perspectiva de promoção da saúde), a qualquer forma de sofrimento psíquico e mental, contribuindo para a consolidação do vínculo entre usuários e equipes de saúde da família. Dessa forma, justifica-se a realização de um estudo representacional que apreenda as contribuições da Terapia Comunitária nas mudanças das práticas na Estratégia de Saúde da Família.

Assim, busca-se também contribuir na discussão da utilização de tecnologias leves na produção do cuidar no campo da saúde e na Enfermagem, com ênfase na TC.

1.2 OBJETIVO

Geral:

Apreender as representações sociais dos profissionais de saúde que atuam com a Terapia Comunitária, sobre a utilização desta na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa.

Específicos:

- Identificar as representações sociais construídas pelos profissionais sobre a Terapia Comunitária;
- Identificar as representações que os terapeutas possuem sobre as mudanças na sua vida após a inserção na TC;
- Identificar as modificações/mudanças nas práticas no processo de trabalho a partir da implantação da Terapia Comunitária nestes serviços.



PARTE II

*“(..) Há quem fale que a vida da gente
É um nada no mundo,
É uma gota,
É um tempo que nem dá um segundo,
Há quem fale que é um divino mistério profundo,
É o sopro do criador
numa atitude repleta de amor (..).”
(Gonzaguinha, 1982).*

2. REVISÕES DISCURSIVAS CONCEITUAIS NA LITERATURA

Para uma melhor compreensão da temática, serão tecidas algumas considerações sobre a Terapia Comunitária, Processo de Trabalho em Saúde, Políticas de Saúde e Teoria das Representações Sociais. Dessa forma, diferentes correntes teóricas- filosóficas serão utilizadas, buscando dialogar e integrar perspectivas distintas, mas muitas vezes complementares para o entendimento do fenômeno a ser estudado. Este aspecto caleidoscópio tem a finalidade de ampliar a compreensão do mesmo, como forma de garantir a confiabilidade, validade e fidedignidade no processo de tornar familiar a terapia comunitária para seus terapeutas, como uma nova prática e saber que se encerra nos serviços de saúde de base comunitária. Ambas, terapia comunitária e a teoria das representações sociais priorizam a produção de sentidos e orientação dos sujeitos psicossociais nas dimensões da vida cotidiana e permite esta interface com diferentes domínios do conhecimento.

2.1 Terapia Comunitária- uma novidade nos serviços de saúde

Entendendo o Conceito

A palavra Terapia tem sua origem no grego Therapéia e, segundo o dicionário Aurélio, significa a parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes. Para Barreto (2008), significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Para o mesmo autor, a palavra comunidade é constituída de outras duas, comum+unidade. Segundo Ferreira (2001) comunidade pode ser entendido como um grupo de pessoas submetidas a uma mesma regra e, ainda, como o local por elas habitado.

Nesse sentido, a terapia comunitária tem como princípio trabalhar com a dor da comunidade, resgatando os indivíduos pertinentes a ela no que diz respeito à auto-estima,

tomada de decisões e compartilhamento das emoções. Configura-se um espaço comunitário que procura partilhar as experiências de vida de forma horizontal e circular. Assim, cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que são relatadas.

A Terapia Comunitária proporciona a criação de uma teia de relação social que possibilita as trocas de experiências, o resgate das habilidades e a superação das adversidades considerando a formação de recursos sócio-emocionais e no resgate da autonomia individual e coletiva (GUIMARÃES, 2006, BARRETO, 2008).

A origem

A Terapia Comunitária surgiu como espaço de escuta dos relatos sobre o sofrimento e das dificuldades cotidianas, criando um espaço possível de prevenção dos efeitos ansiogênicos, narcísicos, depressivos e elaboração do insight no cotidiano das pessoas. O compartilhamento, quer verbalizando, quer escutando o depoimento dos demais integrantes da roda, garante o resgate da auto-estima, da auto-consciência e do respeito cidadão tão necessários para a implementação de habilidades capazes de operar mudanças em suas vidas.

Esse modelo de terapia emergiu em 1987, na Favela de Pirambu – Fortaleza, sendo idealizada por Adalberto Barreto, psiquiatra, antropólogo, teólogo e professor da Universidade Federal do Ceará. Surgiu a partir da necessidade de indivíduos com sofrimento psíquico que buscavam amparo jurídico junto ao Projeto de Apoio aos Direitos Humanos da favela de Pirambu, uma das maiores da capital cearense com 280.000 habitantes (CAMARGO, 2005).

Constatou-se que a maioria das queixas da população residia nas questões sociais, nos problemas psicológicos e no déficit dos relacionamentos familiares como geradores de sofrimentos psíquicos. O atendimento dispensado a esta demanda, assentava-se no modelo tradicional de terapia, portanto particularizado e individualizado, realizado no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Com o aumento na demanda dos atendimentos, o psiquiatra e seus alunos na disciplina de Medicina Social começaram a atender essa população no próprio local, ou seja, onde

residiam na favela de Pirambu. Neste novo *setting* na comunidade, não poderia se dar o mesmo tipo de atendimento àquela população como aquele prestado no hospital e no consultório (CAMARGO, 2005).

Nesse sentido, outra abordagem se fazia necessária àquela população na perspectiva de fortalecer os sujeitos psicossociais frente às potencialidades e às vulnerabilidades na resolução dos problemas cotidianos. Esta população, em sua maioria era formada por migrantes do interior do país que ali estavam desordenadamente agregados na periferia de uma grande capital, desassistidos pelo Estado e em condições de miséria. Baseando-se em sua experiência, Barreto começou a esboçar um novo método, próprio para atendimentos coletivos, no qual assegurasse um espaço de escuta mediante a participação e a contribuição de todos os atores sociais pertencentes a esta comunidade.

Atualmente, é uma prática em vários municípios de diferentes estados brasileiros, reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma prática de cuidado à saúde que se fundamenta nos conceitos de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico, requerendo melhor disseminação dos fundamentos e propagação e difusão da terapia comunitária. Internacionalmente, ela desponta com experiências em países como a França, Suíça e México (HOLANDA, 2006).

A Terapia Comunitária constitui-se em uma prática de efeito terapêutico, podendo ser também considerada como uma tecnologia de cuidado de procedimento terapêutico grupal, cuja finalidade é a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento, desenvolvida no âmbito da atenção primária em saúde mental. Portanto, funciona como fomentadora do resgate da cidadania, da identidade cultural das comunidades e das redes sociais solidárias que possibilitam aos indivíduos, às famílias e aos grupos desenvolver autonomia e adquirir as bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social (FUKUI, 2008).

Para Grandesso (2005), a Terapia Comunitária é uma prática terapêutica pós-moderna crítica, que reconhece as influências do macrocontexto sócioeconômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual, manifestando no microcontexto familiar e nas organizações comunitárias, um espaço de acolhimento pela alteridade, compreendendo os sujeitos e a comunidade como competentes para tomada de decisões.

Na atenção básica, a Terapia Comunitária busca tecer redes de atenção, cuidado, e promoção de saúde além de potencializar a atenção especializada, capaz de fomentar a articulação dos diferentes serviços para dar suporte nas situações graves de transtornos mentais e comportamentais, estimulando o envolvimento multiprofissional da rede de atenção básica

em saúde mental, bem como fomentar e potencializar a formação de linhas de cuidado em saúde mental (CAMAROTTI et. al, 2008).

O trabalho terapêutico, nesta perspectiva psicodinâmica e inclusiva, tece assim como a aranha, teias fortíssimas, possibilitando abrir um espaço de expressão para os que sofrem e permitindo a muitos nutrirem-se do construído pelo grupo, resgatando vínculos interpessoais e sociais, a partir da inclusão dos valores culturais, fortalecendo o sujeito ao sentimento de inclusão, daí ser a teia o símbolo da terapia comunitária.

A realização da TC

A Terapia Comunitária ocorre sempre num espaço público numa abordagem grupal, (re)valorizando o indivíduo na sua singularidade e inserção familiar, estimulando a compreensão da importância desse espaço público. Para Castro (1999), constitui-se num espaço político no qual os indivíduos teriam liberdade de expor, procurando chegar idéias articuladas através da discussão de assuntos considerados importantes para o coletivo, podendo manifestar a sua singularidade e pluralidade de idéias que são de fundamental importância para as decisões que serão absorvidas e assimiladas pelo coletivo, mas com efeito prático no âmbito individual.

Conduzida por uma equipe, composta de terapeuta e co-terapeuta, os encontros de TC se desenvolvem com os participantes em círculo, seguindo um roteiro sistematizado que compreende cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento (BARRETO, 2008).

Na primeira fase, o **acolhimento**, o co-terapeuta em grande círculo, de preferência, acomoda os participantes, tentando através de músicas e outras estratégias interativas, estabelecer um clima de grupo. Realiza-se a celebração da vida através das congratulações aos aniversariantes presentes. Após esse momento, são apresentados algumas instruções, combinações e esclarecimentos para melhor andamento da atividade, tais como: fazer silêncio, falar da própria experiência, não julgar, não emitir juízo de valor, tampouco dar conselhos e, ainda durante a conversa, acatar as manifestações culturais como músicas, anedotas, piadas, expressas e aludidas pelos participantes como uma maneira de ilustrar e animar o ambiente terapêutico.

Esclarecidas as informações preliminares, dá-se continuidade à terapia. O terapeuta facilita a palavra para o grupo para que os participantes exponham na roda as situações que levam ao sofrimento, gerando uma agenda para a escolha do tema. O terapeuta registra os relatos e após a fala dos participantes, faz uma síntese de cada situação-problema expressa. Após, vota-se um tema para ser trabalhado naquele encontro terapêutico. Escolhido o tema, o terapeuta valoriza e ressalta no grupo a participação de todos os sujeitos que se colocaram como foco do agir terapêutico, esclarecendo que apenas um tema será aprofundado.

Logo em seguida à identificação do tema, o terapeuta solicita ao participante que fale sobre seu sofrimento, e orienta aos demais do grupo que podem ser feitas perguntas para melhor compreensão do contexto. Na **contextualização**, mais informações sobre o assunto são reveladas para que se perceba com clareza o problema. O questionamento é uma forma reflexiva de se perceber, através da inserção de dúvidas nas certezas. Para Barreto (2008), é ver além do dedo que aponta a estrela, ampliar os olhares e a própria percepção de si.

Prosseguindo, o terapeuta solicita então que o participante que expôs sua situação fique em silêncio e apresenta um **mote**, possibilitando a reflexão coletiva. O mote é a pergunta-chave que permite ao grupo resgatar elementos fundamentais, rememorando, ressignificando, representando e reverberando os eventos vividos e experenciados, através da imersão na objetivação e ancoragem dos conceitos e pré-conceitos, reconstruindo a realidade.

Para Kosik (1976, p.103) ao circunscrever o cotidiano na intersubjetividade ordenativa do mundo enquanto realidade, diz:

A realidade se apresenta aos homens ‘como o campo em que se exercita a sua atividade prático sensível’ (...) o indivíduo ‘em situação’ cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de noções que captam e fixam o aspecto fenomênico da realidade.

Na fase da **problematização**, ressalta-se a dimensão do grupo na terapia, identificação das formas de enfrentamento para as diferentes situações-problemas mediante a exposição das adversidades cotidianas e o processo de resiliência dos diferentes sujeitos.

A última etapa da terapia denominada de **ritual de agregação** caracteriza-se pela conotação positiva na medida em que o terapeuta comunitário manifesta discursivamente o

valor das diferentes formas de esforço, escolha e vontade de superar as dificuldades. A conotação positiva acontece propositivamente em um ambiente de aproximação física de todos os participantes do grupo. O co-terapeuta comunitário, expressa o que mais lhe tocou no tema escolhido e abre para o grupo verbalizar o que aprendeu com as situações ali reveladas. Dessa forma, possibilita a valorização da experiência dos participantes, sugerindo a todos que repensem seu sofrimento, ultrapassando os efeitos imediatos da dor e da tristeza, identificando melhor as estratégias de enfrentamento mais satisfatórias ou adequadas ao sujeito proponente e aos participantes, reforçando a auto-estima, confiança em si e resgatando a autonomia.

Em João Pessoa, a TC vem sendo desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família, e outros equipamentos sociais dos territórios das comunidades, em Centros Especializados, como Centros de Referências do Idoso, Centros de Atenção Integral, Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, em unidades Hospitalares, a exemplo do Hospital Valentina, tendo atualmente 90 grupos fixos de terapias acontecendo no município, onde cerca de 45.000 pessoas já participaram dessas rodas, tendo como principais temáticas: depressão, violência, insônia, medo e alcoolismo, situações relacionadas ao cotidiano da vida das pessoas.

No desenvolvimento de suas fases, a TC fundamenta-se em cinco pilares teóricos conceituais: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, a pedagogia de Paulo Freire, a antropologia cultural e a resiliência (BARRETO, 2008).

O Eixo do Pensamento Sistêmico na fundamentação da TC

Para entender o pensamento sistêmico, que alicerça a Terapia Comunitária, cabe discorrer, sem ser simplista sobre as mudanças paradigmáticas da ciência. Até o final do século XX, a visão de mundo se sustentava em premissas tais como a ordem das coisas, legislação universal, sistematização do real, absoluto, máquina. No século XX, este paradigma da ordem, simetria, regularidade, adequação do intelecto às coisas, entra em crise, principalmente, devido à reflexividade desta mesma forma de pensamento, que se volta para si mesmo e descobre seus próprios limites e suas fragilidades (NEVES, 2006).

Para Santos (2000), essa crise como originária nas primeiras formulações da Física no início do século XX, em especial ressaltada na Teoria Geral da Relatividade de Einstein – “não havendo simultaneidade universal, o tempo e o espaço absoluto de Newton deixam de existir”. A partir destas formulações surge um novo universo, com a reabilitação do caos, da reversibilidade processual, do indeterminismo, do observador e da complexidade. Todo esse novo universo vai repercutir em outras ciências, da Biologia às Ciências Humanas, elevando a teoria da complexidade à categoria de paradigma.

Neste contexto localizam-se as tentativas por uma Teoria Geral dos Sistemas, a qual tem como problema central à extrema complexidade do mundo. As primeiras formulações são da Biologia, através de Ludwig Von Bertalanffy, ainda na década de 1930, ganhando força somente na década de 1950. Contribuições mais recentes à teoria geral dos sistemas têm enfocado principalmente a relação sistema/entorno, buscando uma definição das qualidades envolvidas nas trocas energéticas e informacionais (SANTOS, 2000).

Ainda na perspectiva da Teoria Geral dos Sistemas, os chilenos Humberto Maturana e Francisco Varela, defendem uma teoria biológica, se referindo à auto-organização dos processos celulares, um fenômeno denominado de autopoiesis, afirmando que os sistemas criam identidade a partir de suas próprias operações. Tais operações são dependentes do sistema no qual são produzidas, o que, por sua vez, produz o próprio sistema. Segue-se, dessa forma, um processo circular de autoprodução de componentes, capaz de dar sentido às informações do entorno e distinguir-se do mesmo. Evidencia-se assim, uma ruptura com o pensamento sistêmico tradicional, que concebia os sistemas como unidades estruturadas, mas abertas, ressaltando a dimensão de rede entre os distintos sujeitos (MATURANA; VARELA, 1997).

Para Camarotti et al. (2008), abordar, ver, situar e pensar um problema em relação ao seu contexto é uma premissa da abordagem sistêmica. Nessa abordagem, o sujeito percebe-se em relação às suas interações familiais, sociais, e também em relação aos seus valores e crenças, possibilitando uma compreensão maior acerca do mesmo, visando sua transformação. Dessa forma propõe-se que o sujeito seja percebido a partir de seu contexto, como parte indissociável de uma rede de relações.

A concepção sistêmica percebe o mundo numa perspectiva de relações e de integração, valorizando a totalidade e suas relações com as partes que o constituem. Sendo

assim, o todo é o resultado de sua interação com seus constituintes e não a soma deles (CAPRA, 2001).

Para Barreto (2008), o sistema pode ser entendido como um complexo de elementos em interações interdependentes que organizam uma totalidade, que por sua vez, gera um funcionamento próprio. Considerando essa premissa, nas situações de adversidade vividas pela comunidade, cada indivíduo faz parte do problema, como também constitui parte da solução, portanto, os problemas são sistêmicos e estão interligados, embora interdependentes (GUIMARÃES, 2006).

A Terapia Comunitária apóia-se no pensamento sistêmico como mecanismo de intervenção na comunidade e no indivíduo, utilizando a teia infinita de padrões interrelacionados, permitindo ao grupo a reflexão dos problemas em todos os aspectos de um determinado contexto. Dessa forma, a comunidade e a família são vistas como sistemas que seguem os princípios da circularidade, causalidade circular, retroalimentação, totalidade e não somatividade. As pessoas que vivenciam situações-adversidades tornam-se co-responsáveis e são estimuladas a refletir sobre o seu papel. Os acontecimentos são entendidos, considerando-se o contexto e não a soma de suas partes (HOLANDA, 2006; BARRETO, 2008)).

Nesta perspectiva, os sujeitos e a comunidade, são percebidos como parte de um complexo no qual cada membro influi e é afetado por outro. Nessa reciprocidade, o ser humano configura-se como um membro ativo, reativo dos grupos sociais, um sujeito implicado e não isolado levando em conta o contexto social e cultural, os quais são valorizados e interligados na compreensão e resolução dos problemas familiares e comunitários.

O Eixo da Teoria da Comunicação na fundamentação da TC

A palavra comunicação assume uma infinitude de significados, alcançando uma multiplicidade de sentidos, gerando tentativas para definí-la nas diferentes dimensões no mundo do saber. Particularmente, adota-se o termo Comunicação como o uso da palavra, estruturadora da linguagem, que por sua vez torna-se concretizadora do discurso. Funciona como um fio condutor para a afirmação da humanidade como um sujeitos que sentem,

pensam, intercambiam subjetividades, agem e reagem na relação com o outro e com a natureza, formando uma teia de pensamentos e acontecimentos construída entre consensos e conflitos. O seu desenvolvimento, da oralidade a instrumentalização técnica, confunde-se com a luta da humanidade para sobreviver, dominar a natureza, construir conhecimentos e por expandir-se. Portanto, a comunicação está intrinsecamente ligada às relações de poder estabelecidas (GOMES, 2007).

Para Freire (1987. p.78-79),

O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não a querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. É preciso primeiro que, os que assim encontram negados no direito primordial de dizer a palavra, reconquistem esse direito, proibindo que este assalto desumanizante continue. Se é dizendo a palavra com que, “pronunciando” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco torna-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes.

Sabe-se de antemão que nos encontros de Terapia Comunitária, o dialogo é entendido como necessário e fundante do processo terapêutico na medida em que se estimula a fala dos participantes versados sobre seus problemas, inquietações, perturbações cotidianas, ajudando o indivíduo a expressar algo não dito, portanto silenciado por alguma razão. Busca-se uma compreensão dos sintomas, uma vez que para Holanda (2006), grande parte do sofrimento humano provém da falta ou da má comunicação.

O dito popular, “quando a boca cala os órgãos falam” é freqüentemente utilizado nas rodas de TC para significar que o sintoma está dizendo algo da vida. Os sintomas podem ser compreendidos através da verbalização ou do silenciamento perante o grupo das situações de violência, desemprego, miséria, dificuldades apresentados como expressões de conflitos das interações, revelando um déficit no funcionamento do relacionamento familiar e social.

Segundo Barreto (2008), a comunicação destaca-se como instrumento de transmissão de significados entre as pessoas, objetivando sua integração na organização social, além da transformação pessoal e coletiva. Todo ato, verbal ou não, individual ou grupal, per si apresenta-se polissêmica, pois encerra diversos significados e sentidos dentro

da comunicação, os quais podem estar ligados ou não, ao comportamento e à busca de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado como individuo e cidadão.

O Eixo da Pedagogia de Paulo Freire na fundamentação da TC

As experiências pioneiras em idéias e práticas associadas às contribuições do educador Paulo Freire, frequentemente como uma espécie de eixo de referência, eram identificadas pelo nome de educação libertadora, onde a palavra ajuda o homem a tornar-se sujeito de sua própria história. Nesta perspectiva do reconhecimento das habilidades de vida do senso comum, a educação libertadora, enquanto prática pedagógica faculta a todos processos de aprendizagem, na medida que o cotidiano torna-se matéria-prima, promovendo a capacidade de análise crítica sobre a realidade, além do aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento das adversidades da vida (VASCONCELOS, 2004).

Nesse sentido, Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular, cujas obras foram difundidas internacionalmente até os dias atuais. Dentre elas, destaca-se, a Pedagogia do Oprimido (1996), ao criticar a educação bancária, na qual o educador “transfere seus valores” e “deposita seus conhecimentos” nos educandos, desconhecendo sua realidade e o seu contexto, expressando-se numa ideologia de opressão, negando a educação e o conhecimento como processo de busca, favorecendo somente a alienação e a ignorância (FREIRE, 1987).

O agir pedagógico da Educação Popular envolve os sujeitos no processo de participação popular, minimizando a ruptura com os mecanismos de cumplicidade e aliança aos micropoderes que sustentam as estruturas de dominação política e econômica da sociedade, para engajar-se na superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a sociedade ocidental (VASCONCELOS, 1997).

O elemento fundamental, segundo Brandão (1982), para revalorizar esse jeito, modo ou maneira dos sujeitos se educarem, é considerar no processo pedagógico os saberes anteriores do educando, ligados e apreendidos no trabalho, na vida social, na luta pela sobrevivência, e transformação da realidade. Dessa forma, a Educação Popular, enfatiza a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os distintos

atores envolvidos em determinado problema social, na perspectiva da construção coletiva e compartilhada do conhecimento e da organização política necessária para a tomada de decisões.

De maneira equivocada, o conceito de Educação Popular associa-se à educação informal dirigido ao grupo popular. Cabe ressaltar que “Popular” refere-se à dimensão política dessa concepção educativa, a qual esta voltada à construção de uma sociedade sem explorados, nem subalternos, mas permeada por sujeitos dotados de autonomia no redirecionamento de seus posicionamentos políticos, culturais e econômicos.

As experiências com os movimentos sociais demonstram a possibilidade concreta desse modo de conduzir o processo educativo, particularmente com importantes resultados na formação de trabalhadores. No setor saúde, torna-se importante a utilização da Educação Popular para construção de uma nova consciência sanitária, ampliando a participação da população na democratização das políticas públicas.

Segundo Vasconcelos (2004, p. 80), no cotidiano das práticas de saúde, o usuário é desconsiderado, pelo autoritarismo e arrogância do modelo biomédico tradicional, que tem reforçado estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida se organiza. E, ainda que:

é preciso levar a redemocratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral.

Nesse sentido, o terapeuta comunitário pode ser considerado como um educador popular. Corrobora-se com Barreto (2008) ao destacar que este não precisa ser letrado, estudado, basta que seja uma pessoa, verdadeira e comprometida, e tenha aprendido na escola da vida, assumindo o papel de resgatar as competências dos sujeitos, garimpando o saber produzido pela vivência de cada um, fomentando no grupo o desejo de construir vínculos e a descoberta dos recursos individuais e comunitários para superação das situações de sofrimento do dia-a-dia. O terapeuta não precisa ser um especialista, podendo ser uma pessoa da própria comunidade, representante de ONGs, de lideranças comunitárias e religiosas, profissionais de saúde, educação.

O Eixo da Antropologia Cultural na fundamentação da TC

A palavra antropologia possui sua origem etimológica derivada do grego *anthropos*, (homem) e *logia* (estudo), portanto, é a ciência preocupada com o ser humano e suas relações. Possui um campo de investigação extremamente vasto, pois abrange o espaço de toda a terra habitada, o tempo usado pelo menos dois milhões de anos, e todas as populações socialmente organizadas (HOEBEL; FROST, 1995)

Para Laraia (2007), Edward Tylor criou o termo *culture*, advindo da junção da palavra alemã *Kultur*, relacionada aos aspectos espirituais, e do vocábulo francês *civilization*, que seriam os feitos materiais. Dessa forma, cultura era toda a possibilidade de realização humana. Portanto, corresponde às formas de organização de um povo, seus costumes e tradições transmitidas de geração para geração que, a partir de uma vivência e tradição comum, se apresentam como a identidade de um povo.

Embora, nenhum indivíduo conheça totalmente o seu sistema cultural, exige-se necessariamente um conhecimento mínimo para operar dentro do mesmo. Além disto, este conhecimento pode ser partilhado por todos os componentes da sociedade de forma a permitir a convivência dos mesmos (LARAIA, 2007).

Assim, o comportamento dos indivíduos é diretamente afetado pela cultura. Daí a necessidade de compreender alguns aspectos relacionados com o cotidiano, a exemplo da organização social da comunidade em que se vive, as influências políticas e econômicas, as crenças e os valores.

Conforme Morin (1979), cultura constitui-se num sistema generativo de alta complexidade que deve ser transmitido, ensinado, aprendido e reproduzido em cada novo indivíduo, para a manutenção da complexidade social. Dessa forma, o homem é entendido como um ser humano, o qual é um ser cultural por natureza, pelo fato de que é um ser natural por cultura. Assim, a cultura é indispensável para produzir o homem, já que ela contém informação organizacional cada vez mais rica.

O uso de abstração é uma característica fundante da cultura uma vez que os elementos culturais só existem na mente das pessoas, com seus símbolos, padrões artísticos e mitos. Entretanto fala-se também em cultura material (por analogia a cultura simbólica) quando do estudo de produtos culturais concretos (obras de arte, escritos, ferramentas). Essa forma de cultura (material) preserva-se no tempo com mais facilidade, contrapondo-se à cultura simbólica por ser extremamente frágil.

Prosseguindo, Laraia (2007) afirma que a principal característica da cultura chama-se mecanismo adaptativo. Este comparativamente, diz respeito à capacidade de responder ao meio de acordo com as mudanças de hábitos, mais rápida do que uma possível evolução biológica. O homem não precisou, por exemplo, desenvolver longa pelagem e grossas camadas de gordura sob a pele para viver em ambientes mais frios – ele simplesmente adaptou-se com o uso de roupas, do fogo e de habitações. A evolução cultural é mais rápida do que a biológica.

No entanto, para Laraia (2007) ao rejeitar a evolução biológica, o homem torna-se dependente da cultura, pois esta age em substituição a elementos que constituiriam o ser humano; a falta de um destes elementos (por exemplo, a supressão de um aspecto da cultura) causaria o mesmo efeito de uma amputação ou defeito físico, talvez ainda pior. Além disso, a cultura é também um mecanismo cumulativo. As modificações trazidas por uma geração passam à geração seguinte, de modo que a cultura transforma-se perdendo e incorporando aspectos mais adequados à sobrevivência, reduzindo o esforço das novas gerações.

A antropologia cultural tem por objeto o estudo do homem e das sociedades humanas na sua vertente cultural. Estuda a obra humana, na qual interfaceiam assuntos relacionados com política, religião, arte, artesanato, economia, linguagem, práticas e teorias, crença e razão (Laraia, 2007). Como pressuposto teórico na Terapia Comunitária, busca-se compreender os significados que os próprios indivíduos atribuem ao seu comportamento, portanto, de suma importância para a vida cotidiana no que diz respeito, aos seus desafios, alegrias e hábitos.

O Eixo da Resiliência na fundamentação da TC

A noção de resiliência, utilizada há muito tempo pela Física e Engenharia, vem assumindo uma compreensão, também na área da saúde como tensão e compressão, como um princípio de elasticidade análogo a compreensão de flexibilização. O termo tem como precursor o cientista inglês Thomas Young, que introduz pela primeira vez em 1807, a noção de módulo de elasticidade. Nesse sentido, a resiliência referia-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente (YUNES, 2003).

O termo resiliência para Yunes; Szymanski (2001), Yunes (2001), Tavares (2001) é freqüentemente associado por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações. Um conceito relativamente novo no campo da Psicologia, constantemente discutido do ponto de vista teórico e metodológico pela comunidade científica. Alguns estudiosos reconhecem a resiliência como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (Masten, 2001), e outros enfatizam a necessidade de cautela no uso “naturalizado” do termo (YUNES, 2001).

Junqueira e Deslandes (2003), a partir de uma revisão crítica das publicações sobre resiliência do final dos anos 1990, verificaram que o conceito não apresenta uma definição consensual, sendo caracterizado em termos mais operacionais do que descriptivo. As autoras consideram a resiliência como a capacidade do sujeito de, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade não sucumbindo a ela, alertando para a necessidade de relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de “superação” de eventos potencialmente estressores apontados em algumas definições de resiliência. Defendem que o termo resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, o que representa não uma eliminação, mas uma re-significação do problema.

Conforme Luthar (1993), coexistem didaticamente três tipos de resiliência: a acadêmica, a social e a emocional. Ressalta-se que pode não incluir todos os tipos de resiliência, por ser um conceito recente em estudos, requerendo pesquisa a seu respeito. As três áreas de resiliência mencionadas podem ser evidenciadas no cotidiano das pessoas. A primeira, ou resiliência acadêmica, pode ser observada através do bom desempenho escolar e interesse nas tarefas escolares e culturais. A segunda, a resiliência social aparece no bom relacionamento interpessoal, competência social, capacidade de empatia e senso de pertencimento dos indivíduos. A terceira, a resiliência emocional pode ser identificada em indivíduos com senso de auto-eficácia, auto-estima e confiança em suas potencialidades, bem como no conhecimento de suas limitações (LUTHAR, 1993; ZIMMERMANN; ARUNKUMAR, 1994; KOLLER; HUTZ, 1996).

Concorda-se que alguns mecanismos mediadores podem influenciar na resposta dos sujeitos a uma situação de risco. Estes mecanismos denominados de fatores de proteção têm sido identificados como aqueles que reduzem o impacto de risco e de reações negativas em cadeia. As características individuais, como auto-estima e auto-eficácia, são

algumas delas. As oportunidades apresentadas às pessoas em situação de risco também podem influenciar na forma como elas lidam com o estresse. Apresentando fortalecimento (empowerment) para vencer momentos críticos da vida, aproveitando oportunidades (KOLLER; HUTZ, 1996)

Os fatores de proteção mais importantes mencionados na literatura dizem respeito às características de personalidade, coesão familiar e sistemas externos de apoio. A resiliência emocional pode ser promovida pela auto-estima e auto-eficácia a partir da oferta de oportunidades de sucesso e capacitação no desenvolvimento de competência social. Enquanto, a resiliência social pode ser desenvolvida pela promoção de relações de amizades, participação em grupos de trabalho e esportivos e desenvolvimento do senso de pertencimento ao grupo (KOLLER; HUTZ, 1996).

Holanda (2006) afirma que a resiliência é um conceito fundamental no paradigma que norteia a Terapia Comunitária e aponta como premissa que, segundo Barreto (2008), a carência gera competência e o sofrimento gera capacidade de superação. O termo tem sido entendido como a capacidade de as pessoas aprenderem com a experiência de vida, armazenando conhecimento e possibilidades de solução.

A Terapia Comunitária tem em seus objetivos estimular as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, ressaltando e valorizando suas habilidades de enfrentamento. Desta forma, a partir das experiências vivenciadas pelos participantes do grupo de TC, são selecionadas as estratégias de enfrentamento mais coerentes com o grupo ou coletividade.

A história pessoal e familiar de cada indivíduo, para Barreto (2008) funciona como fonte de conhecimento favorecendo confiança, competência e um saber, considerando que as crises e as alegrias dos diferentes participantes são a matéria-prima do auto-conhecimento e da auto-aceitação, além de toda vivência tornar-se fonte de conhecimento, quando articulada com outras fontes de saber.

Camarotti et al (2008) ressaltam que na Terapia Comunitária a resiliência caracteriza-se pela valorização da experiência pessoal e da estimulação da capacidade de aprendizado das pessoas, assim como pela interação entre o indivíduo e seu ambiente; além do espírito construtivo e senso de humor como forma de transformar o trágico em lúdico, e ainda pela valorização das competências e habilidades dos indivíduos e da comunidade.

A formação do Terapeuta Comunitário

Os terapeutas comunitários foram capacitados inicialmente pela Pastoral da Criança, órgão da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB que tinha por finalidade resolver as questões de saúde e sociedade, portanto foi utilizada como instrumento de abordagem aos familiares e das crianças necessitadas no seu processo de crescimento e desenvolvimento, assistidos por aquele grupo. Atualmente, o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária- MISMEC/ Ceará, ampliou a formação para vários estados brasileiros. Conta atualmente com 30 Pólos Formadores em Terapia Comunitária, distribuídos em 27 estados, os quais já qualificaram cerca de 11.5000 terapeutas comunitários. Cabe ressaltar que em 2004 em Brasília, durante o II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, foi criada a Associação Brasileira de Terapia Comunitária-ABRATECOM, a qual vem se organizando como um órgão regulador e representativo dos Terapeutas Comunitários em todo o Brasil (ABRATECOM, 2008).

O Pólo Formador da Paraíba - MISC/PB - criado em 2007, é vinculado a UFPB, através de alguns docentes do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (DESPP), com desdobramentos na graduação e na pós-graduação em enfermagem, além de projetos de extensão (ROCHA, 2009).

Ressalta-se que em 2008, o Ministério da Saúde, percebendo a importância da TC, através da Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, liberou recursos para o desenvolvimento de um projeto relacionado ao processo de formação dos terapeutas comunitários envolvendo 100 municípios, nomeando 15 Pólos em distintos locais do país, sendo o Pólo MISC-PB responsável pela formação de terapeutas em 6 municípios do sertão paraibano, capilarizando essa oferta pelo estado da Paraíba (OLIVEIRA, 2008).

A formação é norteada pelos pilares da TC, aqui já discutidos, sendo utilizado na sua condução as metodologias ativas e as rodas de TC. Está estruturada com a carga horária de 360 horas, das quais 160 horas são destinadas aos aspectos teóricos e vivenciais, 80 horas para as intervisões e 120 horas dedicadas a realização das rodas de TC, distribuídas ao longo do período de 1 ano. Quatro módulos espaçados temporalmente por dois meses, com 40 horas cada, são realizados para discussão teórica e vivencial. Nesse período, o cursista imerge na formação, afastando-se de suas atividades laborais e

familiares, para que possa, em local distante destes compromissos, trabalhar o autoconhecimento, refletindo sobre suas práticas - condição fundamental para ser um terapeuta (ROCHA, 2009).

Com a formação em Terapia Comunitária, espera-se a qualificação de terapeutas para diminuírem as tensões sociais e estresse dos indivíduos, estimulando a construção coletiva para o desenvolvimento das comunidades e ampliação da sua capacidade transformadora da realidade familiar e comunitária.

2.2 Trabalho em saúde- práticas e saberes

O trabalho na perspectiva marxista, diz respeito à transformação intencional da natureza pelo homem para a satisfação de necessidades. Nesse processo, o homem e a natureza mutuamente se transformam, sendo assim constituído e constituinte de uma conjuntura sócio-histórica (REIS, et al, 2007).

Para Catani (1980), a organização do trabalho no modo capitalista de produção caracteriza-se pela divisão de classes sociais. De um lado, uma pequena parcela da população, detentora dos meios e conhecimentos e, do outro, uma grande parcela da sociedade constituída por quem tem como meio de subsistência a venda da força de trabalho.

Contudo, novos processos de trabalho estão em curso, onde o cronômetro da produção em série e de massa são substituídos pela flexibilização da produção, pela especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do trabalho, da precarização dos processos de trabalho, e da condição de empregabilidade, dentre outros. O capital internacionalizado, a globalização e as exigências de mercado fazem com que os processos de trabalho se alterem sem, no entanto, alterar a relação de venda da força de trabalho e detenção dos meios de produção (REIS, et al; 2007).

O trabalho em saúde para Pires (2000. p.254), diz respeito:

(...) a vida humana é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção

comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Por sua natureza imaterial, a produção de serviços de saúde pode ser entendida como integrante da categoria serviço. Nela, expressa a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas como serviço produzido pelo encontro entre quem produz e quem recebe, tornado a produção singular, pois se dá no próprio ato.

Sobre esta questão, Franco; Merhy (2007) dizem que o trabalho em saúde não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional por ser produzido por sujeitos que se apropriam e organizam seus processos de trabalho, no intuito da produção do cuidado. Assim, na medida em que trabalham, produzem o mundo onde estão inseridos por meio dos processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os reconhecedores como integrantes e resultados das vivências do cotidiano, juntamente as experiências anteriormente experimentadas nos micro-espacos de trabalho na saúde. Destarte, espaços peculiares, fundados numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento do vínculo entre os envolvidos e pela eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Outra característica não menos importante do processo de trabalho em saúde diz respeito ao desencadeamento de atenção a partir das necessidades. Para Cecílio (2001), as necessidades são gestadas nas relações sociais, definindo-se ao longo do tempo, uma vez que os serviços de saúde criam e atendem a necessidades. Estas organizam-se em quatro grandes grupos. O primeiro sobre as boas condições de vida, o segundo sobre o outro grupo ao acesso e a possibilidade de consumo de toda tecnologia capaz de qualificar e prolongar a vida, o terceiro diz respeito à criação de vínculos afetivos entre produtores de cuidado sujeito trabalho e usuário e seus espaços de encontro, finalmente, a autonomia fundamental ao indivíduo para poder caminhar ao longo da sua história de vida (CECILIO, 2001).

A dimensão tecnológica do trabalho em saúde

Parte-se da apreensão da discussão do processo de trabalho, como foco no campo da micropolítica de organização dos processos de trabalho, como uma atividade orientada para uma finalidade, seu objeto e seus instrumentos. Gonçalves (1994) desenvolveu um profundo raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde, discutindo e redefinindo a compreensão de tecnologia no setor saúde. Para o autor, tecnologia não têm o significado corriqueiro de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado à maior eficácia e à produtividade por avanços em suas concepções operacionais. Essa reflexão trouxe para este campo de análise os conceitos de tecnologias para os instrumentos e tecnologias não materiais para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

Merhy (1997), dando continuidade a essa discussão, amplia as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho, estabelecidas anteriormente, extrapolando para uma concepção sobre a possibilidade do “auto-governo” dos trabalhadores, capaz de imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. O mesmo autor utiliza a definição originária de tecnologia incluindo os saberes na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde e os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos.

A taxonomia proposta por Mehry (2002), sobre a tecnologia em saúde, diz respeito às tecnologias dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Todas essas tecnologias explicitadas, segundo Pereira (2001), se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e não cabe haver hierarquização de valor das mesmas, pois a depender da situação, todas são importantes, porém não se deve esquecer de que, em todas as situações, as tecnologias leves precisam estar sendo operacionalizadas.

Merhy (1997), afirma que é necessário imprimir mudanças no processo de trabalho, tomando como eixo analítico vital o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Nesse sentido, as mudanças serão potencializadas se incorporarmos, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e estes e os usuários.

No cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu microespaço de trabalho, em especial na dimensão da micropolítica que ali se institui e se desenvolve, observa-se que na realização do cuidado, ele atua no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV) (Franco, 2003). O Trabalho Morto caracteriza-se por instrumentos, na medida em que se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. O Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MERHY, 2002).

O encontro entre TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. Franco (2003) o denomina de Composição Técnica do Trabalho (CTT) significa dizer que a CTT constitui a razão entre TM e TV. Esta razão não é mensurável, tampouco quantificável, pois se constitui como importante regulador das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho. Nesse sentido, quanto maior a hegemonia do TV nesse processo, maior o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Refletir sobre o modo de se trabalhar em saúde, a sua configuração tecnológica e as características dos trabalhadores da saúde, como sujeitos implicados com os processos produtivos, que visam à produção do cuidado junto aos usuários, são movimentos reflexivos necessários para se entender a conformação histórica e social do campo da saúde enquanto lugar de práticas, e sua conformação, enquanto serviço. Torna-se possível porque o ato cuidador é em si um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo relacional entre o mundo das necessidades/direitos com o do agir tecnológico (MERHY, 2008).

Dessa forma, quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor, no qual ocorre uma relação intercessora, que sempre existirá nos seus encontros (Merhy, 2008). Imagicamente este espaço assemelha-se ao da construção de um espaço comum, tal qual aquele de intersecção matemática entre dois conjuntos. Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular e fundamental, requer uma análise dos processos de

trabalho, com vistas a descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

Moysés; Silveira Filho (2002) afirmam ser necessária a associação dos conhecimentos técnicos, das novas configurações tecnológicas e de novas micropolíticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. Assim, as tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseado em cidadania, solidariedade e humanização.

Entendendo a micropolítica e os processos de subjetivação

Em seus estudos, Franco; Merhy (2008) apontam que agentes produtores e consumidores são portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo em ato e o morto, contido nos insumos que o trabalho vivo em ato consome (como os equipamentos, medicamentos, saberes, e outros), ao qual estão vinculados.

A discussão no campo da micropolítica remete aos estudos de Guatarri e Deleuze, que reforça esse conceito como uma questão analítica de formações do desejo no campo social. Para os autores, a análise micropolítica se situa no cruzamento entre os diferentes modos de apreensão de uma problemática. A questão micropolítica diz respeito como reproduzimos os modos de subjetivação dominantes (Rolnick; Guatarri, 2007). Assim, no contexto da saúde esta pode ser entendida como o protagonismo dos sujeitos que produzem o cuidado (trabalhadores e usuários da saúde), nos seus espaços de trabalho e relações permeados por diferentes interesses, organizadores de suas práticas e ações na saúde.

Entende-se a micropolítica com um lugar privilegiado onde se manifesta e produz a subjetividade. Considera-se a subjetividade como modo próprio e específico em atuar no mundo e de se relacionar com os diferentes sujeitos por ser dinâmica produzida socialmente e inacabada, resultando sempre em diferentes processos de subjetivação, que a seu turno vão produzindo novas subjetividades.

Rolnick, Guatarri (2007), defendem a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, ou seja, modelada, consumida. Portanto, as máquinas produtoras dessa

subjetividade variam, desde os sistemas tradicionais, onde é fabricada por máquinas territorializadas na escala de uma corporação profissional, por exemplo, ou como no sistema capitalístico, onde a produção em escala internacional, influencia no jeito como as pessoas se relacionam, quer na estrutura familiar, quer nas relações de gênero. Esta influência resulta em mutações na subjetividade, ou seja, na maneira com que se percebe e reconhece no mundo, de se articular com o tecido urbano, com os processos maquinícios do trabalho e com a ordem social, suporte dessas forças produtivas.

Dessa articulação, a subjetividade é construída por múltiplos componentes, alguns inconscientes, outros relacionados ao domínio do corpo, ao domínio das relações (referente à forma de se agrupar) e ao domínio da produção do poder, este também inserido no espaço das relações, considerando o entrecruzamento de determinações coletivas, econômicas, tecnológicas, de mídia e tantas outras.

Na constituição do modo de produção do cuidado coexiste um processo de disputa dos projetos que vão se alinhando, na medida em que as relações acontecem e formam projetos singulares, refletindo “subjetividades solidárias” ou projetos liberais, revelando a “subjetividade capitalística” (Guatarri, 1998). Assim, gesta-se um espaço de conflitos e tensões, próprios dos encontros dos sujeitos que se inscrevem nesse mundo complexo produzidos através das relações sociais e subjetivas materializadas, manifestadas no jeito de agir na micropolítica, na diversidade, multiplicidade, na riqueza da práxis.

2.3 Políticas de Saúde - reestruturação produtiva e transição tecnológica

O movimento da Reforma Sanitária: a construção do SUS

No Brasil, períodos de transição política marcaram as grandes mudanças e transformações da trajetória setorial da saúde nas últimas décadas. O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, tornou-se, ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças, sonhada, discutida, criticada e concretizava no setor saúde, com a inclusão explícita dos direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam (FEUERWERKER, 2005).

Historicamente alia-se ao processo de redemocratização do país, configurando-se como um divisor de águas, ou simplesmente, um novo mundo. Para Ham (1997), que estudou sobre os diferentes tipos de reforma, chama este movimento brasileiro como um tipo de big-bang, por ser um movimento de mudança de cima para baixo, com amplo arco de intervenções e profundidade de mudanças.

Mendes (1995, p 22) destaca alguns aspectos da Reforma Sanitária no Brasil:

A reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais: primeiro um conceito abrangente da saúde, (...) segundo, exige a saúde como direito de cidadania e dever do estado e (...) terceiro como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e participação popular.

Na luta pela democracia, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações compatíveis com a ruptura proposta. Nesse cenário, o Brasil, em 1986, realiza sua 8ª Conferência Nacional de Saúde, coroando o movimento da Reforma Sanitária, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conceituando a saúde de forma ampliada e demarcando o início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com a legitimação da participação popular, assegurada na Constituição de 1988. Dessa forma, ocorreu um conjunto de reformas administrativas, políticas e organizativas, dentro do campo das políticas públicas da saúde no país, e avançamos muito nos aspectos legais.

Contudo, o SUS surgiu na contra-mão de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção de saúde como direito da cidadania e dever do estado vai ao encontro à dinâmica das reformas mundiais (Almeida, 2004). Cabe destacar que a implantação do SUS contemporânea a uma crise de financiamento no país emergiu como consequência da crise mundial, que, a seu turno, também vai se refletir no setor saúde, portanto a atenção básica não consegue constituir-se como porta de entrada preferencial do sistema, tampouco reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais, uma vez que os serviços de média e alta complexidade, cada vez mais congestionados, reprimem a oferta e a demanda.

Sorrateiramente, o SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Mesmo em períodos de políticas de redução do Estado e de

desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, aumentando o numero de profissionais de saúde, a descentralização das ações, contando com mecanismos democráticos de funcionamento que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social.

O controle social enfrenta atualmente um momento de crise, pois a maioria dos conselhos atuam precariamente, devido ao desgaste na relação com o Executivo e da falta de qualificação dos atores do controle social, coexistindo uma relação direta entre os lugares em que o sistema progride e aqueles que se arrastam. Credita-se que o não avanço do sistema diz respeito aos problemas como o financiamento, ao modelo organizacional, aos métodos de gestão e à vontade e decisão dos profissionais de saúde por não existir, claramente, uma política de capacitação profissional, estando à mercê de determinados modismos e arcabouços teóricos-conceituais a partir de práticas alternativas e isoladas, levadas e proclamadas como salvadora da pátria e posteriormente, referendadas pelas políticas públicas, como no caso a ESF. Entre a incerteza e o vago a atenção básica particularmente, vai-e-vem em busca de sua consolidação.

Os modelos tecno-assistenciais e a reestruturação produtiva em saúde- o caso da Saúde da Família

A partir da discussão de Merhy (1997), compreende-se sobre Modelo Tecnoassistencial, como a organização dos serviços de saúde com base em diferentes arranjos dos saberes da área, bem como dos projetos de construções de ações sociais específicas e, ainda, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. Nesse estudo essa foi a concepção adotada.

Para Rosa; Labate (2005) o modelo de atenção é um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como, uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo domínio do técnico. Traduz-se como um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da análise de uma determinada conjuntura epidemiológica atrelado ao desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável.

A cultura institucional do modelo tradicional e ainda hegemônico, segundo Ferri et al (2007), pauta-se por um processo de trabalho em que a prática de atenção está voltada para atender doenças, portanto centrada na queixa-conduta, caracterizada por uma

racionalidade linear e mecanicista, recorrendo exclusivamente ao saber biológico e a intervenções técnicas e medicalizantes. Ressalta-se um modo e um jeito de fazer saúde a partir de um longo período histórico, que tem suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização dos serviços de saúde corroborada pela lógica de mercado, o qual por sua natureza, visa a lucro, em detrimento às necessidades de saúde da população como algo inserido num plano secundário.

O atual modelo de atenção à saúde caracteriza-se pela produção de procedimentos que não consegue a superação do modelo privatista e credenciamento da atenção básica como porta preferencial ao sistema de saúde. Infere-se que tal dificuldade esteja atrelada ao empobrecimento e pouca utilização das tecnologias leves. Sabe-se que as abordagens e as intervenções dos profissionais de saúde, tendem a gravitar em torno dos procedimentos normativos e prescritivos com pouco diálogo e total descuido com a singularidade do usuário. Dessa forma, para reconstruir a prática predominante, faz-se necessário ter a produção de cuidado como finalidade do processo de trabalho em saúde.

Repensar a mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, caracterizando uma Transição Tecnológica, o que corresponde à produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e à produção do cuidado de forma integralizada, ressaltando as linhas de cuidado por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários. Essa convergência de modelo tecnoassistencial depende menos de normatizações, dando mais ênfase a produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica da organização dos processos de trabalho (FRANCO; MERHY, 2008).

A discussão traz a tona o debate sobre a reestruturação produtiva da saúde, que para Franco; Merhy (2008), caracteriza-se por um modo de produzir saúde em uma dada unidade produtiva de saúde, que impacta processos de trabalho, sem, no entanto operar uma mudança na Composição Técnica do Trabalho (CTT). Dessa forma, pode-se verificar em cena no Brasil processos de reestruturação produtiva, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família, que em muitos casos, mudam a forma de produzir, sem, contudo modificar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. Alguns fatores como a formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde dão uma idéia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, sob a ótica da micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade

clínica, um núcleo do cuidado que continua operando apenas na produção de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2003).

Como forma de reorganizar a atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) num contexto de ajuste fiscal e das reformas setoriais na saúde. O programa ganhou ampla aceitação nacional, com o objetivo de superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal. O documento seminal esclarece a forma de atuação da nova proposta como instrumento de reorganização da atenção à saúde em respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Garante uma cobertura prioritária aos grupos mais vulneráveis da comunidade. Posteriormente, em documento ministerial datado de 1997, propõe uma nova interpretação para a “Estratégia de Saúde da Família”. Desta redefinição, assume a concepção de estratégia de atenção e não mais de programa, pela possibilidade de modificar o modelo assistencial vigente (HENRIQUE; CALVO, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família articula elementos de propostas originalmente conhecidas, tais como: Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde. Propõe-se superar a fragmentação dos cuidados à saúde, decorrentes da divisão social técnica e sexual do trabalho em saúde. Elege-se a família e seu espaço social como núcleo básico central da abordagem no atendimento à saúde. Humanizam-se as práticas de saúde e a busca pela satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social.

Entretanto, a Estratégia de Saúde da Família, tem em sua matriz teórica prioritariamente a vigilância em saúde, com ênfase epidemiológica como principal ferramenta para o planejamento local e para a identificação das situações prioritárias. Estas, norteadoras da articulação das ações e práticas de saúde a serem desencadeadas. Dessa forma, as atividades estão voltadas quase restritamente ao território, atrelando à Estratégia a cuidados a serem oferecidos no âmbito do ambiente, desvalorizando a prática clínica, priorizando a abordagem individual, na construção de projetos terapêuticos singulares, nas situações onde os processos mórbidos já existem. Nesse sentido, aprisiona-se o trabalho vivo em ato, em normas e regulamentos definidos pela vigilância em saúde, transformando suas práticas em trabalho morto (CAMPOS, 1992; FRANCO; MERHY, 2008).

Para o movimento pela Defesa da Vida (Campos, 1992; Cecílio, 2001; Merhy, 1997), a epidemiologia

[...] seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, mas não poderia substituir a clínica, que é a tecnologia de que dispomos para o cuidado individual. A clínica deveria ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, pelo resgate da dimensão cuidadora e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Ao invés de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando mecanismos e oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (FEUERWEKER, 2005, p. 495).

No que se refere à organização e processo de trabalho da equipe saúde da família, não há fortes investimentos nos microespaços do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos dos profissionais, que propiciem ruptura com o modelo médico - hegemônico.

2. 4 Saúde mental contemporânea

A Reforma Psiquiátrica e a saúde mental no cenário brasileiro

A sociedade brasileira vivencia, atualmente, uma transformação no modelo de assistência ao paciente com transtorno mental e comportamental conhecida nacionalmente, desde a década de 1980, como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta surge no contexto de movimentação social e política, estreitamente ligado ao processo de redemocratização do país, criando as condições históricas para o surgimento de outras possibilidades de olhar e tratar a loucura e o sofrimento psíquico. Nas décadas de 1980 e 1990, delinearam-se grandes transformações no cenário das políticas públicas em saúde mental, na tentativa de suprimir o modelo baseado no manicômio (AMARANTE, 1995).

Através de uma intensa produção teórica e de novas experiências assistenciais, houve um esforço em direção à implantação de uma política que promovesse mudanças nos serviços e nas práticas profissionais. Mudanças que representaram negar a tutela como intervenção terapêutica, para construir uma assistência baseada na produção de vida e de

subjetividades, no restabelecimento das relações afetivas e sociais dos sujeitos e na reconquista de seu poder social (DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam/superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como crítica estrutural à "instituição" - psiquiatria. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, portanto, também determinado nacionalmente pelo processo de redemocratização em curso no País a partir daquela época (AMARANTE, 1995).

Como desdobramento dessas trajetórias, tem-se o surgimento do conceito de saúde mental como um novo objeto superando a idéia de prevenção das desordens mentais da psiquiatria higienista para alcançar o projeto de promoção da saúde mental. (AMARANTE, 1995).

O conceito de saúde mental congrega as noções da condição desejada de bem-estar dos indivíduos e das ações necessárias que sejam determinantes a essa condição. Assim, saúde mental é um conceito complexo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença (SARRACENO, 1999).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como base à dimensão desinstitucionalizante desses movimentos. A reforma do modelo de assistência às pessoas com transtornos psíquicos pressupõe a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais de acordo com a Lei Federal 10.216/2001 que dispõe da Reforma Psiquiátrica e da Portaria 224/1992 sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental (COIMBRA; et. al, 2008).

A desinstitucionalização constitui um conceito que opera com a metáfora da desconstrução do modelo manicomial, isto é, decompondo o agir institucional por meio de um conjunto de estratégias que dialeticamente desmontam e desconstroem os modelos de soluções instituídos, pode ainda ser entendido como processo de busca em rever os saberes e práticas psiquiátricas vigentes, centradas em um paradigma racionalista, o qual tem favorecido a exclusão social das pessoas que se encontra em sofrimento psíquico (COIMBRA et al, 2008).

A vigente Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa “De Volta Para Casa”, dentre outros (SOUZA, et al, 2007).

As novas diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica visam à melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania. Dessa forma, recomenda a redução das internações e o período de internação. Tal incentivo legal assevera, sempre que possível, a manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que, também ofereça suporte para esta família (Coimbra et al, 2008). Contudo, observa-se que os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica passam por um relativo estado de estagnação, o que pode ser evidenciado quando ocorre a redução de leitos hospitalares, como exigência do Ministério da Saúde, sem a criação de novos dispositivos, suficientes para atender a demanda.

Construindo uma rede de cuidados em saúde mental de base comunitária

O modelo de atenção à Saúde Mental, deve buscar a apreensão da complexidade que envolve o sujeito que sofre, partindo das considerações dos sentidos atribuídos a essa experiência pelos indivíduos na relação com o contexto cultural mais amplo ao qual pertencem. Assim, um trabalho de Saúde Mental na comunidade visando à promoção, prevenção e ao tratamento dos casos identificados, precisa se apoiar num conjunto de ações que visem o melhoramento ou a manutenção da saúde da população, sendo organizadas dentro da lógica extra-mural e da lógica da reconstrução da cidadania plena.

Atualmente, vários municípios brasileiros, contam com uma rede integrada de serviços, composta por diversas modalidades de recursos assistenciais e comunitários, substituindo os recursos manicomiais. Nessas localidades, novas práticas se consolidam,

centradas na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (COIMBRA et. al, 2008).

Na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família, uma questão importante no âmbito da saúde mental diz respeito ao trabalho realizado no contexto familiar. Cabe considerar que a família constrói contratos, relações conscientes, transformando o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação de ajuda mútua. A equipe de saúde nesta perspectiva paradigmática visa proporcionar momentos de troca de experiências dos diferentes familiares e o serviço, oportunizando a aprendizagem mútua.

Nestes espaços, o ato de cuidar exige dos profissionais uma postura tecno-política constante, que mobilize e envolva a comunidade. Para isso, deve haver maior responsabilização das pessoas e famílias, com a finalidade de construir com elas melhor qualidade de vida (CABRAL, 2001).

Todavia se faz destacar, o restrito investimento da Reforma Psiquiátrica na rede básica trazendo repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, os quais se mantiveram, em geral, à margem do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de uma assistência mais inclusiva e reprodutora da vida social. Todo o movimento gerado em torno da invenção de respostas clínico-políticas à questão do sofrimento mental e a necessidade de construção de uma assistência territorial e integralizada, ainda hoje, na rede básica, encontram raro eco (FIGUEIREDO, 2005).

Cabe considerar que a experiência brasileira com a Estratégia de Saúde da Família tem proporcionado algumas mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população. Torna-se necessária a (re) estruturação dos serviços de saúde, bem como de sua relação com a comunidade e entre os diversos serviços da rede, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, expresso pela qualidade de vida dos diferentes sujeitos sociais.

2.5 Teoria das Representações Sociais (TRS)-processos sociocognitivos

Para apreender a Terapia Comunitária e suas representações na perspectiva do profissional da Estratégia Saúde da Família, sujeito desse estudo, utilizar-se-á as contribuições da Teoria das Representações Sociais como referencial teórico e aporte metodológico para a pesquisa.

Destarte, o conceito foi introduzido no campo da sociologia pelo francês Émile Durkheim (1858-1917), considerado um dos pais da sociologia moderna, o qual desenvolveu inicialmente o conceito, como “representações coletivas”. Este era o termo teórico chave de Durkheim empregado na elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico, todos considerados estáticos e transmitidos na estruturação social. A concepção de representações coletivas emergiu a partir dos estudos sobre a Divisão social do trabalho (1893), as Regras do método sociológico (1895), o Suicídio (1897) e as Formas elementares de vida religiosa (1912).

O conceito de representação social na psicologia social resgata o conceito de representações coletivas da sociologia, quando Moscovici na década de 1960 reelabora como um conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual (BAPTISTA, 1996).

A formação do conceito de representação social, além da origem na Sociologia e na Antropologia, através de Durkheim e Lévi-Bruhl, teve contribuição da teoria da linguagem de Saussure, da teoria das representações infantis de Piaget e da teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky. A expressão é mencionada pela primeira vez por Moscovici, em 1961, no seu estudo sobre a representação social da psicanálise na sociedade parisiense, que recebeu o título de *Psychanalyse: son image et son public*.

Moscovici foi buscar em Émile Durkheim, em sua obra, As formas elementares da vida religiosa (1989), os fundamentos para sua construção teórica. Em Durkheim, as representações sociais se referem a uma classe de crenças que procurava dar conta de fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, categorias de espaço e tempo em termos de conhecimentos inerentes à sociedade (GOMES, 2004).

Moscovici (1961, p. 27-28) afirma:

...a representação social é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou numa relação cotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação.

Farr (1994), ao diferenciar os conceitos de Durkheim e Moscovici, destaca que o primeiro é mais apropriado para sociedades menos complexas, enquanto que o último, se volta para as sociedades modernas, caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais acontecem.

Moscovici (1978) propõe esquematicamente a equação da representação social, como $R = F/S$, onde: R significa representação social, o F a figura (face figurativa), e o S a significação (face simbólica). Dessa interface, a representação social “[...] comporta uma figura e uma significação, onde a toda figura comporta um sentido e todo sentido, talvez uma figura” (MOSCOVICI, 1978, p. 65).

Demarcando-se do paradigma comportamentalista, Moscovici propõe a superação dos modelos que consideram as representações como meras variáveis mediadoras entre o estímulo e a resposta para considerá-las como variáveis independentes, que estão na origem não só das respostas comportamentais, mas também da forma como são percepcionados os estímulos (BAPTISTA, 1996).

Dessa forma, as representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas, se institucionalizando, devendo ser analisada a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais adquirindo uma função e um sentido de orientação nas práticas cotidianas dos sujeitos psicossociais em constante interação compartilhada entre os saberes da ciência e do senso comum.

Para Vala (1993), a representação é a construção de um objeto e expressão de um sujeito, tendo uma forte ressonância social, pois que se trata de uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Segundo Miranda (1996), as representações sociais são construídas a partir de elementos relacionais: conteúdo, objeto e sujeito. O primeiro refere-se às questões que dizem respeito a imagem, informações, atitudes e opiniões. No objeto estuda-se um trabalho, acontecimento, uma pessoa. Enquanto, o sujeito é concernente ao indivíduo, família e grupo social.

Para Franco (2004), os estudos de Moscovici apontam para o sujeito e o objeto como funcionalmente distintos formando um conjunto indissociável. Isso quer dizer que um objeto não existe por si mesmo, mas apenas em relação a um sujeito (indivíduo ou grupo). É a relação sujeito-objeto que determina o próprio objeto.

Ao formar a representação de um objeto, o sujeito, de certa forma, o constitui ou o reconstrói em seu sistema cognitivo, de modo a adequá-lo aos seus sistemas de valores, o qual depende de sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido. A ruptura com a clássica dicotomia entre objeto e sujeito do conhecimento, que confere consistência epistemológica à teoria das representações sociais, leva a concluir que o

objeto pensado e falado é, fruto da atividade humana, ou seja, uma réplica interiorizada da ação.

A Teoria das Representações Sociais- TRS operacionaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade no que diz respeito à pressão à inferência, o engajamento a dispersão e a propagação da informação. Parte do pressuposto de que existem diferentes jeitos de conhecer e de se comunicar, orientadas por objetivos diferentes e define duas delas, vigentes nas nossas sociedades: a consensual e a científica, cada uma construindo seu próprio universo (ARRUDA, 2002).

A diferença conceitual refere-se a propósitos distintos. O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado, se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. Ambas, portanto, apesar de terem finalidades diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As representações sociais constroem- se mais freqüentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques (ARRUDA, 2002).

Para Spink (1993), as representações sociais, inserem-se mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum, rompendo com as vertentes clássicas das teorias do conhecimento, uma vez que estas abordam o conhecimento com saber formalizado, focalizando o saber que transpõe o limiar epistemológico, sendo constituídas por conjuntos de enunciados que definem normas de verificação e coerência.

De acordo com Jovchelovitch (1994), a TRS se articula tanto com a vida coletiva de uma sociedade e com os processos de constituição simbólica, nos quais sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e encontrar o seu lugar através da sua identidade social. Dessa forma, a esfera pública através da ação de sujeitos sociais agindo no espaço comum a todos, aparece como lugar em que uma comunidade pode se desenvolver e sustentar saberes sobre si mesma - representações sociais.

Prosseguindo, Jovchelovitch (1994, p.81) destaca didaticamente a funcionalidade dos processos sociocognitivos, afirmando que:

a objetivação e ancoragem são as formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concretização das representações sociais na vida social.

A objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. O núcleo central vem sendo reconhecido como elemento essencial da representação, não se limitando a um papel genérico, constituindo-se enquanto elemento que determina o significado de uma representação e, ao mesmo tempo, contribui para sua organização interna. É preciso reiterar que o núcleo central, por sua vez, determina-se pela natureza do objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo (FRANCO, 2004).

No processo de objetivação, o objeto percebido e o conceito tornam-se intercambiáveis, as palavras são relacionadas a coisas, o abstrato é tornado concreto. Dessa forma, pode-se classificar três fases constituintes do processo de objetivação: construção seletiva, seleção baseada em critérios culturais e normativas de elementos que irão formar as informações enquanto fatos próprios ao universo comum; esquematização estruturante, ou núcleo figurativo, enquanto elemento estável da representação; naturalização, conferindo uma realidade plena ao que era abstrato.

A ancoragem desempenha um papel fundamental no estudo das representações sociais e do desenvolvimento da consciência, constituindo-se enquanto parte operacional do núcleo central e em sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada por parte de diferentes pessoas constituintes de grupos sociais diferenciados. Consiste no processo de integração cognitiva do objeto representado para um sistema de pensamento social preexistente e para as transformações, histórica e culturalmente situadas, implícitas em tal processo (FRANCO, 2004).

O mesmo autor ainda afirma que, a ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação, para assegurar as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação do comportamento. Assim como a objetivação, a ancoragem é também organizada sobre três condições estruturantes: como enraizamento no sistema de pensamento, atribuição de sentido e instrumentalização do saber (FRANCO, 2004).

A representação social, contudo, além de ser estudada numa abordagem sociocognitiva, também pode ser apreendida na abordagem estrutural, ou seja, como campo estruturado. Nesta, focaliza-se o núcleo estruturante, ou campo semântico, que diz

respeito ao conjunto de significados isolados por meio de diferentes métodos de associações de palavras. Em ambos, encontram-se as estruturas estruturadas e as estruturas estruturantes, também entendidas com permanências e diversidades das representações sociais. Trata-se, portanto de identificar as estruturas elementares que constituem o cerne do sistema da representação em torno das quais ele se organiza em um sistema constituído pelos seus elementos centrais e periféricos (PEREIRA, 2005).

Um grupo de estudiosos sobre as representações sociais formados por Claude Flament, Jean Claude Abric dentre outros, quer do refinamento teórico, quer das múltiplas possibilidades metodológicas inaugura a teoria do núcleo central. Trouxe, além da sua contribuição teórica, uma resposta às críticas relativas à metodologia, ao propor estratégias metodológicas específicas para o estudo do núcleo central. Os elementos pertencentes ao núcleo central seriam mais facilmente detectáveis por meio de técnicas de associação livre de palavras. O maior índice de preferência e a maior prioridade na ordem das evocações, durante os testes de associações livres, seriam seus indicadores. A combinação desses dois aspectos revela o conjunto de itens que configuram o coração da representação (ARRUDA, 2002).

Dessa forma, concorda-se com Jean Claude Abric apud Franco (2004), na medida em que a teoria do núcleo central implica em uma consequência metodológica essencial. Estudar uma representação social é, de início, e antes de qualquer coisa, buscar os constituintes de seu núcleo central, uma vez que o que fornece consistência e relevância a esse conteúdo é sua organização, sua significação lógico-semântica e, principalmente, seu sentido. Assim, a TRS pode ser um importante instrumento de decodificação da realidade, especialmente na compreensão do modo como o homem constrói o seu conhecimento, passando pela reconstrução do intersubjetivo concomitante com a trajetória da produção e reprodução de algo socialmente constituído com uma determinada permanência e pertinência.



PARTE III

“(...) Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser,
Sempre desejada por mais que esteja errada,
Ninguém quer a morte,
só saúde e sorte(...)”
(Gonzaguinha, 1982).

3. PERCURSO METODOLÓGICO- as aproximações possíveis

3.1 Construindo a investigação- uso de multimétodos na apreensão da TRS

A presente pesquisa foi construída na perspectiva moscoviana através da abordagem sociocognitiva. Entende-se que esta opção teórica-metodológica favorece uma reflexão sobre a crítica, sobre o espaço onde o sujeito está inserido conferindo um valor influenciado pelo saber do senso comum e da ciência.

O estudo circunscreve-se numa pesquisa de campo de abordagem qualitativa. Para Polit; Hungler (2004), permite examinar e compreender profundamente as práticas, os comportamentos, as crenças e atitudes das pessoas ou grupos em ação, na vida real. Diferentemente da quantitativa, a pesquisa qualitativa preocupa-se com realidades que não podem ser quantificáveis. Assim sendo, lida com universo dos significados, motivos, crenças e valores, capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA; KNAUTH, 2000).

O universo do estudo foi constituído pelas 180 (cento e oitenta) Equipes de Saúde da Família situadas no município de João Pessoa, sendo desenvolvido no Distrito Sanitário II nas equipes que atuam com a Terapia Comunitária como outra oferta terapêutica (há no mínimo um ano), totalizando 9 (nove) Unidades de Saúde da Família-USF. Este distrito é formado por 38 ESF, localizadas nos bairros: Cristo, Rangel, João Paulo II, Gervásio Maia, Funcionários, Geisel, Cuiá com a população de 128.830 segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). A escolha por esse distrito deve-se ao trabalho desenvolvido pela diretoria do mesmo junto as equipes de valorização e acompanhamento das rodas de TC nos territórios.

Dessa forma, nesse distrito atualmente 11 (onze) profissionais desenvolvem atividades enquanto terapeutas comunitários. Contudo 7 (sete) aceitaram participar do estudo livre e espontaneamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados foram realizadas terapias temáticas, que se aproxima nesse caso do grupo focal, o qual consiste em reuniões com um pequeno número de

interlocutores. Essa técnica possibilita ao pesquisador construir uma série de possibilidades de dados que lhe permitem levar em conta várias opiniões sobre o mesmo assunto e obter mais informações sobre a realidade. Além de permitir, a reflexão dos participantes, a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões distintas, a partir de argumentações (MINAYO, 1994).

Foram realizados dois encontros com duração de 1 hora e meia cada, sendo utilizados os passos da TC por moderadores terapeutas comunitários na condução do grupo, um na condição de terapeuta e o outro co-terapeuta. Os mesmos desenvolvem atividades de Terapia Comunitária há mais de 1 (um) ano, não possuindo vínculo com nenhum dos participantes do grupo.

A TC temática é uma variação do método da TC convencional, esta ultima com 5 passos (acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e ritual de agregação) enquanto que na TC temática, prioriza-se 3 passos (acolhimento, problematização e ritual de agregação).

Ressalte-se que na TC é utilizada a concepção de campo para a emersão dos conteúdos simbólicos referente às condições objetivas da vida diária, sentimentos, emoções, defesas, aspectos narcísicos, dentre outras significações. A apreensão das RS's nos encontros da TC, também, leva em consideração a formação do campo psicodinâmico determinado pela condição terapêutica em si, associada à capacidade de apreensão das significações e elaborações simbólicas sobre o objeto de estudo pelo grupo focal, pois ambos os recursos atendem, segundo Moscovici (1978), a necessidades individuais, sociais, à moda/modismo e publicidade e, às atitudes e nível de conhecimento e da informação circulante.

Para Bauer; Gaskell; Allum (2002), a pesquisa social apóia-se em dados sociais que são resultantes e construídos nos processos de comunicação. Para os mesmos autores esses dados podem ser construídos através de textos, imagens e materiais sonoros. Nesse estudo foram utilizadas as três formas.

Ao configurar o arcabouço da coleta de dados adensada nas contribuições pelo uso da terapia comunitária mediada pela teoria das representações sociais, valoriza-se os elementos sociocognitivos emanados do universo consensual, ou seja, do cotidiano, pois trata do indivíduo e da coletividade tornando-se *opus proprium* na medida em que o compartilhamento da informação torna cada um dos sujeitos psicossociais de um grupo de pertença em um nós.

Nesta perspectiva, a sociedade de pertencimento ou uma sociedade de amadores e de curiosos é formada por grupo de iguais, no qual todos podem falar com a mesma competência uma vez que a conversação, como exigência comunicacional, gera cumplicidade favorecendo a todos integrantes a impressão de igualdade, de opção e de afiliação aos grupos com vistas a consolidação do o grupo frente a reciprocidade, embora apresente resistência à intrusão de algo novo que não seja de interesse do grupo (MOSCOVICI, 1978).

Concorda-se com Moscovici (1978) que as representações sociais, e extrapolando para a associação metodológica com a terapia comunitária, ambas, apresentam-se como uma construção capaz de transformar algo desconhecido (não-familiar) em conhecido (familiar). A transformação do familiar revela a interdependência da realidade psicossocial, cujos elementos estruturais e estruturantes são característicos dos seus aspectos conceituais e figurativos expressos na dimensão da terapia grupal.

Nesse sentido em cada encontro foram trabalhados motes específicos (ver Apêndices B, C), os quais foram gravados e transcritos a partir do consentimento dos participantes. Os encontros foram realizados no mês de abril de 2009, na sala de reunião do Centro de Atenção Integral a Saúde- CAIS situado no Distrito Sanitário II, com intervalo semanal entre o primeiro e ultimo encontro.

Adotou-se a associação livre de palavras pelos moderadores na perspectiva de buscar a concepção que os participantes tem sobre conceitos e idéias, relacionados à Terapia Comunitária. Também, foram utilizados recursos, de natureza projetiva, sem a finalidade psicodiagnóstica, mas como recursos de elaboração e construção de significações simbólicas dos sujeitos para apreender as representações sociais. Portanto, levando em conta a formação do campo transicional facultado pela TC, foram utilizados desenhos, músicas, parábolas referentes à temática trabalhada, uma vez que estes recursos podem ser constitutivos dos encontros em TC.

Condonda-se com Arruda (2003) que todo trabalho científico tem limitações, assim como o trabalho interpretativo. A questão não é reaplicá-lo, mas conferir plausibilidade e transparência quanto aos procedimentos, ao afirmar que as representações sociais e a transparência,

se torna a garantia metodológica para a diversidade, pois, tanto as representações quanto as interpretações estão em movimento, que este movimento se dá no cruzamento das comunicações e interações humanas, sejam elas científicas ou

não, e que novas compreensões podem se conjugar para pensar a dinâmica das representações. A ciência então se encontra com a arte: seu trabalho também é obra aberta (ARRUDA, 2003.p. 26).

3. 2 Percurso de análise e interpretação– o discurso do sujeito coletivo e a iconografia na interface das representações sociais

O material empírico foi produzido utilizando-se o método da TC temática, sendo realizadas duas TC. Na primeira o tema central foi a mudança na vida do terapeuta e na segunda modificações no processo de trabalho.

Durante a TC temática foram utilizados diferentes recursos para produção de material empírico: associação livre de palavras resultando na construção de mapas cognitivos apresentados através de figuras ilustrativas e desenhos apresentados através de infográficos conforme modelo proposto por Penn (2002).

Os dados discursivos foram analisados por meio da Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefrêve, Lefrêve e Teixeira (2000) e na perspectiva da micropolítica e das subjetividades que encerram os processos de trabalho e suas modificações cotidianas dos terapeutas comunitários. Entende-se que as subjetividades envolvidas dizem respeito aos processos sócio-cognitivos - ancoragem e objetivação - a medida em que revelam aspectos estruturantes e estruturados de um saber que se insere na interface da ciência e do senso comum, campo fecundo para a emersão das representações sociais e que circunscrevem a realização da TC, da qual emana o posicionamento dos seus atores sobre si e a atividade de perspectiva comunitária na formação da rede de cuidados na atenção básica, particularmente, na saúde mental.

O DSC consiste num conjunto de procedimentos de tabulação de dados discursivos utilizados para resgatar a compreensão sobre um determinado tema. O processo analítico foi operacionalizado, considerando os seguintes passos:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso;
2. Identificação da idéia-central de cada expressão-chave, construindo a síntese do conteúdo;
3. Identificação das idéias-central semelhantes ou complementares;
4. Reunião das expressões-chave referentes as idéias centrais.

A aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas no campo da saúde e também fora dele (banco de DSCs) tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas. A experiência acumulada com o uso da metodologia do DSC mostra um crescente aperfeiçoamento da técnica e de suas inúmeras aplicações. Assim, de um modo geral, os trabalhos mais recentes com o uso da metodologia apresentam-na em forma mais evoluída (LEFREVE; LEFREVE, 2006).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta explícita de reconstituição de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular. Assim, o DSC conforma um painel de representações sociais sob a forma de discursos que, enquanto pesquisas sociais empíricas, buscam, com base numa série de artifícios metodológicos, resgatar o pensamento coletivo de uma forma menos arbitrária do que geralmente vem acontecendo nesta pesquisa empírica, seja nas quantitativas seja nas qualitativas (LEFREVE; LEFREVE, 2006).

Alguns aspectos precisam ser considerados para tornar em relevo aspectos que diferenciam a base epistemológica da análise de discurso de algumas outras formas de análise, tais como: a postura crítica com respeito ao conhecimento dado, aceito sem discussão e um ceticismo com respeito à visão de que nossas observações do mundo que nos revelam sua natureza autêntica; o reconhecimento de que nossa compreensão do mundo é histórica e culturalmente específicas e relativas; a convicção de que o conhecimento é socialmente construído e as maneiras de compreensão do mundo são determinados pelos processos sociais; o compromisso de explorar as maneiras como os conhecimentos estão ligados a ações e práticas. Em síntese, a análise de discurso não pode ser usada para tratar os mesmos tipos de questões com enfoques tradicionais, sugerindo novas maneiras de reformular as antigas (GILL, 2002).

Como forma de representar a TC, os participantes do estudo desenharam algumas imagens que trazem vários significados. A imagem é sempre polissêmica ou ambígua, por isso as imagens diferem da linguagem, uma vez que tanto na escrita como falada, os signos aparecem seqüencialmente. Nas imagens, os signos estão presentes simultaneamente, sendo suas relações sintagmáticas espaciais e não temporais.

Para Miranda; Furegato; Simpson; Azevedo (2007), os recursos gráficos apresentam uma proposta de abordagem em situação de pesquisa, através de figuras e gravação das falas sobre as cenas apresentadas como forma de facilitar as manifestações

mentais e discursivas a partir da associação entre a figura e os significados frente a sua própria história de vida.

Concorda-se que o recurso gráfico, figura ou desenho, adquire importante significado na apreensão das representações sociais, pois é um meio de expressão e comunicação na área intermediária entre realidade interna e externa, e ainda, possibilita o relacionar-se com a vivência do mesmo e o drama que nele se desenvolve (WINICOTT, 1975).

Dessa forma o processo de análise pode ser descrito como uma dissecação seguida pela articulação ou reconstrução da imagem, tornando explícito os conhecimentos culturais necessários para que leitor compreenda a imagem (PENN, 2002).

Esclarece-se que para Moscovici (1978) o termo figura exprime melhor do que a palavra imagem, por não se tratar somente de um reflexo, de uma reprodução, mas também de uma expressão e de uma produção do sujeito. Assim, as representações sociais comportam uma figura / imagem (aspecto icônico) e um significado (aspecto heurístico-sentido). Dito de outra forma, toda figura comporta um sentido e todo sentido pode ser representado por uma figura, emergindo a construção conceitual e a figurativa. Neste estudo, a palavra imagem tem a mesma concepção atribuída na perspectiva moscoviciana. Uma vez que o desenho enquanto produção gráfica e textual diz respeito ao movimento dos sujeitos de pesquisa frente ao objeto pesquisado, ou seja, a terapia comunitária, por eles mesmos, a partir da sua inferência representacional.

Conforme Penn (2002), não há uma única maneira de apresentar os resultados de análise de imagens. Adotamos nesse estudo a apresentação através de infográficos, seguidas de análise discursiva. Os infográficos utilizados, conforme modelo proposto por Penn (2002), são constituídos por quatro colunas: **imagem**, referindo-se ao desenho feito pelo terapeuta comunitário, **denotação**, descrição do desenho; **sintagma**, tratando-se da equivalência; **conotação**, sentido atribuído

Dessa forma, apresenta-se os dados analisados a partir de gráficos, quadros, infográficos, mapas cognitivos e figuras para melhor elucidação dos achados e pertinência para apreensão dos conceitos que uma construção teórica requer. Categorias, que abrigam um conjunto textual e icônico, além da associação de palavras, perguntas e produção gráfica, todos impregnados de conceitos e significações para o sujeito, o objeto e o contexto das TC's.

Sabe-se que os conceitos, segundo (Minayo, 1994. p.92) são as “unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria, os quais podem ser considerados como operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos hierarquizando-os”. Desta forma eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação.

Optou-se em discutir os achados em três momentos: **Características dos sujeitos produtores de sentido e significados**, caracterizando os participantes do estudo; **Representações Sociais do Terapeuta Comunitário**, apresentando e discutindo as representações sociais pelos terapeutas comunitários estudados sobre a TC; e **Repercussões da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família- práticas e representações sociais**, discutindo as percepções dos participantes da pesquisa sobre mudanças na ESF. O destaque dado em forma de capítulo atende-se a uma questão didática e metodológica para facilitar a compreensão do processo de análise e interpretação dos resultados obtidos. Todos estão sob um mesmo capítulo.

3.3 Considerações éticas- responsabilidade e compromisso social

O estudo seguiu os parâmetros da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, a qual direciona os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. Os participantes da pesquisa receberão informações sobre o objetivo a ser alcançado através do consentimento livre esclarecido (Apêndice A), que foi elaborado com uma linguagem simples, acessível ao alcance do entendimento do colaborador. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e aprovado sob o protocolo nº 0006 (anexo) na 1ª Reunião Ordinária, realizada em 2009, por entender que a função de regulação e legalidade na coleta de dados deve estar adscrita a área de jurisdição do mesmo.

Os encontros foram realizados assegurando a confidencialidade e a privacidade das informações e dos procedimentos. Da mesma forma, não encerram conflito de interesses entre os pesquisadores e participantes do estudo. Os termos de consentimento livre e esclarecido serão arquivados em local seguro, na sede da Coordenação da Pesquisa,

situado no Departamento de Enfermagem, Campus Universitários - UFRN, sala 20, Natal-RN.

Todos os resultados dessa pesquisa foram consolidados e serão utilizados para fomentar estratégias e políticas de atuação no Município de João Pessoa-PB, no sentido de estimular a discussão sobre a Terapia Comunitária nos serviços de saúde bem como no processo ensino-aprendizagem da graduação em Enfermagem e na pós-graduação em Enfermagem da UFRN.



PARTE IV

*“(..)Fico com a pureza da resposta das crianças:
É a vida! É bonita e é bonita!
Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Ah, meu Deus! (...)”
(Gonzaguinha, 1982).*

4.1. CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS PRODUTORES DE SENTIDOS E SIGNIFICADOS

O Distrito Sanitário II tem atualmente 11 terapeutas comunitários que desenvolvem rodas de TC e são profissionais das equipes de saúde da família, contudo 7 participaram dos dois encontros para a realização desse estudo, o que corresponde a 63,6% dos terapeutas, dos quais 100% do sexo feminino. Destas, 57% encontram-se na faixa etária de 30 a 40 anos, 28% acima de 50 anos e 15% entre 20 e 30 anos.

Cabe destacar que dos 120 terapeutas comunitários do município de João Pessoa, 95% é do sexo feminino, o que demonstra que essa prática no município está fortemente ligada às mulheres. O cuidar sempre esteve presente na história humana, e desde as sociedades antigas, as práticas de cuidar eram desempenhadas em geral por mulheres, ditas como cuidadoras de seus filhos e esposa (ASSUNÇÃO; COSTA; LOURENÇO, 2005).

A assimilação das práticas das mulheres que prestam cuidados, ao seu papel, traduziu-se por diferentes modos de identificação na medida da evolução. Para Collière (1989), podemos ter três grandes modos de identificação: dos tempos mais recuados a história da humanidade até a idade média, cujo papel é expressão prática de cuidados, elaborados a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da mulher que ajuda; da idade média até o fim do século XXI, sendo o papel prescrito pelas regras convencionais que norteiam as condutas e comportamento da mulher consagrada; e do princípio do século XX ao fim dos anos sessenta, revelando o papel moral e o papel técnico, reunindo-se estes dois pontos para constituir o papel da enfermeira.

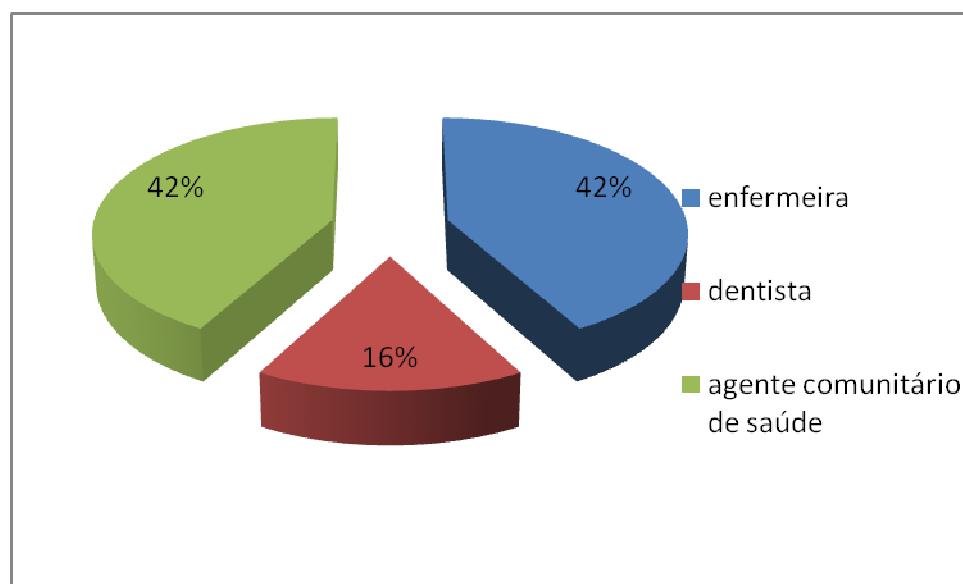


Grafico 1- Função do terapeuta comunitário na Equipe de Saúde da Família do Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Os terapeutas comunitários estudados atuam nas seguintes USF: Mudança de Vida, Jardim Itabaiana, Vila Saúde, Riacho Doce, Geisel II e Geisel IV, João Paulo I, I Novo Horizonte e Rangel II exercendo as funções de enfermeira (42%), agente comunitário de saúde (42%) e dentista (16%), conforme gráfico 1.

O agente comunitário de saúde, enquanto membro da comunidade, assume um papel importante enquanto terapeuta, uma vez que este se torna um elo/laço entre equipe e comunidade. Elo na medida em que serve apenas como veículo de informações; laço quando consegue estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes se interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustenta a existência desse espaço de encontros (SOUZA, 2001).

Dos terapeutas estudados, a maioria (71%) realiza as rodas de TC há pelo menos 2 anos, desenvolvendo estas quinzenalmente (57%) ou semanalmente (43%). Os encontros, em sua maioria, têm acontecido nas Unidades de Saúde da Família (50%). Contudo, em alguns territórios a TC utiliza outros equipamentos sociais, tais como: centros comunitários, associações de moradores, centro de cidadania (25%) e em templos religiosos (25%).

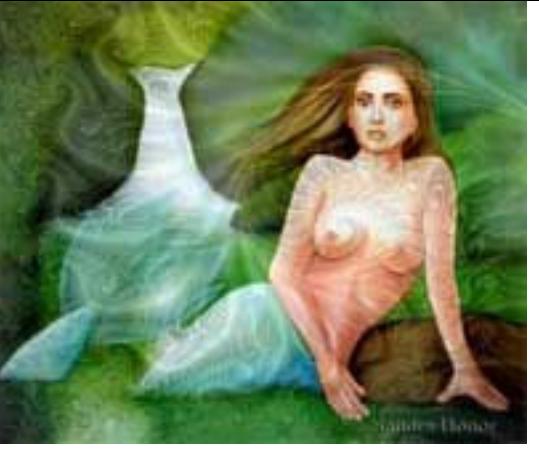
Durante o estudo, os sujeitos foram codificados por lendas populares nordestinas. Uma singela homenagem a cultura popular, a qual a TC também reforça, além de ser o nordeste, particularmente o Estado do Ceará, o berço da Terapia Comunitária.

Cabe destacar que as lendas são estórias contadas por pessoas e transmitidas oralmente através dos tempos. A cultura popular tem como essência o imaginário, que configura uma riqueza imprescindível. É nesse contexto que o imaginário popular atua revelando sentimentos que desabrocham em lendas, mitos, contos em outras belezas que retratam nossa cultura (LOPES, 2007).

Há de se considerar que as lendas são narrativas que enfeitam e caracterizam o lugar, acompanhado de mistérios, assombrações e medos. Não se sabe ao certo como nasceram, sendo considerada uma narrativa imaginária que possui raízes na realidade objetiva, sempre ligada a um lugar geográfico determinado (LOSSIO, 2009).

Conforme Smith apud Lopes (2007), as lendas se situam em algum lugar entre o mundano, as experiências cotidianas e o extraordinário. E é na sua natureza mundana que as diferencia das outras formas de narrativas tradicionais.

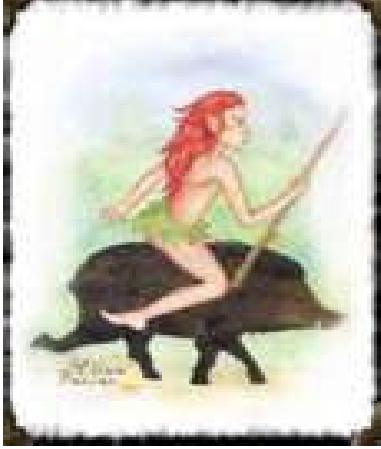
Optou-se em apresentar os sujeitos da pesquisa a partir da escolha das lendas e mitos nordestinos e seus significados a partir do Quadro 1, 2 e 3.

	<p>Mãe-D'água- Iara</p> <p>Enfermeira, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>Encontramos na mitologia universal um personagem muito parecido com a mãe-d'água: a sereia. Este personagem tem o corpo metade de mulher e metade de peixe. Com seu canto atraente, consegue encantar os homens e levá-los para o fundo das águas.</p>
---	--

Quadro 1. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos - lendas. Mãe D'Água - Iara

	<p>Caipora</p> <p>Dentista, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>Pela lenda, a caipora adora cachaça e cachimbo e tem o corpo coberto de pêlos, percorrendo as matas montada num porco selvagem, para proteger os animais que vivem na floresta. Tem relação com a mitologia tupi-guarani.</p>
	<p>Boitatá</p> <p>Agente Comunitária de Saúde, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>Representada por uma cobra de fogo que protege as matas e os animais e tem a capacidade de perseguir e matar aqueles que desrespeitam a natureza. Acredita-se que este mito é de origem indígena e que seja um dos primeiros do folclore brasileiro.</p>
	<p>Pisadeira</p> <p>Agente Comunitária de Saúde, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>É uma velha de chinelos que aparece nas madrugadas para pisar na barriga das pessoas, provocando a falta de ar. Dizem que costuma aparecer quando as pessoas vão dormir de estômago muito cheio.</p>

Quadro 2. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos - lendas. Caipora. Boitatá. Pisadeira.

	<p>Mula-sem-cabeça-</p> <p>Enfermeira, terapeuta comunitária há 1 ano e 6 meses.</p> <p>Surgido na região interior, conta que uma mulher teve um romance com um padre. Como castigo, em todas as noites de quinta para sexta-feira é transformada num animal quadrúpede que galopa e salta sem parar, enquanto solta fogo pelas narinas.</p>
	<p>Mãe-de-ouro</p> <p>Enfermeira, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>Representada por uma bola de fogo que indica os locais onde se encontram jazidas de ouro. Também aparece em alguns mitos como sendo uma mulher luminosa que voa pelos ares. Em alguns locais do Brasil, toma a forma de uma mulher bonita que habita cavernas e após atrair homens casados, os faz largar suas famílias.</p>
	<p>Curupira</p> <p>Agente Comunitária de Saúde, terapeuta comunitária há 2 anos.</p> <p>Assim como o boitatá, o curupira também é um protetor das matas e dos animais silvestres. Representado por um anão de cabelos compridos e com os pés virados para trás. Persegue e mata todos que desrespeitam a natureza. Quando alguém desaparece nas matas, muitos habitantes do interior acreditam que é obra do curupira.</p>

Quadro 3. Imagens e significados atribuídos aos sujeitos-lendas. Mula-sem-cabeça. Mãe-de-ouro. Curupira.

Para Arruda (2003. p.29) a teoria das representações sociais, enquanto pensamento complexo, não se desvincula de outros construtos nem de outras áreas: seu projeto epistemológico, situado na interface da psicologia e da sociologia, apoiado na psicologia genética de Piaget, na psicanálise de Freud, na etnografia de Lévy-Bruhl já apontava nesta direção. O desafio é aprofundar estes laços e criar outros, no sentido instrumental e no orgânico.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO

4.2.1 A um passo da luz para desvendar as representações sociais... processos interpretativos

Para a identificação das representações que os sujeitos do estudo possuem acerca da Terapia Comunitária, realizou-se uma roda de TC temática. Neste sentido, concorda-se que,

A interpretação começa quando você escolhe seu universo, penetra no campo. Ela vai passar por camadas diferentes de aprofundamento. Aqui incide: o resgate do contexto cultural, histórico, sócio-político para a produção das representações sociais, a produção de sentido, e a comunicação, sem dispensar a acuidade das circunstâncias. Suas repercussões sobre a metodologia são conhecidas, reclamando nossos cuidados com as contextualizações em planos variados do espaço e tempo (ARRUDA, 2003.p.25).

Cabe destacar que as representações sociais, surgem como conhecimento que não se caracteriza por uma contraposição ao saber científico, trata-se fundamentalmente de uma forma de saber que como todos os outros (mitologia, teologia, filosofia), pelos modos de elaborações e funções a que se destina, nesse caso assegurando a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para a suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou coletiva.

Segundo Jodelet (1997. p.1) as representações sociais permitem guiar-nos no “modo de nomear e de definir o conjunto de diferentes aspectos da nossa realidade de todos os dias, na maneira de interpretar, decidir sobre eles, e se a ocasião se apresenta, posicionar-se em relação a eles e defender essa posição”. Prosseguindo, afirma que todas as pessoas necessitam situar-se no ambiente onde se encontram, ou seja, elas precisam ajustar-se, conduzir-se, dominá-lo física ou intelectualmente, identificá-lo e resolver problemas que se colocam. Por isso fabricam-se as representações sociais num ambiente social concreto, junto a outros, concordando-se, ou não, com eles, apoiando-se neles, para compreendê-lo, administrá-lo ou afrontá-lo.

Assim, apresentaremos a roda de TC realizada mediante o DSC mediado pelas representações dos participantes sobre a Terapia Comunitária, quer no plano textual, quer icônico. Para Silva; Alves; Moreira; Silva (2003. p.122-3) é importante se pensar:

Numa atenção em saúde que tome como ponto de partida as representações sociais e pertenças dos grupos humanos mais integral para uma análise de seus problemas ou potenciais centrada na dimensão interpessoal do comportamento social e na relevância da dimensão psicossocial.

4.2.1.1 Apresentando a TC temática

Percepção do Terapeuta Comunitário sobre a TC na sua vida

No primeiro encontro do grupo, destaca-se o momento do **acolhimento**, realizado pelo terapeuta e co-terapeuta, na perspectiva de proporcionar um ambiente aconchegante para que os participantes pudessem se sentir a vontade, relaxados, sensibilizados para dialogar sobre a temática proposta. Vale ressaltar que o grupo em estudo é um grupo de profissionais de saúde. Portanto, estão situados no universo reificado da ciência na medida em que a própria TC está assentada no universo consensual (Moscovici, 1978). A interface destes dois universos num mesmo grupo constitui um desafio e uma condição *sine qua non* para a apreensão das representações sociais. Daí o uso de multimétodos, não convencionais, para acessar os conteúdos latentes dos sujeitos, como a própria TC associada ao grupo focal e a introdução de elementos gráficos, sonoros na coleta dos dados.

Como os participantes, enquanto terapeutas conhecem todos os passos da TC, *boitatá* logo se animou para após a apresentação do propósito daquela roda feita pelos moderadores do grupo, cantar uma música de boas vindas acompanhado pelo violão:

Seja bem vindo olé-lê,
Seja bem vindo olá-lâ,
Paz e bem pra você que veio participar;
Paz e bem pra você que veio participar.
(Autoria desconhecida)

Em seguida os esclarecimentos sobre as regras da TC foram transmitidas pelos próprios participantes, sendo posteriormente esclarecido o tema da roda e entregue pelo terapeuta os materiais necessários para a produção gráfica o que consistiu em papel, lápis e giz de cera. Assim, criou-se um ambiente de brincadeira, como um interjogo entre o real e o simbólico, numa perspectiva transicional para que os profissionais a partir da reflexão sobre o mote temático fossem capazes de responder de forma mais verdadeira sobre o questionamento: Quem do grupo teve mudanças na vida a partir da participação nas rodas

de TC? Quais? A produção gráfica exigida permitia aos respondentes expressar as significações que a TC na sua vida, através de desenhos, palavras escritas, parábolas, músicas. Cabe salientar que na TC temática, o mote é identificado anteriormente a partir de um assunto que possibilite a reflexão por todo o grupo.

No momento da **problematização** percebe-se que com muita emoção e sentimentos cada participante apresentou para o grupo o que produziu. Introduz-se aqui um outro elemento, a música, ou a palavra cantada para expressar a resposta dada ao questionamento. Neste momento, cantado e dialogado, o cenário da TC foi embalado pelas cores dos desenhos que foram apresentados um a um e das lições contadas. Foi nesse clima que se finalizou o grupo focal com o **ritual de agregação**. Este momento, conduzido por *pisadeira*, que entoou a Oração de São Francisco, também, considerada a oração do terapeuta comunitário.

4.2.1.2 Apresentando as representações dos terapeutas comunitários sobre a TC

Para maior elucidação dos dados far-se-á uma apresentação compreendendo dois diferentes campos de representação: textual, através da análise de conteúdo; iconográfica, baseado na análise da estrutura e conteúdo das imagens.

Destaca-se ainda que o estudo das representações sociais não se esgota com a utilização de uma técnica na coleta e análise de dados. Conhecer as idéias que circulam na sociedade sobre determinado objeto social, não é possível apenas com a verbalização dos sujeitos, temos de apreender o que é revelado pela sociedade e produzido pelas práticas dos sujeitos (PEREIRA, 2005).

Campo textual, os sentidos possíveis...

A observação das representações sociais é algo natural em múltiplas ocasiões, uma vez que circulam nos discursos, trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais (JODELET, 1989).

O campo das representações, materializado nos seus conteúdos e estrutura, busca conhecer como a informação se armazena na memória, se relaciona e se ativa. A produção discursiva a que se recolhe os sujeitos é organizada tendo em consideração a lógica natural através de modelos onde se incluem a análise de semelhanças e a teoria dos grafos.

Os mapas obtidos com esta organização de dados fornecem uma interpretação das realidades obtidas onde se vai recorrer aos modelos explicativos sobre a organização das representações mentais. Neste estudo utiliza-se os mapas cognitivos, para interpretar a representação através de elipses. Esses mapas cognitivos são um grafo simples e não são mais do que um conjunto de nós e ligações entre os discursos formando esquemas que foram operacionalizados e que representam as várias componentes de informação pessoais fornecidos pelos sujeitos (PEREIRA, 2005).

O valor simbólico das representações sociais é sem dúvida um elemento de grande importância na caracterização da natureza peculiar das representações sociais, relativamente a várias construções de abordagem cognitiva. Dessa forma a lista de palavras também representa o sistema categorial dum representação. Nesse caso, concorda-se com Pereira (2005), sobre a existência de laços semânticos, lexicais, sinônimos, referenciais, analógico, taxonômicos e simbolização entre palavras e representações.

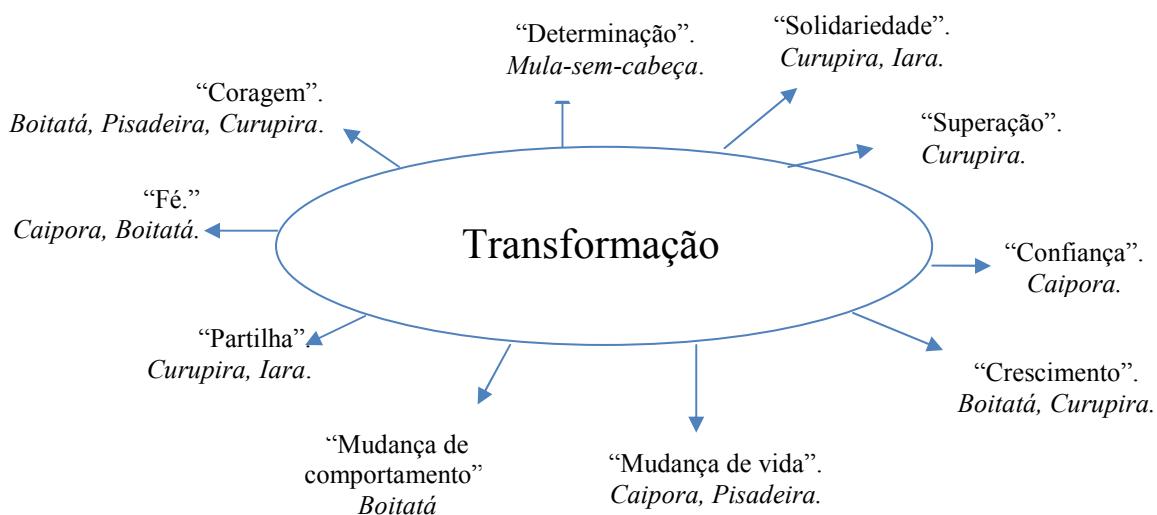


Figura 1- Mapa de significados da Terapia Comunitária para o terapeuta comunitário, Distrito Sanitário II, João Pessoa-PB, 2009.

A partir da associação das palavras listadas por cada sujeito do estudo, as quais refletem o significado da TC, identifica-se que transformação é a idéia central e as demais se inter-relacionam a esse conceito central.

Esse processo de transformação está relacionada à mudança de vida, melhora da auto-estima a partir de estabelecimento da confiança em si mesmo, na capacidade que cada um possui de superação dos seus problemas. Para Branden (1995), a auto-estima é uma experiência íntima que reside no cerne do ser humano, correspondendo ao somatório da autoconfiança com o auto-respeito, representando o componente emocional do eu, sendo um recurso importante para mudanças.

Conforme Gumarães e Ferreira Filha (2006), a capacidade de superar as dificuldades possibilita aos indivíduos construírem um corpo de conhecimento e suscitar suas habilidades e recursos que os tornam especialistas naquele problema. Dessa forma, através dessa capacidade o sujeito tem o poder de decidir sobre suas vidas, de se organizarem socialmente e de mobilizarem os recursos necessários para garantir acesso aos direitos essenciais a uma vida com dignidade humana.

A resiliência define essa capacidade de superação das adversidades que a Terapia Comunitária potencializa, através das trocas de experiências com os outros sujeitos participantes da roda, demonstrando que a “carência gera uma competência”. Através da partilha das histórias de vida dos participantes estimulando o sentimento de solidariedade, redes sociais de apoio são estabelecidas dentro da própria comunidade com a construção de vínculos e uma maior mobilização entre as pessoas, especialmente quando é necessário resolver problemas vivenciados pela comunidade, buscando a utilização dos recursos disponíveis.

Nessa perspectiva de mudança, a fé emerge como uma força que ajuda a enfrentar problemas e tensões inerentes à vida. Grupos religiosos, dinâmicas de ajuda, conhecimento aprofundado do alvo da fé contribuem para a manutenção da saúde mental (Reikdal; Maftum, 2006). Concorda-se com essa discussão, contudo é importante ir além da discussão da fé e religião, transcendendo para a discussão da espiritualidade que para Boff (2006), é tudo aquilo que produz uma mudança dentro do ser humano, impulsionando-o para uma transformação interior, que se revela no cuidar ao outro, na solidariedade, na compreensão da vida.

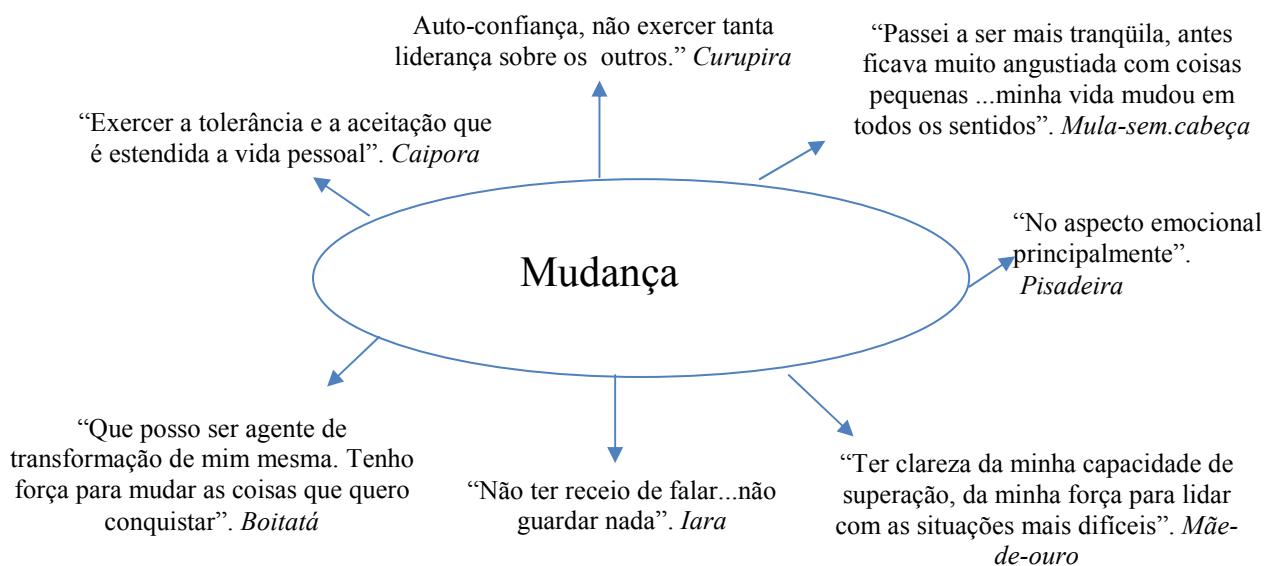


Figura 2- Mapa de significados da repercussão da Terapia Comunitária na vida do terapeuta comunitário, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Como observado na figura 2, mudança é a idéia central que representa a repercussão da TC na vida dos participantes, reforçando o conceito de transformação discutido anteriormente.

A auto-confiança é estimulada nas rodas de TC, levando o sujeito a refletir sobre a necessidade de cuidar de si, de amar-se, para poder cuidar do outro, favorecendo o conhecimento de potencialidades e capacidade geradora de soluções. Percebe-se nesse movimento a capacidade de resolução dos problemas vivenciados no cotidiano, tidos anteriormente como insolúveis, uma vez que as reações a esses problemas são determinadas pela percepção que o indivíduo tem de si mesmo.

Segundo Boff (2003), normalmente em situações de crise, apresentam-se oportunidades para um salto qualitativo. O sofrimento faz pensar.

Além do eixo da resiliência, outro pressuposto teórico da Terapia Comunitária, a pedagogia de Paulo Freire, tem relação com a ênfase dada pelos sujeitos do estudo a representação de TC, ou seja, a mudança.

Freire (1987) traz na sua pedagogia a discussão da necessidade de formação de cidadãos mais conscientes, com capacidade de conduzir suas próprias vidas, a partir do momento que eles aprendem a ler o mundo e a lutar por uma vida mais digna. Dessa forma, perpassando por uma relação de busca do empoderamento dos sujeitos, nos

remetemos a discussão de Foucault (1999), ao afirmar que, o poder não se dá, nem se troca, mas se retoma, se exerce e só existe em ato.

Assumir a postura de não calar, desabafar é também contribuir para que as insatisfações, os problemas pessoais, que decorrem de um contexto macropolítico, sejam visualizados, contribuindo para que o medo, a vergonha da fala - que muita vezes no processo de construção de cidadania, pelas relações de poder estabelecida, é negada- ecoe e repercuta na vida cotidiana dos sujeitos, nas instituições, nos serviços de saúde.

Simionatto (1998) destaca que, para transformação do real, a consciência e vontade surgem como fatores decisivos, contudo não se pode deixar de levar em conta as condições históricas objetivas que existem independentemente da consciência e da vontade humana.

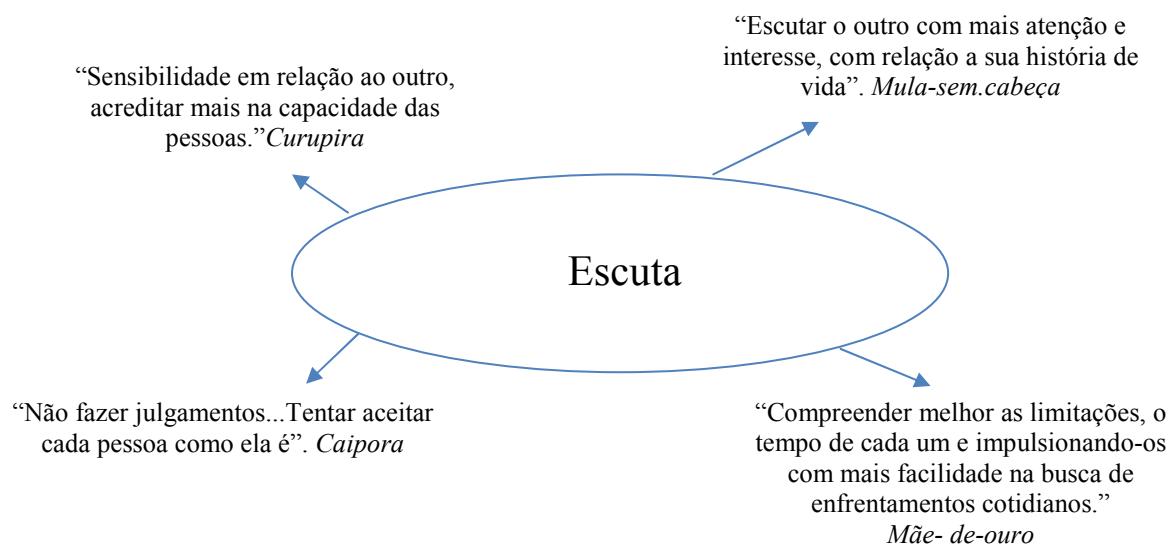


Figura 3- Mapa ilustrativo da postura frente ao outro após a inserção na Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Na figura 3, o conceito de escuta, revela como os sujeitos representam a postura frente ao outro, associada à TC. A escuta em saúde precisa contemplar as diferentes necessidades, sendo um importante momento de construção de vínculos entre os sujeitos e a identificação pelo profissional de saúde de estratégias para a construção de projetos terapêuticos singulares e coletivos.

A discussão de necessidades em saúde vem sendo feita por alguns autores. Aqui optou-se pela discussão de Cecílio (2001) que, de forma bastante completa, propõe uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades: boas condições de

vida; necessidade de se ter acesso e de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos efetivos entre cada usuário e uma equipe/profissional; necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar na vida.

A escuta é um ato fundamental na identificação dessas necessidades, podendo possibilitar a aproximação e construção de vínculos, cuja noção nos faz refletir sobre a responsabilidade e compromisso, estando em consonância com o sentido da integralidade:

Criar vínculos implica ter relações tão próxima e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994).

Nesse caso garantir a integralidade da atenção, seria radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde.

Nas rodas TC, a escuta é valorizada, bem como a singularização das necessidades do ator que coloca na roda sua história de vida com muito respeito a história do outro, sem interferir com conselhos, sermões, mas possibilitando ao outro a escuta de diferentes jeitos de conduzir a vida, reforçando a autonomia dos sujeitos. A equidade, entendida por Cecílio (2001) como a superação de desigualdades que em determinados contextos histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas também precisam ser atendidas de forma diferenciada; é percebida nas rodas de TC, onde diferentes problemas são trabalhados, mas o próprio grupo comprehende que precisa aprofundar uma temática pela necessidade apresentada/identificação com a mesma e a partir dos relatos vão colocando como lidar com esse contexto.

Os sujeitos do estudo listaram músicas que tem importante relação com a TC e significações na vida deles. A música é fortemente utilizada nas rodas da terapia pelos próprios participantes com temáticas referentes a discussão do grupo, como forma de agregar ainda mais as pessoas.

Para Bauer (2002), a música apresenta um potencial de espelhar o mundo social, atual ou passado, que produz e a consome. Dessa forma ela deve ser considerada um dado social, pressupondo para tal uma relação sistemática entre os sons e o contexto social que produz e os recebe. Assim, a análise funcional da música considera outro tipo de

significado: os efeitos das atividades musicais em um determinado ambiente. O efeito principal da música é dar ao ouvinte o sentimento de segurança, pois ela simboliza o lugar onde nasceu, as alegrias de uma primeira infância, sua experiência religiosa, o prazer das práticas comunitárias, seu relacionamento amoroso e seu trabalho- algumas ou todas aquelas experiências que constroem nossa personalidade.

Vale mencionar que as variáveis musicais são estatisticamente relacionadas com variáveis socioculturais locais, tais como formas de produção agrícola, complexidade da estratificação social, severidade dos costumes sexuais, dominação masculina, crenças religiosas, e coesão social (BAUER, 2002).

Deus está aqui- Pe. Zezinho
“Seja qual for o seu problema,
Fale com Deus ele vai ajudar você...”
*Mula-sem-cabeça; Iara, Boitatá,
Mãe-de-ouro.*

Luz divina- Roberto Carlos.
“ Essa luz, só pode ser Jesus;
Essa luz...”
Boitatá, pisadeira.

Oração de São Francisco
“ Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz...
Onde houver desespero que eu leve a esperança;
Onde houver tristeza que eu leve a alegria;
Onde houver trevas que eu leve a luz...”
Boitatá, pisadeira, mula-sem-cabeça, curupira

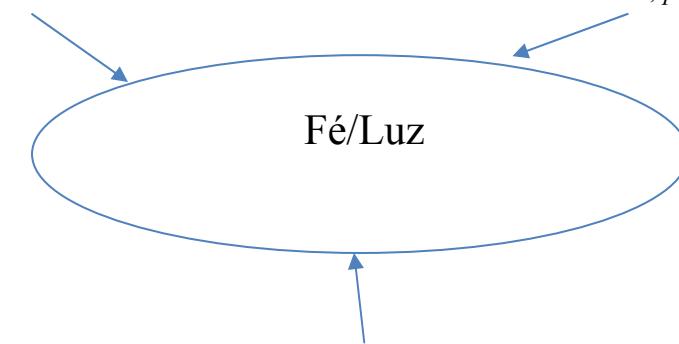


Figura 4- Mapa dos significados das músicas que representam a Terapia Comunitária- fé/luz, segundo terapeutas comunitários, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Conforme figura 4 percebe-se o elemento fé/luz muito presente em três músicas elencadas/cantadas pelos participantes.

Nos encontros de Terapia Comunitária, as músicas animam e acalantam muitas vezes a dor e o sofrimento dos participantes; dessa forma, músicas que representam fé, força, luz no caminho são fortemente utilizadas pelos participantes. O trecho da música, de Gilberto Gil, “Andar com fé eu vou, que a fé não costuma falhar...”, demonstra a presença

desse elemento muito forte na vida do povo. Gente que precisa encontrar jeitos e acreditar que é possível ter outras soluções para caminhar melhor no mundo.

A essa discussão cabe acrescentar, que nas culturas seculares, de origem judaico-cristã, a fé é um dogma, que remete ao o conceito de espiritualidade, campo onde se constrói o sentido da vida, de maneira simbólica (Vasconcelos, 2006). Sendo uma das fontes de inspiração do novo, a espiritualidade gera um sentido pleno e capacidade de autotranscendência do ser humano. Contudo, é importante que o reforço à espiritualidade seja feito, sem confundir o respeito às especificidades das crenças individuais e coletivas, representações históricas construídas socialmente.

Essa questão é importante uma vez que a TC é embasada pela Antropologia Cultural, que estuda, por exemplo, as religiões, do qual conceito aqui adotado é o de Berger (1985) ao afirmar que esta representa o ponto máximo da auto- exteriorização do homem pela infusão dos seus próprios sentidos à realidade, supondo que a ordem sagrada é projetada pela totalidade do ser no resto do mundo, formulando uma espécie de teoria do conhecimento. Dessa forma, a relação da religião com a consciência humana tem dois aspectos, um alienante e outro de conscientização, pois ela constitui uma projeção imensa de significados humanos na amplidão vazia do universo, projeção essa que se volta com uma realidade para dominar os que produzem.

O grande paradoxo da alienação religiosa, que também pode ser entendida como substância da idolatria, reside no fato de que o próprio processo de desumanização do mundo sociocultural tem suas raízes no desejo fundamental de que a realidade, como um todo, possa ter um lugar significativo para o homem. Pode-se dizer que a alienação tem sido um preço pago pela consciência religiosa em busca de um universo humanamente significativo, e esse processo conduz a secularização, que é o retorno do alienado ao mundo dos homens. Esse processo culminou com o colapso das estruturas religiosas alienadas da cosmovisão cristã, liberando movimentos do pensamento crítico, que radicalmente ampliaram a consciência humana busca pela compreensão da realidade social (BERGER, 1985).

Ressalta-se que as representações sociais procuram dar conta de fenômenos como a religião, e tais crenças não costumam ser admitidas apenas individualmente, mas por vários membros de uma coletividade, representando da mesma maneira o mundo sagrado e as relações deste com o mundo profano, traduzindo essas representações em práticas semelhantes (GOMES, 2004).

Para Berger (1985), a religião é a cosmificação da realidade pelo sagrado, encantamento da realidade pelo divino, sendo dessa forma, instrumento de legitimação da realidade, inclusive da social. A religião legitima de forma eficaz, porque funde as tênues realidades do mundo social com as pretensas realidades do mundo sagrado, colocando a realidade para além das continuidades dos sentidos humanos e das atividades sociais, criando numa pretensa supra-realidade a sua própria realidade.

Na Terapia Comunitária, os aspectos religiosos estão alicerçados e explicados pela antropologia cultural a qual, tem por objeto o estudo do homem e das sociedades humanas na sua vertente cultural, através de temáticas como religião, política, arte, crença e razão, buscando compreender os significados que os próprios indivíduos atribuem ao seu comportamento.

Cabe salientar que a TC se expandiu na Igreja Católica, com articulação junto a Pastoral da Criança e com seu idealizador, tendo sua formação teológica junto a essa corrente religiosa, com influência a doutrina ligada a Teologia da Libertação. Essa considerando as distintas matérias teológicas, a partir da opção pelos pobres e do compromisso com a caminhada das comunidades cristãs que motivadas pela fé, se empenham na mudança da sociedade.

No Brasil, a igreja da Libertação fez surgir partidos políticos junto com a tradição de esquerda e do novo sindicalismo, além de denunciar os maus tratos aos presos políticos e o desaparecimento de ativistas no período da ditadura. A pastoral social exigiu uma elaboração de formação e postulou um novo tipo de agente político. A Igreja tornou-se certamente a instituição que mais experiência acumulou com referência ao trabalho junto ao povo e com o povo, exercendo uma função política em que ajuda a construir o bem comum com base nos deserdados e a fundamentar uma sociedade mais igualitária e democrática (BOFF, 2003).

Assim acredita-se que a TC deve buscar a perspectiva conscientizante dos sujeitos, a partir da concepção de fé que movimenta e inquieta para busca de uma vida melhor. E é no espaço laico, dos serviços de saúde que o respeito às diversidades culturais, reforçado pelo reconhecimento da cultura popular, deve acontecer, possibilitando que usuários, com diferentes crenças tenham acesso a essa importante tecnologia de cuidado.

Rindo à toa- Falamansa

“Há Há Há Há Há!

Mas eu tô rindo à toa

Não que a vida, esteja assim tão boa

Mas um sorriso ajuda a melhorar

Ah Ah!...”

Mãe- de-ouro

Como uma onda- Lulu Santos

“... A vida vem em ondas

Como num mar

Num indo e vindo infinito...”

Pisadeira

Vida

O que é o que é? Gonzaguinha

“Viver e não ter a vergonha de ser feliz,

Cantar, e cantar, e cantar,

A beleza de ser um eterno aprendiz.

Ah, meu Deus!

Eu sei e eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,

Mas isso não impede que eu repita:

É bonita, é bonita e é bonita!”

Mula-sem-cabeça

Deixa a vida me levar- Zeca pagodinho

“Eu já passei por quase tudo nessa vida

Em matéria de guarida, espero ainda a minha vez

Confesso que sou de origem pobre

Mas meu coração é nobre, foi assim que Deus me

fez...”

Curupira, mãe-de-ouro

Figura 5- Mapa dos significados das músicas que representam a Terapia Comunitária- vida, segundo terapeutas comunitários, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Ainda representada através de músicas, a TC é associada pelos participantes do grupo à vida, vontade de continuar caminhando por esta, mesmo com dificuldades- ser feliz acima de tudo.

Collière (1989, p. 235), traz algumas reflexões sobre o processo de vida:

Será necessário, nunca considerar a vida senão através de um olhar de ódio lançado à morte? Como se alguma coisa pudesse ter valor fora da vida: e permitir fora da vida apreciar a vida...Como se o pensamento, que só a vida torna possível, pudesse ter outras tarefas que não servir a vida.

A mesma autora afirma que a inclusão do vivo no humano e do humano no vivo nos faz conceber a noção de vida na sua plenitude, deixando esta de ocupar um lugar intermediário entre o físico e o antropológico, adquirindo um sentido amplo que se enraíza na organização física e desaba sobre tudo que é antropossocial (COLLIÈRE, 1989).

O conceito de resiliência enquanto pressuposto teórico da TC, reaparece agora nas músicas apresentadas. A capacidade de ser feliz, buscando entender que como as ondas, as dificuldades sempre existirão, contudo é preciso superá-las, vem sendo fortemente elencada pelos participantes através da linguagem falada e escrita.

Concorda-se com Bauer (2002), quando afirma que a expansão atual e o poder emocional dos sons e o da música como meio de representação simbólica, parecem sugerir que eles podem ser uma fonte útil de dados sociais. Contudo, a predominância de dados verbais nas ciências sociais deixa o som e a música com recursos geralmente subexplorados para a pesquisa social.

Campo Iconográfico e sentidos potenciais...

Na elaboração das representações sociais, a representação é uma construção do sujeito enquanto ator social, este não considerado enquanto produto de determinações sociais nem produtor independente, pois as representações são construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam, sendo ainda uma expressão da realidade intraindividual, uma exteriorização do afeto. Para Jodelet (1989), devem ser estudadas articulando elementos sociais e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervém.

Articulando a análise de imagens ao processo de formação das representações cabe salientar que atribuir sentido a imagem construída por alguém corresponde aos processos de ancoragem, o qual consiste em perceber o conhecimento novo pela janela do conhecimento antigo e o da objetivação, através do qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se tão vividos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa.

Para Moscovici (1978, p.64),

representar um objeto é ao mesmo tempo, conferir-lhe status de um signo é conhecê-lo tornando significantes. De modo particular, denominando-o e interiorizando-o. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina em que todas as coisas são representações sociais.

Imagen	Denotação	Sintagma	Conotação
	Teia de pessoas	Equivalência sugerida: teia de aranha constituída por diferentes fios	Construção de teia de relações fortalecidas pelos participantes da TC- teia de aranha-símbolo da TC

Infográfico 1. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- *Mula-sem-cabeça*, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

A imagem apresentada no Infográfico 1, remete a idéia de uma teia de sujeitos, que estão unidos por diferentes fios, resgatando o símbolo da TC, a teia de aranha. Para Rocha (2009), a teia representa a fonte de vida da aranha, seu vínculo vital, na terapia denotando união, através de relações fortalecidas tecida pela própria comunidade.

A tenacidade, a resistência e a elasticidade da seda que aranha produz (fios da teia) intriga os cientistas que questionam porque esse material possui qualidades tão inusitadas: são mais forte cinco vezes mais do que o aço no mesmo diâmetro, podendo ser esticado quatro vezes além do seu comprimento inicial, resistindo a água e a temperaturas de – 45° sem se romperem (MONTENEGRO, 2009.)

A atuação do símbolo e da imaginação forma o campo do Imaginário. Deve-se salientar que este termo possui muitas acepções e nem sempre é bem definido. Nesta concepção, utiliza-se a definição baseada em Durand (1997, p. 212) na qual o imaginário é

o conjunto das imagens não gratuitas e das relações de imagens que constituem o capital inconsciente e pensado do ser humano. Este capital é formado pelo domínio do arquetípico – ou das invariâncias e universais do comportamento do gênero humano – e pelo domínio do idiográfico, ou das variações e modulações do comportamento do homem localizado em contextos específicos e no interior de unidades grupais.

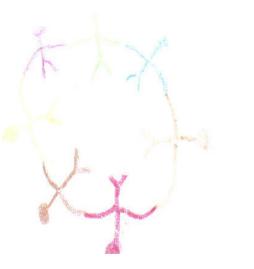
O Imaginário possui dois pólos: idiográfico ou ideário e arquetípico ou imaginária. O primeiro compreende a cultura, padrões de conduta, códigos, normas, práticas científicas e técnicas e à determinação. O segundo polo envolve a afetividade, a vivência, as imagens por si próprias, a mitologia, o onirismo coletivo, os sonhos, as práticas rituais, a incerteza,

denominado de “imaginária”. Estes pólos são conectados através da função simbólica (CARVALHO, 1998).

As representações sociais aparecem como uma das formas de funcionamento oriundas do imaginário, sendo resultado de um processo de racionalização, mas permeado de componentes mítico e imaginais (SERBENA, 2003).

Para Serbena, (2003), localiza-se principalmente no campo semiótico (do signo), agindo como uma visão de mundo coerente e racional. Postula-se, entretanto, que os componentes, imaginais e míticos (simbólicos) sejam responsáveis pelo papel integrador reunindo o pensamento, o sentimento e a ação do sujeito em um todo coerente tanto no campo racional como no campo afetivo. Isto é possibilitado pela função transcendente dos símbolos presentes nos componentes míticos e imaginais da representação social.

A teia na TC também remete a discussão do pensamento sistêmico, que para Barreto (2008), as crises e os problemas podem ser entendidos quando se percebe como partes integradas de uma rede complexa, com ramificações que interligam as pessoas como um todo, envolvendo a biologia, psicologia e a sociedade. A abordagem sistêmica possibilita compreender o sujeito nas suas relações, com a família, com seus valores e crenças, colaborando com a transformação do indivíduo.

Imagen	Denotação	Sintagma	Conotação
	Círculo de pessoas distintas	Equivalência sugerida: círculo, movimento continuo construído por diferentes cores de mãos dadas; roda de pessoas.	Articulação em rede respeitando, a diversidade dos participantes; Solidariedade.

Infográfico 2. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- Pisadeira, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

O círculo de pessoas diferentes apresentado no Infográfico 2, reforça a imagem anterior de *mula-sem-cabeça*, representando o sentimento de solidariedade e articulação

em rede associados a TC. Na imagem de *pisadeira*, o círculo sugere movimento de infinitude e respeito aos diferentes na roda da TC.

Para Forcione (2009), o círculo é um símbolo universal com muitos significados representando noções de totalidade, inteireza, perfeição, infinito e eternidade. Simboliza a alma e o si-mesmo, encontrando-se vinculado ao simbolismo da mandala e da eternidade. No sistema numérico, o círculo é também o zero, simbolizando potencial ou embrião.

A representação, como um processo mental, carrega sempre um sentido simbólico significante, e estudar RS é buscar conhecer melhor o modo como um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, como o conjunto de normas e regras de uma sociedade. As RS possibilitam tornar o desconhecido familiar; o não familiar conhecido (MESTRE, PINOTTI, 2009).

Este é um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, constituído a partir das nossas experiências do dia a dia, como também pelas informações e modelos de pensamento que adquirimos e transmitimos através das nossas ações, classificadas por Jodelet (1989) como tradição, educação e comunicação social.

Conforme Moscovici (1979), a correlação entre vivência cotidiana e experiência concreta independe de determinações formais, sendo possível inferir que os atos sociais característicos, o senso comum (atos de fala, atos mentais e ação prática), independem de determinações estruturalmente elaboradas e delimitadas pela constituição institucional da sociedade. Por essa razão, o senso comum é plural, genérico e pretensamente livre em relação ao pensamento formal. Sendo assim, o pensamento comum é um pensamento popular de primeira mão, que fundamenta o conhecimento na formulação de imagens e experiências práticas. Isso reforça a argumentação acerca da representação como um modelo de produção de conhecimento e de novos sentidos no processo de construção da realidade fora do rigor do conhecimento formal.

Fazem parte da construção das representações sociais tanto o indivíduo, com todo o seu arsenal de experiências, como também sua relação com o meio social. Incluem afetividade, conhecimento científico, ideologia e cultura. As representações sociais não dizem respeito a conhecimentos certos ou errados sobre um objeto. Independente de serem corretos ou equivocados, a construção de conhecimentos do senso comum, por parte dos indivíduos, constitui um processo gerador de ações sociais a partir de visões de mundo, concepções ideológicas e culturais que estão presentes nas relações sociais da vida cotidiana (GOMES, 2004).

Para Barreto (2008), o bom terapeuta comunitário é aquele que consegue lidar com a diferença, pois a riqueza está nela, considerando que “um é rico naquilo que o outro é pobre”. Dessa forma é importante reconhecer e respeitar a multiplicidade das pessoas e das culturas, possibilitando ao indivíduo não só agregar valores e saberes (técnicos e populares) mas construir a cidadania.

Imagen	Denotação	Sintagma	Conotação
	Pessoa caminhando por degraus diferentes.	Equivalência sugerida: escada de vários degraus sugerindo ascensão, aumento de degraus associada a dificuldades encontradas no caminho.	Crescimento e superação de desafios.

Infográfico 3. Imagens representacionais da Terapia Comunitária- *Iara*, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

O infográfico 3, atribuído por *Iara* ao significado da TC, ilustra o caminhar por diferentes degraus, sugerindo etapas da vida de cada um, além do desenvolvimento de suas potencialidades e vulnerabilidades, sugere crescimento, superação das dificuldades.

A função do terapeuta comunitário, conforme Barreto (2008), é suscitar a capacidade terapêutica do próprio grupo, sendo sua atuação voltada para o crescimento humano e coletivo. Dessa forma, a TC possibilita ao terapeuta comunitário crescer com o grupo e fomentar a descoberta de recursos individuais e comunitários, através do diálogo.

Segundo Alexandre (2008), o senso comum ou conhecimento sem padronização e sem sistematização corresponderia a uma forma de pensamento mais natural, próprio dos diálogos da vida cotidiana ou, conforme Habermas, diálogos do mundo da vida.

É a partir do caráter da epistemologia popular, com base no senso comum, que se processa a formação da representação social, sendo o senso comum capaz na busca da reelaboração e criação de imagens referentes aos conhecimentos da vida cotidiana em relação a outras formas de produção de conhecimento e a outros conhecimentos.

Alexandre (2008) enfatiza a importância de tal conhecimento como principal fonte da ação humana na sociedade, pois refere-se àquilo que os homens conhecem como real na vida cotidiana e orienta as práticas humanas no mundo. Enquanto o pensamento científico ocupa um grupo limitado de pessoas e participa apenas parcialmente da totalidade do conhecimento que uma sociedade possui, todos os homens partilham de uma forma ou de outra, do conhecimento popular no seio de uma mesma sociedade.

Contudo, acredita-se que para que a transformação social aconteça, é preciso considerar o saber científico e popular enquanto complementares, e não excludentes.

Imagen	Denotação	Sintagma	Conotação
	Casa com casal; Amigos; Igreja; Comunidade; Brincadeiras de criança; Escola	Família tradicional: homem/ mulher; Relação de convivência com os diferentes; Igreja-Cruz-Cristianismo-Religiões; Atores com jeitos profissões diferentes; Alusão a cultura local com músicas, brincadeiras; Aprendizagem	Organização tradicional da sociedade, baseada na existência de três instituições que historicamente norteiam a formação dos sujeitos (escola, família, igreja). Reforço as relações sociais e culturais para a manutenção dessa organização.

Infográfico 4. Imagens representacionais da Terapia Comunitária-Curupira, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Na figura construída por *curupira* a associação da TC se insere como um tecnologia social da comunidade, pois remete aos conteúdos e a forma como a comunidade está organizada, reafirmando seus valores. Evidencia-se, do ponto de vista da socialização do sujeito a partir das contribuições das instituições formadoras responsáveis pela formação do sujeito psicossocial: escola, família e igreja, a cultura desta comunidade, através das brincadeiras, músicas, relações com os demais e a forma de organizacão, baseado no

modelo tradicional de família (homem-mulher), atrelado a valores secularmente difundidos.

Para Costa (2005), a comunidade constitui um grupo de pessoas que convivem num mesmo espaço, restrito por dimensões bem definidas, com estrutura dominante própria, cultura típica, linguajar por vezes definidos com características locais, leis, próprias regras sociais de conduta e comportamento diferenciados de outras localidades e identidade visual marcante. Assim a TC acontece nesse espaço, na medida em que o sujeito procura construir um sentimento de confiança e de ajuda mútua, essencial para a consolidação de uma comunidade. Assim, como na resolução dos seus conflitos e interesses.

Nesse estudo considera-se, a compreensão de que o sujeito é construído a partir de três níveis de experiência histórica, que interagem entre si: o filogenético, que se refere ao repertório comportamental, adquirido ao longo do tempo humano e partilhado com a espécie, nesse nível estão todos os indivíduos humanos, com sua carga genética que predetermina comportamentos biológicos como, por exemplo, respirar ou procriar. O ontogenético, que diz respeito aos comportamentos próprios de cada um e que são produto das contingências vividas pela pessoa, de sua história de vida. Por fim, e talvez num sentido mais amplo, os fatores culturais e seus valores, que servem de regras norteadoras de atitudes e comportamentos, não só do grupo cultural, mas também de seus membros. A junção deles é que permitem a construção do “eu” humano (SKINNER, 1991).

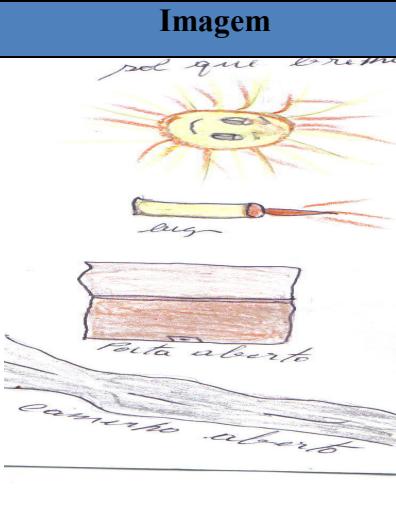
Dessa forma o conceito de representação está relacionado à TC. Há valores para cada cultura que determinam o tipo de experiências a serem vivenciadas individualmente e há também alguns valores que, apesar de explicitados em cada cultura de forma diversa, são comuns a todas as culturas, a exemplo dos reforçadores sociais (MESTRE; PINOTTI, 2009).

Como exemplo dos reforçadores sociais, destaca-se a aprovação do grupo social, se esse não aprova os atos de seus membros corre-se o risco de ser excluídos do seu convívio e, consequentemente, de sua proteção. Alianças se constroem pela aprovação, e isso designa o fato de o grupo ter aprovado performances do indivíduo, ou de seus pares, e assim constitui-se a formação da confiança no grupo e de autoconfiança. O que é digno de aprovação ou reprovação passa pelos valores da comunidade, daí que nem sempre é dito, mas, sem dúvida, é esperado de seus membros (MESTRE; PINOTTI, 2009).

Mas o afeto torna-se fundamental para a vida em comunidade. Se a autoconfiança é produto da aprovação, a auto-estima se constrói pela afetividade recebida do grupo social.

As relações são construídas e perpassadas por ódio, medo ou amor, independentemente de competências em atos. As pessoas se unem a outras por essa afetividade e elas descrevem as contingências vividas em comum entre as pessoas. Também aqui as representações sociais elegem o que se irá amar, ter medo ou odiar (MESTRE; PINOTTI, 2009).

Os mesmos autores ainda afirmam que em qualquer cultura há símbolos que falam de status, poder e saber, por exemplo. Claro que o que é símbolo de algo em determinada cultura já pode ser diferente em outra, porém todos nós seremos influenciados por tais signos, em qualquer cultura. Todos os reforçadores, sociais ou condicionais à história ontogenética, são ou foram construídos ao longo da relação do homem com a natureza, com o próprio homem e consigo mesmo. Eles dizem respeito a uma história de experiências comuns a todos os homens e pertencem ao que, talvez, pudesse ser chamado de “inconsciente coletivo” da humanidade (Mestre; Pinotti, 2009). Desta forma são construídas e difundidas as representações, por vivência, por regras ou ainda por modelos, dentro da própria comunidade.

Imagen	Denotação	Sintagma	Conotação
	<p>Sol; Vela; Porta aberta; Caminho Aberto.</p>	<p>Luz, energia, brilho; Luz, chama; Transição/ passagem para novo lugar; Estrada da vida.</p>	<p>Novos caminhos iluminados pela escolha que cada um pode fazer/assumir.</p>

Infográfico 5. Imagens representacionais da Terapia Comunitária-Boitatá, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

No infográfico 5, identifica-se que *boitatá* utiliza desenhos que se interrelacionam nos significados, trazendo ao observador um sentido de novos caminhados iluminados por escolhas a serem feitas.

Nas rodas de TC, o empoderamento do sujeito é estimulado, na medida que ele percebe a capacidade que tem na resolução de seus problemas. Essa capacidade que o

indivíduo tem de superar as situações adversas ocorre devido a resiliência, a qual, diante do atual paradigma da sociedade pós-moderna, emerge como um desafio, uma vez que as mudanças são cada vez mais rápidas e profundas, exigindo adaptações constantes.

Conforme Rocha (2009), torna-se cada vez mais difícil se voltar para nós mesmos, tentando iluminar o nosso íntimo e visualizar a causa de nossas angústias, uma vez que as demandas do cotidiano atribulam nossas mentes. Tomar consciência dessas limitações é um dos passos importantes para seguir novos caminhos e mudanças nas práticas, para tal é fundamental a reflexão, problematização, através do diálogo, papel este exercido pelo terapeuta comunitário nas rodas de TC.

Na pedagogia de Paulo Freire, o ato de ensinar consiste no exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, em que a informação é compartilhada. Assim, o diálogo engajaativamente, os sujeitos no ato de aprender-ensinar. Na TC, a relação teoria-realidade, a partir das histórias contadas pelos participantes, proporciona uma reflexão sobre os problemas vivenciados no cotidiano, facilitando a apreensão de novos saberes por parte dos sujeitos, correlacionando com as suas vivências.

Assim, para apreender as Representações Sociais através de discursos, músicas e imagens que os sujeitos da pesquisa têm a cerca da TC, importa ressaltar que existem três esferas de pertencimento das representações: o subjetivo, o intersubjetivo e o trans-subjetivo (JODELET, 2007).

O primeiro nível - o subjetivo – diz respeito às representações de alguém, tendo uma função expressiva, permitindo ver os significados que os sujeitos concedem a um objeto localizado no seu entorno social e físico, a partir de seus interesses, sensibilidades, desejos. O segundo nível – intersubjetivo - as representações intervêm como meio de compreensão, ferramentas das interpretações e da construção dos significados compartilhados acerca dos objetos de negociação. O terceiro nível - trans-subjetivo - corresponde ao aparato cultural, modelos, normas e valores, transmitidos socialmente, como ao universo simbólico, definido por pressões impostas pela estrutura social e de poder. No último nível, o sistema de representações oferece os critérios de codificação e classificação da realidade, fornecendo os instrumentos mentais, os repertórios que permitem construir as significações compartilhadas na sociedade (JODELET, 2007).

A seguir, ousou-se, sintetizar os achados na dimensão de esquema ilustrativo, considerado como figurativo, comportando a informação e a atitude dos terapeutas comunitários acerca dos aspectos representacionais sobre a TC, onde os aportes

iconográficos e textuais, constituem uma interface da mesma representação. Nesta perspectiva representacional, demonstra-se os elementos constituintes das respostas dadas, a partir da análise do sujeito coletivo mediado pela teoria das representações sociais. Observa-se que há uma circularidade nos conteúdos e estrutura dos discursos apreendidos por cada um dos participantes que se entrelaçam identificando uma atitude frente a TC. A circularidade obtida pelo DSC, as palavras chaves, os desenhos, as lendas e músicas atribuídas ao ser terapeuta comunitário se entrecruzam formando um caminho psicodinâmico para as subjetividades envolvidas, assim com a TC se propõe a construir, uma teia de relações, considerando a *escuta* a partir da história de *vida* dos sujeitos, com reforço a *fé/luz*, aos valores culturais, à busca para o auto-conhecimento, resultando na *mudança* do ser e a *transformação* dentro da comunidade, tendo em vista a melhoria da qualidade de *vida*. A figura 6 remete a esta concepção.

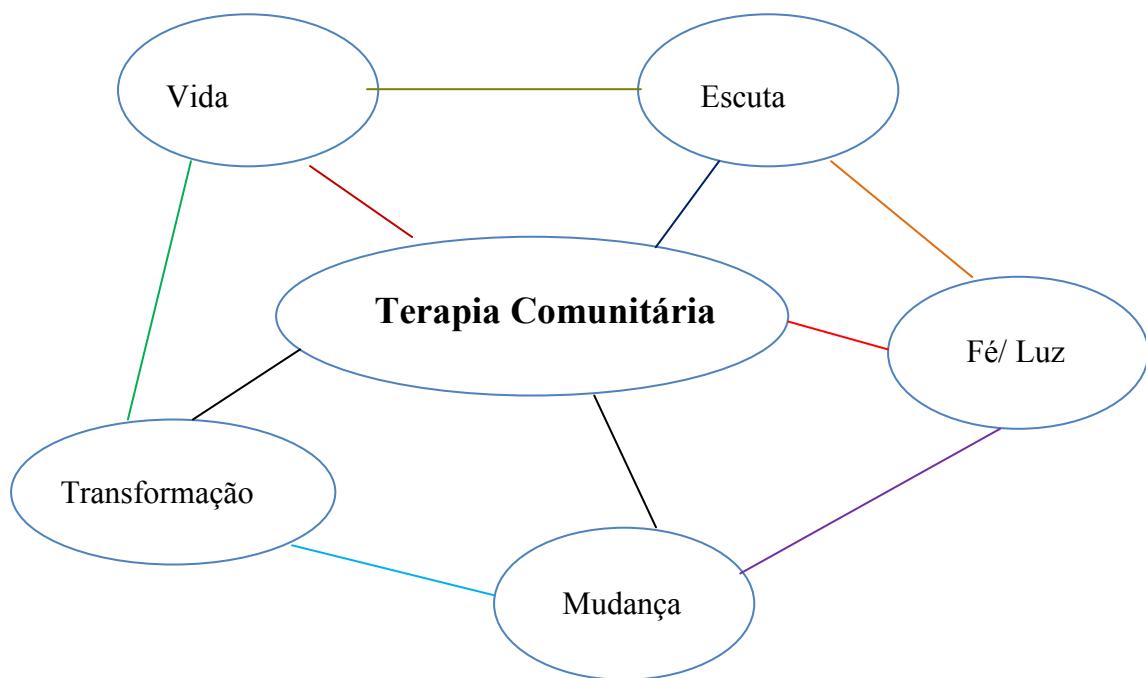


Figura 6. Esquema figurativo representacional da Terapia Comunitária a partir das representações sociais dos terapeutas comunitários, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Assim o símbolo da TC, a teia, emerge no esquema ilustrativo como imagem que representa as relações estabelecidas entre as diferentes palavras-chave, que se intercruzam nas músicas e discursos dos sujeitos estudados.

Essas representações dos terapeutas sobre a TC repercutem na forma como estes significam a influência da terapia nas suas vidas. Nessa perspectiva, os significados a serem atribuídos pelos terapeutas estudados a TC no processo de trabalho da ESF, tem relação direta com capacidade que a terapia possui de repercutir na micropolítica de cada sujeito, influenciando nos processos de subjetivação.

Dessa forma, optou-se por realizar um segundo encontro com os sujeitos do estudo com o foco na discussão da TC e repercussões no processo de trabalho na ESF, tema este a ser discorrido nas páginas seguintes.

4.3 REPERCUSSÕES DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – práticas e representações sociais

4.3.1 Caminhando para desvendar as modificações no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família... processos interpretativos

No segundo encontro da TC, os participantes do estudo manifestaram as informações e atitudes sobre as modificações no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família após a implantação da TC.

Considera-se que no contexto realístico de uma unidade ou equipe de saúde os processos de trabalho, se produzem através de fluxos intensos de comunicação entre os diferentes agentes de trabalho, da gestão ou usuários, que interagem entre si, não apenas no contato físico e comunicacional, mas em grande medida por fluxos-conectivos que se dão também em nível simbólico, e vão operando os processos produtivos que se estruturam em uma organização de redes, tendo como centro o Trabalho Vivo em ato, como substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vão acontecendo (FRANCO; MERHY, 2007).

Contudo, salienta-se que os processos de trabalho operam em relações intercessoras entre trabalhadores e usuários através do encontro de ambos enquanto sujeitos na produção do cuidado, sendo as relações atravessadas por vetores de relações singulares e intensamente intersubjetivas- espaços da micropolítica (Ayres, 2005). Assim esses fluxos-conectivos que se formam no âmbito da produção do cuidado tem forte potência produtiva e transitam no processo de trabalho com grande liberdade de ação, pois novos caminhos são provocados além dos processos instituídos, como a exemplo os protocolos, como outros percursos possíveis de produzir a vida.

Destarte, torna-se evidente que na Estratégia de Saúde da Família há um caráter prescritivo bastante exacerbado, sendo definidos a priori locais de atendimento (unidade de saúde para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade), existindo lista de atividades que devem ser realizadas pela equipe, com resultados previamente anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculos dos profissionais e comunidade) (FRANCO; MERHY, 2008).

O caráter prescritivo para Franco; Merhy (2008) não considera a possibilidade de intervenções sobre as diferentes necessidades de saúde do usuário, já discutidas nesse estudo em outros momentos. Nesse sentido aos profissionais de saúde cabe assumir as

seguintes posturas: manter a lógica atual (seguindo o caráter normativo); aceitar o caráter prescritivo, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com o usuário, mas com a produção do procedimento; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições da Estratégia e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria das suas condições de vida.

Concorda-se que a última postura torna-se mais remota, uma vez que se refere a reconhecer que nenhuma ferramenta pode dar conta de tudo. Trabalhar sob essa ótica, implica na necessidade de inventar novas abordagens a cada caso, exigindo uma negação da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, saindo do isolamento dos núcleos de competências, articulando um campo da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2008).

A partir dessa compreensão dos processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família apresenta-se a TC e as significações atribuídas pelo terapeuta comunitário sobre a repercussão desta na Estratégia.

4.3.1.1 Apresentando a TC temática

Significados do Terapeuta Comunitário sobre a repercussão da TC na Estratégia de Saúde da Família

No momento do **acolhimento**, o grupo já se sentia mais a vontade, uma vez que os sujeitos já conheciam os membros do grupo e a proposta para aquele encontro. Assim um alongamento foi feito por *Lara*, que compartilhou com o grupo momentos de felicidade que estava vivendo, o qual foi aplaudido. Esta é uma prática adotada nesta modalidade de terapia complementar as ações de saúde mental.

Logo a seguir os terapeutas comunitários ajudaram reforçando os pactos para a condução da TC, sendo esclarecida a temática da roda de conversa e lançado o **mote** temático: Quem já vivenciou mudanças no processo de trabalhos na ESF com relação a implantação da TC? Quais?

Na fase da **problematização**, os participantes trocaram muitas experiências revelando no grupo como acontece o processo da TC no seu espaço de trabalho, as modificações que aconteceram, suas relações com os usuários e as dificuldades encontradas. A empolgação com que cada uma falava, demonstrava o entusiasmo em ser

terapeuta comunitário, o sorriso e as lágrimas em relatar dificuldades vivenciadas no processo de implementação da TC no território fizeram do ambiente, um espaço de reflexão e apoio entre os terapeutas que culminou com o **ritual de agregação**, conduzido por *Mãe-de-ouro* e finalizado pela Oração de São Francisco.

4.3.1.2 Apresentando os significados do terapeuta comunitário sobre a repercussão da TC na Estratégia de Saúde da Família

Os dados foram representados através de mapas cognitivos construídos a partir da análise do discurso dos participantes. Dessa forma alguns aspectos foram sistematizados: *Modificações no processo de trabalho da ESF; Modificações na relação entre a equipe; Modificações na relação com o usuário.*

Esclarece-se que as contribuições dos mapas cognitivos para apreensão das representações sociais neste estudo dizem respeito à possibilidade em construir, a partir de olhares pessoais dos envolvidos, uma representação gráfica da questão, facilitando a visão dos elementos considerados, e de como se interrelacionam, contribuindo imensamente para o equacionamento (LIMA, 2003).

O estudo das representações sociais exige a construção de categorias, como base nas estruturas cognitivas, sendo uma tarefa complexa, uma vez que é necessário, que os elementos que a constituam sejam semelhantes entre si, diferenciem-se claramente dos elementos das demais categorias e possuam evidentemente algo que as caracterize (PEREIRA, 2005).

Modificações no processo de trabalho da ESF

Na figura 7, ilustra-se as falas dos sujeitos que emergiram para o conceito de escuta/acolher, como núcleo estruturante da representação que os profissionais estudados tem acerca da mudança no processo de trabalho na ESF após a implantação da TC.

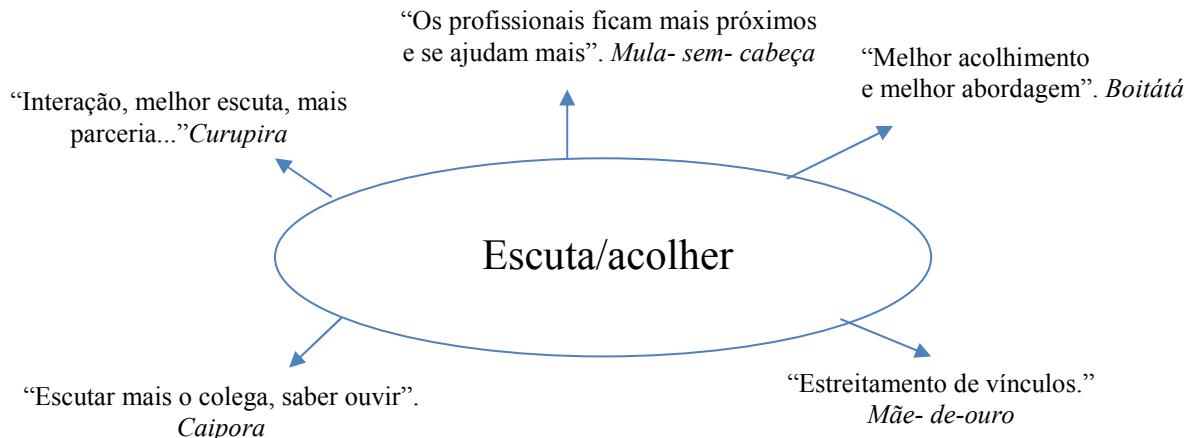


Figura 7- Mapa de significados de mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família após a implantação da Terapia Comunitária para o terapeuta, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Para conceituar o termo acolher recorreu-se ao Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, onde o termo acolhimento está relacionado ao ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. E acolher significa dar acolhida ou agasalho, aceitar, tomar em consideração, atender (FERREIRA, 2001).

Contudo no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, a concepção de acolhimento vai além de uma postura de escuta/acolher às necessidades do usuário, implicando num dispositivo capaz de reorganizar as práticas do serviço a partir das diferentes necessidades dos usuários. O acolhimento pode analiticamente, evidenciar as dinâmicas e critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com os que os modelos de atenção constituem (FRANCO; MERHY, 2003).

Dessa forma, para os mesmos autores, o acolhimento pode interrogar os processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado. Relações clínicas aqui compreendidas como encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e ou recuperação de um certo modo de viver a vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Nesse sentido, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização dos serviços de saúde, partindo dos pressupostos de garantia ao acesso universal, reorganização do processo de trabalho, buscando deslocar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional e qualificação da relação trabalhador-usuário, devendo ser baseada nos parâmetros humanitários, de sociedade e cidadania. Esse dispositivo vem sendo utilizado nos serviços de saúde associado ao discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente satisfatório que vai desde a reorganização dos serviços, até a constituição de ferramentas auto-analíticas e auto-gestacionárias, passando por um processo estrutural na forma de gestão dos serviços (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Vale destacar que, para os mesmos autores, o acolhimento se faz enquanto postura ética e não enquanto espaço ou local, implicado em compartilhamento de saberes, necessidades, angústias e invenções. Como diretriz operacional, requer uma nova atitude no fazer saúde, ressaltando o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção, envolvimento de toda a equipe multiprofissional na escuta e responsabilização pelo usuário, elaboração do projeto terapêutico individual e coletivo com construção de linhas de cuidado, mudanças na forma de gestão, ampliando espaços democráticos (FRANCO; MERHY, 2003).

Contudo, percebe-se nas manifestações discursivas dos sujeitos do estudo o acolhimento relacionado à forma de abordagem, escuta, interação, apoio, e reforço aos vínculos. Este último, dependendo de como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em sua região. Para tal, o processo de trabalho realmente precisa ser organizado sob a lógica de equipe e não de forma parcelar, a qual tradicionalmente está incorporada nos serviços de saúde. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e assim em colunas verticais, o trabalho dos outros profissionais. Essa organização do trabalho fixa os trabalhadores em determinada etapa do projeto terapêutico. Assim, o profissional de saúde se aliena do próprio objeto de trabalho, ficando sem interação com o produto final de sua atividade laboral, mesmo que tenha participado pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado de seu trabalho e nem estabelecimento de vínculo.

Assim, a escuta e o acolher, destacados pelos profissionais como conceitos importantes atrelados à inserção da TC enquanto tecnologia de cuidado na atenção básica, só conseguirão inferir em mudanças no processo de trabalho da equipe quando compreendidos enquanto elementos necessários à prática de todos os profissionais de

saúde e que seja incorporados na micropolítica de cada um que produz cuidado, para que a reorganização das práticas baseadas na responsabilização clínica e sanitária com o usuário, efetivamente aconteça.

Entretanto, coexistem algumas dificuldades na implementação da TC nas ESF, e para os terapeutas comunitários estudados (Figura 8), a adesão da equipe é o principal elemento que resiste a essa efetivação da TC no serviço.

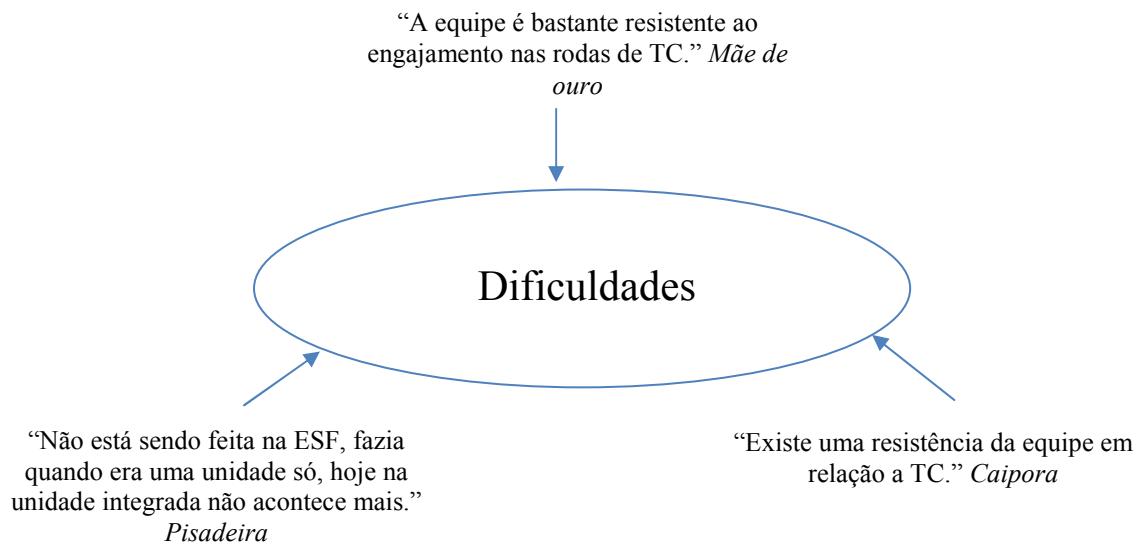


Figura 8- Mapa ilustrativo das dificuldades na implementação da Terapia Comunitária na Estratégia de Saúde da Família, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Para Oliveira (2008), em seu estudo que faz o resgate da TC na atenção básica em João Pessoa, a quebra de paradigmas é um dos pontos que podem favorecer adesão dos profissionais a TC e um desafio que se refere também ao processo histórico de formação dos profissionais de saúde e com os processos de tomada de decisão verticalizados.

Infere-se que os conceitos de estrutura estruturada e estrutura estruturante (Spink, 1993) em estudos de representações sociais também se aplica a este estudo. O primeiro diz respeito ao tempo longo no qual o modelo biomédico está enraizado na medida em exige um resolução dos problemas de saúde de forma pontual e fragmentada. Assim como o tempo vivido. O segundo remete à compreensão da TC como uma estratégia psicodinâmica de escuta e acolhimento, convivendo na mesma realidade psicossocial da produção da

saúde mediante os diversos processos de trabalho que encerram o trabalho vivo, no aqui-agora, que encerra o tempo curto.

Ambos, tempos e estruturas, requerem um protagonismo, embora reconheça-se aspectos da resiliência e empoderamento de seus atores com traços da micropolítica e das subjetividades envolvidas. Nesse sentido, o grupo de terapeutas pesquisados também pode ser entendido como um espaço defensivo e de elaboração simbólica e traduzido pelas significações albergadas ou ancoradas na complexidade das dificuldades, percebidas, sentidas, relatas e experienciadas por todos os envolvidos.

Friza-se que, segundo Spink (1994, 1999), existem diferentes tempos históricos que permeiam na construção dos significados sociais. Esses significados possibilitam a elaboração das representações sociais como formas de conhecimento prático que orientam as ações cotidianas. Assim, o contexto pode ser definido não apenas pelo espaço social onde a ação se desenrola, mas também a partir de uma perspectiva temporal que é demarcada pelo momento da interação, da relação e da atuação propriamente dita. São os tempos curto, vivido e longo.

Com base em Spink (1994, 1999), o tempo longo é aquele em que prevalecem os conteúdos culturais em forma de repertórios, o inconsciente coletivo; o tempo vivido diz respeito ao processo de socialização e ao processo ensino-aprendizagem, referindo-se ao *habitus*. O tempo curto é aquele das interações sociais, do aqui-agora, mediados pelas manifestações discursivas, das quais se destacam a polissemia e a contradição.

Sabe-se que a formação dos profissionais no setor saúde, ainda possui forte influência do modelo biomédico, supervalorizando os aspectos curativos e o reforço a utilização de tecnologias leve-duras e duras, em detrimento das tecnologias leves, embora as diretrizes curriculares tenham apontado para o aspecto social e epidemiológico, seus efeitos ainda não são perceptíveis na realidade dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, torna-se verdadeiramente uma ruptura com os conceitos pré-estabelecidos e hegemonicamente difundidos entre as categorias profissionais compreender que outras formas de cuidar podem ser ofertadas, mesmo sem o enfoque curativo prescritivo ser feito, a exemplo da TC onde a solução dos problemas emerge das experiências que fortalecem a força que cada um tem de superar as adversidades e no apoio estabelecido entre o grupo.

Outra questão importante a ser considerada nesse processo de implementação da TC diz respeito a formação do terapeuta comunitário que, prioristicamente, parece estar

voltada para o próprio terapeuta e suas dificuldades consigo e com os usuários. Emurge como um artefato para reduzir os efeitos ansiogênicos dos processos de trabalho, das defesas e da elaboração de insights. Contudo, cabe a crítica de que enquanto membro da equipe de saúde, este precisa sensibilizar os demais membros da equipe de saúde para, de forma compartilhada compreender essa ferramenta. Faz-se necessário, a partir de um processo comunicativo, reforçar o engajamento para a partir da dispersão das informações, divulgação e propaganda, enquanto dimensões representacionais, adensar o compartilhamento da TC pela comunidade de pertença, para baseando-se em Moscovici (1987), tornar familiar, algo desconhecido para garantir uma modalidade terapêutica comum de sobrevivência na atenção básica.

Modificações na relação entre a equipe

A figura 9 reforça as dificuldades apresentadas pelos terapeutas comunitários estudados no que se refere a adesão da equipe, demonstrando que por esse analisador não houve mudanças significativas na relação entre a equipe após a implantação da TC.

Destarte, tornar sensível não é uma tarefa fácil, e mesmo o Município de João Pessoa/PB, tendo investido na implantação da TC nos serviços, outros desdobramentos são necessários, a exemplo do acompanhamento sistemático de forma descentralizada pela equipe gestora da condução desta no território. Não cabe apenas ao terapeuta assumir o papel de buscar o envolvimento da equipe, pois, é de antemão uma tarefa da equipe gestora. Cabe a mesma, publicizar as ações desenvolvidas, estimular as equipes a desenvolvê-la, contribuindo na superação das dificuldades, fortalecendo as redes sociais de apoio.

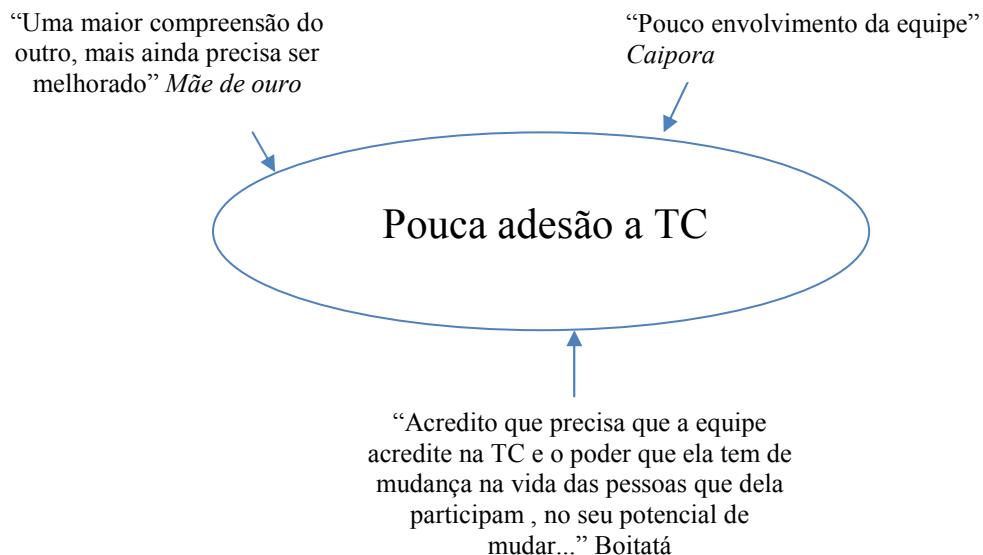


Figura 9- Mapa de significados de mudanças na relação entre a equipe após a implantação da Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Vale considerar que a concepção de equipe está vinculada a de processo de trabalho e está sujeita às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo (Peduzzi, 1998). Neste sentido, a compreensão de equipe advém da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos, que isoladamente não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada e da imposição que o envolvimento e a complexidade do mundo moderno tem imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos.

Para Peduzzi (1998), o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configuram na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, através da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática da arguição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas sobretudo um horizonte ético.

No setor saúde, o aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando o trabalho morto dependente, por estar inscrito no tempo longo e vivido (Spink, 1994). Todavia, seria necessária a interação entre os mesmos, trocando conhecimentos e a articulando um campo de produção do cuidado, possibilitando de cada um usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2008).

Contudo, cabe resgatar a discussão anteriormente feita de que no modo de produção do cuidado existe sempre um processo de disputa de projetos revelando projetos singulares e nem sempre em defesa da vida individual e coletiva. Por isso mexer no processo de trabalho é intervir na micropolítica dos sujeitos, seres dotados de desejos e subjetividades, que na saúde implica diretamente no modo de produzir o cuidado.

Assim os profissionais de saúde realizam intervenções próprias de seus respectivos núcleos de conhecimento contudo, a execução de ações comuns com os demais núcleos profissionais, ações do campo, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintas áreas: acolhimento, grupos educativos, grupos operativos. Dessa forma, a TC enquanto tecnologia de cuidar instituída nos serviços de saúde e apoiada pela gestão municipal de João Pessoa, precisa ser incorporada como oferta terapêutica, da organização do serviço, sendo divulgada por todos os membros da equipe que precisam compreendê-la e apoiá-la enquanto dispositivo de escuta/acolhimento as necessidades de saúde do usuário e construção de vínculos com o mesmo.

Modificações na relação com o usuário

No que se refere às mudanças na relação com o usuário, conforme visualizado no mapa abaixo todos os participantes do estudo referiram mudanças significativas, sendo a palavra vínculo considerada chave para representação dessa transformação na relação trabalhador-usuário.

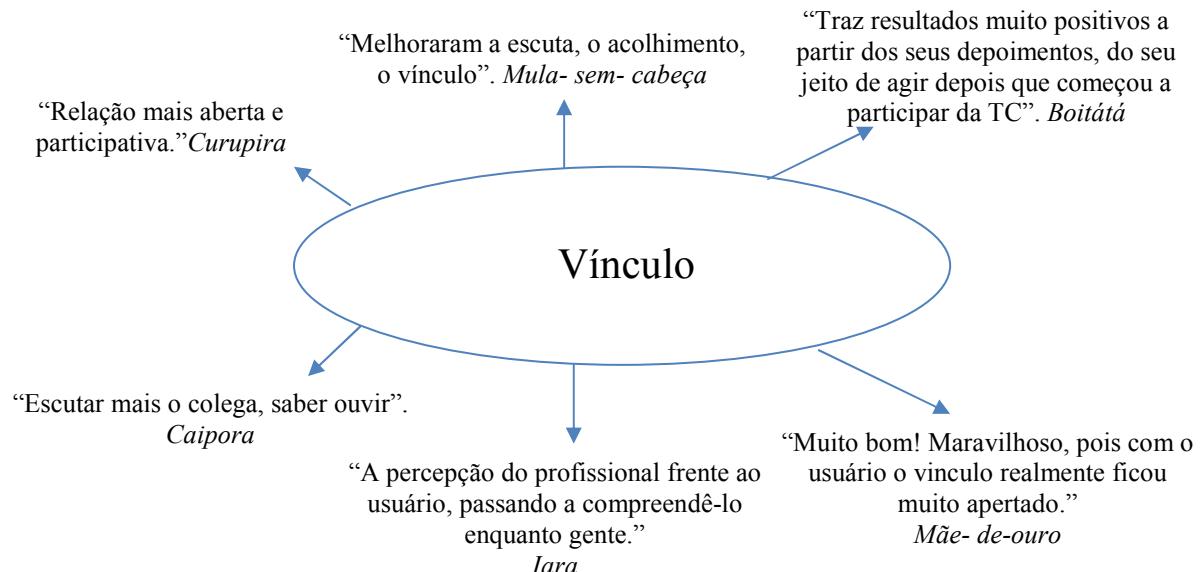


Figura 10- Mapa de significados de mudanças na relação com o usuário após a implantação da Terapia Comunitária, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Ressalta-se, contudo, que os terapeutas não referiram mudanças significativas na relação com os trabalhadores, além da pouca adesão destes a TC. Infere-se que o reforço ao vínculo após a implantação da TC se dá na relação com o terapeuta, ou seja, com o profissional de saúde terapeuta que participa das rodas de TC, com o usuário ao invés da equipe com o usuário. Friza-se o aspecto residual do modelo flexneriano de atuação de cada profissional, ao criar uma reserva e um modo de manutenção do núcleo e campo de atuação.

O vocábulo vínculo, de origem latina, pode ser compreendido como algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A construção de vínculos constitui um recurso terapêutico e depende de movimentos tanto dos usuários quanto dos profissionais (CUNHA, 2005).

A construção de vínculos perpassa pela escuta da necessidade do usuário, respeito a sua cultura, história de vida, crenças, valores e a forma como representa suas necessidades e suportes frente ao cotidiano. O estabelecimento do vínculo torna-se fundamental para

construção de projetos terapêuticos capaz de dialogar com a necessidade/realidade do usuário. Dessa forma, a intervenção clínica - aqui na perspectiva de clínica ampliada- poderá tornar-se cada vez mais resolutiva.

Para Gomes; Pinheiro (2005), torna-se necessário democratizar os serviços de saúde, na perspectiva de construção de cidadania, e a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar a “voz do outro” para ir além da construção de um vínculo/ responsabilização. Corroborando com uma efetiva mudança na relação do poder técnico-usuário, evidenciando, segundo Gramsci, “as possibilidades que tem o ser social de passar do reino da necessidade para o reino da liberdade”.

No processo de construção de vínculos, a relação dialógica e dialética torna-se extremamente necessária e para Freire (1978), ao fundamentar-se no amor, humildade, na fé dos homens, o diálogo se faz numa relação horizontal em que a confiança de um pólo no outro faz-se consequência óbvia, essa vai tornando os sujeitos dialógicos na pronúncia do mundo. Acrescenta ainda que os sujeitos que não possuem humildade não podem se aproximar-se do povo, não assumindo a posição de companheiros da pronúncia do mundo, uma vez que nesse lugar de encontro não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos, existem homens que em comunhão, buscam saber mais.

Dessa forma, visualiza-se questões centrais, referentes a forma como os terapeutas estudados percebem a TC na ESF, conforme esquematizada na figura 11 . De um lado, ocorreram poucas repercussões no processo de trabalho nas equipes de saúde da família, com a implantação da TC. Do outro, aqueles que aconteceram, a exemplo da postura de escuta/acolher, estão relacionadas a atitude do profissional terapeuta comunitário em assumir esta estratégia. Ressalte-se que em ambos os casos, evidencia-se baixa adesão das equipes a TC, considerada como um das dificuldades para implementação desta tecnologia de cuidado. Em contrapartida, na relação com o usuário, a melhor aproximação com este através das rodas de TC, resultou num fortalecimento de vínculos, o qual se faz extremamente necessário na produção do cuidado integral.

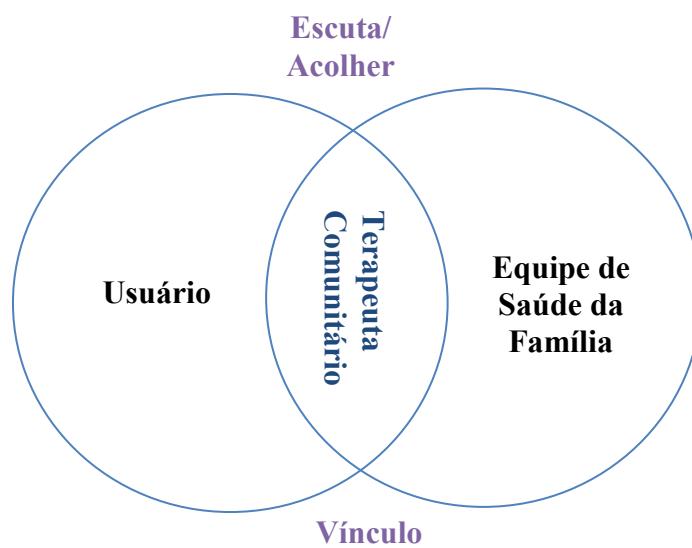


Figura 11- Esquema figurativo representacional das repercussões da Terapia Comunitária no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, Distrito Sanitário II, João Pessoa, 2009.

Assim recomenda-se a implantação da TC, enquanto tecnologia leve de cuidado, capaz de potencializar a construção de vínculos nos serviços, contudo para que se tenha repercussão nos processos de trabalho das equipes, compreende-se como necessário o envolvimento de todos os membros, buscando mudanças na micropolítica de cada um proporcionando transformações nas relações entre os profissionais e entre estes e os usuários.



PARTE V

“ (...) Eu sei e eu sei

*Que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!”
(Gonzaguinha, 1982).*

5. CONSIDERAÇÕES DISCURSIVAS FINAIS

A proposta da realização de um estudo representacional sobre a Terapia Comunitária e ainda discutir sua repercussão no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família tornou-se desafiante, uma vez que se configura como um tema atual, contudo pouco estudado sob essa perspectiva.

Estudar representações sociais, enquanto forma de conhecimento manifestado como elemento cognitivo através de imagens, músicas, discursos, utilizadas aqui nesse estudo, possibilitaram a construção de uma realidade comum sobre a Terapia Comunitária, através das funções simbólicas e ideológicas que servem como fontes de comunicação entre os sujeitos.

Nessa perspectiva, é importante destacar que uma imagem, por exemplo pode corresponder a uma representação, mas uma representação não é uma imagem. Dessa maneira, os fenômenos perceptivos, imagens, opiniões, crenças ou atitudes que formam o tecido atômico das representações sociais somente adquirem estruturação lógica no entrelaçamento de vínculos, entre os elementos, o que possibilita a atribuição de significados aos processos psicossociais. Assim, a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significados).

À Terapia Comunitária, significados foram atribuídos pelos terapeutas estudados, advindos das falas, músicas e desenhos construídos, e que apresentados através de esquema ilustrativo, demonstraram a relação entre eles: vida, escuta, fé/luz, mudança, transformação. Essas representações evidenciaram que os profissionais reconhecem o propósito da TC, enquanto espaço de escuta, possibilitando troca de experiências, baseado na história de vida dos diferentes sujeitos, proporcionando auto-conhecimento na busca da superação dos problemas cotidianos através da força e capacidade de transformação inerente a cada ser, que tem crenças, valores que precisam ser respeitados nesse processo de construção de vínculos.

A teia, símbolo da TC, apareceu nas imagens construídas pelos representantes do estudo e representa a formação de vínculos que permite a construção de redes de apoio social, que fortalecem a convivência na comunidade. Portanto, por meio da construção de redes de apoio social, verifica-se que há maior mobilização entre as pessoas, especialmente quando é necessário resolver situações- problema, vivenciadas pela comunidade, buscando a utilização dos recursos disponíveis, quer seja internamente ou externamente e que a troca de experiências gera um processo de crescimento e empoderamento, tanto individual quanto coletivamente.

O papel de agente transformador dos profissionais de saúde está em assegurar a participação e controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe, estabelecendo relações de troca e confiança.

Na Estratégia de Saúde da Família, esse potencial transformador implica na reorganização dos processos de trabalho, fazendo-os operar de forma tecnologia leves dependentes, mesmo considerando outras tecnologias na produção do cuidado. Assim, ressignificar o modo de agir dos profissionais se faz indispensável a esse processo. Estes devendo reconhecer o direito a saúde como questão de cidadania.

No estudo, foi revelado pelos profissionais os significados que possuem sobre as mudanças no processo de trabalho a partir da implantação da Terapia Comunitária, sendo evidenciados os seguintes pontos:

- A mudança identificada deu-se no âmbito de uma postura mais acolhedora por parte dos profissionais;
- A relação entre os membros das equipes não teve mudanças significativas, explicadas pela pouca adesão dos membros das equipes a TC;
- Na relação frente ao usuário, o vínculo foi fortalecido, sendo esse fortalecimento associado ao papel do terapeuta comunitário.

Vale ressaltar que a TC como tecnologia de cuidar possibilita a construção de vínculos por meio do trabalho em grupo, de baixo custo e com ações de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento emocional para as comunidades, além de possibilitar e ofertar estratégia de reabilitação e de inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela pode ajudar a construir. Todavia, para que seja implementada nos serviços de saúde, faz-se necessário o apoio e a adesão de toda equipe, reconhecendo-a como instrumento de cuidado, que atende aos princípios do SUS, com ênfase na equidade e integralidade.

No município de João Pessoa, desde a implantação da TC, buscou-se a capilarização desta tecnologia no território, contudo para garantir a sua implementação torna-se necessário ser instituído mecanismos de apoio e avaliação de forma descentralizada nos territórios. A equipe gestora precisa compreender a necessidade de envolvimento dos outros profissionais, apoiando o terapeuta na sensibilização dos demais trabalhadores de saúde, divulgando as ações realizadas e possibilitando espaço de troca entre os terapeutas comunitários.

Cabe também destacar que o desempenho do terapeuta vai depender da capacidade de maior auto-conhecimento, do que do conhecimento científico, tecnológico e técnico que sempre permeiam os serviços de saúde, conferindo uma estrutura estruturada onde os processos de cuidados são parcelares e assimétricos.

Ressalta-se que a formação do trabalhador de saúde, que historicamente deu ênfase a utilização de tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias leves, dificulta a introdução de no fazer cotidiano, maior ênfase as tecnologias relacionais, trabalho vivo. O diálogo com o outro, reconhecendo seus valores, suas crenças, construindo projetos terapêuticos a partir das diferentes necessidades do usuário, torna-se um desafio para o profissional de saúde. E romper com essa lógica, fazendo-o compreender a importância de algumas ofertas terapêuticas de cuidado, como a TC, é algo processual que requer mudança de paradigma.

Contudo, as transformações das práticas passam pela emergência e valorização de novos saberes, por uma postura mais dialógica da equipe entre si e com os usuários e uma maior responsabilidade política e ideológica entre os gestores. Essas transformações são potenciais construtores de vínculos, aproximando quem oferece e presta serviço de quem recebe e personalizando a relação, que deve ser compromissada, solidária e aparecer como fruto de uma construção social e de esforços envolvendo, equipe, comunidade e instituições.

Nesse contexto, um dos maiores desafios dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico das necessidades e de se integrar a voz do outro, traduzindo-se numa efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social com vida plena, digna e como expressão de seu direito, colocando o usuário como sujeito de sua própria história.

Assim, o investimento em dispositivos que possibilitem a reorganização dessas práticas, capazes de mexer nos microespaços de atuação do trabalhador- micropolítica- e

nas relações entre os profissionais das equipes, torna-se fundamental, a exemplo do acolhimento.

Reconhece-se, dessa forma, o caráter transformador da TC na construção de vínculos com os usuários, necessitando, todavia que seja visualizada pela equipe como oferta terapêutica do serviço e não do profissional terapeuta, e não como um saber de segunda ordem frente a estrutura estruturada do modelo biomédico.

Entretanto, infere-se que a TC por ser originária das necessidades decorrentes dos sofrimentos, herda o estereótipo e os arquétipos construídos pela memória coletiva onde imagens e significações desenham a loucura e o ser louco. Portanto, a TC por ser um fenômeno novo nos serviços de saúde e na comunidade de pertencimento se insere como uma representação polêmica, que pode contribuir com a reorganização da rede de cuidados em saúde mental, em consonância com o novo modelo de atenção a saúde mental defendido pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que a TC se configura como uma nova oferta de cuidado que proporciona construção de vínculos entre profissional e usuário, construção de redes sociais solidárias na comunidade, através do espaço de partilha de sofrimentos e alegrias entre os diferentes sujeitos.

Assim, os achados desse estudo implicam na necessidade da realização de outras pesquisas com intuito de se buscar conhecer as representações sociais da TC pelos usuários e dos profissionais de saúde da ESF que não atuam como terapeutas, divulgando os dados e contribuindo para melhor compreensão desta tecnologia leve de cuidado à saúde.

O estudo também possibilita a divulgação da TC como tecnologia de cuidar, contribuindo para essa discussão no campo da saúde e na Enfermagem, que deve incorporar na sua prática o uso das tecnologias relacionais como cerne do cuidado, possibilitando a construção de vínculos na relação enfermeiro-usuário.



REFERÊNCIAS

ABRATECOM - Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em: <www.abratecom.org.br>. Acesso em 19 de outubro de 2008.

ALEXANDRE, M. O saber popular e sua influência na construção das Representações Sociais. Disponível em: <www.facha.ed.br/publicações/comum/comum15/pdf/osaber>. Acesso em: 9 de março de 2008.

ALMEIDA, C. Reforma de sistema de serviços de saúde e equidade na América Latina e Caribe: algumas reflexões sobre os anos 80 e 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.905-925, abr./ maio, 2004.

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARRUDA, A. Teoria das Representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.117, p.127-147, nov./dez., 2002.

ARRUDA, A. Viver é muito perigoso: a pesquisa em representações sociais no meio do rodamoinho. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (orgs.) **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora UFPB, 2003.

ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, C. J.C.; LOURENÇO, H. F. Mitos de Enfermagem: mulher, trabalho e gênero. In: **I Congresso Internacional sobre mulher, gênero e as relações de trabalho**. Anais. Goiânia, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.689-698, 2005.

AZEVEDO, D. M.; SANTOS, J. J. S.; JUSTINO, M. A. R.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 10, p. 137-144, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>>. Acesso em: 21 de setembro de 2008.

BANCHS, M. A. Representaciones sociales em proceso: su análisis a través de grupos focales. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

BAPTISTA, M. M. **Estereotipia e representação social** – uma abordagem psico-sociológica. 1996. 215f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, 1996.

BARRETO, A. P. As dores da alma dos excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. **Terapia Comunitária**: saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, ABRATECOM, 2007.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BAUER, M. W. Analise de ruído e música como dados sociais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAUER, M. W. ; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. In: BAUER. M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERGER, P. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1985.

BOFF, L. **Ética e eco-espiritualidade**. Campinas: Verus Editora, 2003.

BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BRANDÃO, C. R. **Lutar com a palavra**: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRANDEN, N. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si mesmo. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. **PORTARIA 224/1992**. Dispõe sobre a oferta dos serviços de saúde mental. Brasil, Ministério da Saúde.1992.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde, Brasil. 2001.

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A.; LANCETTI, A. (org). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

CAMARGO, A. C. **Tempo de falar e tempo de escutar: a produção de sentido em um grupo terapêutico**. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade São Marcos, São Paulo, 2005.

CAMAROTTI, M. H.; et al. **Terapia comunitária**: relato de experiência de implantação em Brasília – Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.mismecdf.org/terapia.htm>>. Acesso em: 5 de outubro de 2008

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2001.

CARVALHO, J. C. P. **Imaginário e mitodologia**: hermenêutica dos símbolos e estórias de vida. Londrina: Ed. da UEL, 1998.

CASTRO, A T. B. de. Espaço público e cidadania: uma introdução pensamento de Hannah Arendt. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n.57, p.81-92, 1999.

CATANI, A. M. **O que é o capitalismo**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

CAVALHERI, S. C. **O acolhimento e orientação à família**. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana>>. Acesso em: 4 de novembro de 2008.

CECILIO, L. C. **O As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A; SOUZA, M. F. Enfermagem academia e saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.2, n. 4, p. 52-59, jan.,2002.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; VILA, T. C.; ALMEIDA, M. C. P. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 113-111, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> Acesso em: 2 de março de 2008.

COLLIÈRE. M-F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Portugal: Damaia,1989.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais inteligência coletiva. **Interface-Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 235-248, maio/ago.2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3: p.452-453, 2001.

DURAND, G. **Estruturas Antropológicas do imaginário**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GURARECHI, P.; JOVCHELOVTIH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.

FAVORETO, C. A. O; CAMARGO, J. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.13-36, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio do século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA , M. J. B. MISHIMA, S. M.; CACCIA- BAVA, M. C. G; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

FOUCAULT, M. Aula de 7 de janeiro de 1976. In: FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FORCIONE, A. G. **O círculo**. Disponível em: <<http://www.salves.com.br>>. Acesso em: 2 de abril de 2009.

FRANCO, T. B.; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr. 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa saúde de família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B. F. MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/>> Acesso em: 11 de outubro de 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais**. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/>>. Acesso em: 14 de outubro de 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.12, p. 345-353,1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FUKUI, L. **Terapia comunitária e o conceito de comunidade**: uma contribuição da sociologia. Disponível em: <<http://www.usp.br/nemge/artigo-lia.pdf>>. Acesso em: 02 de abril de 2008.

GILL, R. Análise discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMES, A. M. A. As representações sociais e o estudo do fenômeno do campo religioso. **Revista de Ciências da Religião** – história e sociedade, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.35-60. 2004.

GOMES, R. A L. **A comunicação com direito humano**: um conceito em construção. 2007. 208f. Dissertação (Mestrado em Comunicação)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.9, n.7, p.287-301, mar./ago.,2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRANDESSO, M. A. Terapia Comunitária: uma prática pós-moderna crítica – considerações teórico-epistemológicas. In: **Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**, n. 3, 2005, Fortaleza. Anais. Fortaleza: Abratecom, 2005.

GUATARRI, F. **Caosmose**. São Paulo: Editora 34, 1998.

GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano dos seus participantes**. 2006. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano dos seus participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 404 -

414, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm>. Acesso em: 24 de julho de 2009.

HAM, C. **Lessons and conclusions**. Buckingham: Open Univ. Press, 1997.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa saúde da família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.24, p.809-819, abr., 2008.

HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social**. São Paulo: Cultrix, 1995.

HOLANDA, V. R. **As contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes**. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

JODELET, D. **Les Représentações sociales**: un domaine en expansion. Paris: PUF, 1989.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, Q. S. P.; CAMARGO, B. V. **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2007.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S; GUARECSCHI, P. et. al. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

JUNQUEIRA, M. F. P.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n. 19, p. 227-239, 2003.

KOLLER, S. H.; HUTZ, C. Meninos e meninas em situação de rua: dinâmica, diversidade e definição. **Coletâneas da ANPEPP**, v. 1, n.12, p. 11-34, 1996.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LARAI, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 21.ed. Jorge Zahar, 2007.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEMOS, P. M. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em Saúde Mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 233-242, jan./fev.2009.

LIMA, A. S. O uso das representações sociais na construção de mapas cognitivos. In: LIMA, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, H. L. (orgs). **Representações sociais** – abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2003.

LOPES, C. R. **Lendas urbanas na internet**: entre a ordem do discurso e o acontecimento enunciativo. 2007. 228f. Tese (Doutorado em Letras)- Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2007.

LOSSIO, R. **Lendas**: um processo de folkcomunicação. Disponível em: <<http://www.fundag.gov.br/geral/folclore/lendastexto>>. Acesso em: 20 de setembro de 2009.

LUTHAR, S. S. Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. **Journal of Child Psychology and Psychiatric**, v.34, p.441-453, 1993.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. **American Psychologist**, v.2, n.56, p.227-238, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MATURANA, H. ; VARELA, F.. **De máquinas e seres vivos**: autopóiese - a organização do vivo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitecc, 1994.

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

MERHY, E. E. **O ato de cuidar é um ato paradoxal**: pode aprisionar ou libertar. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 11 de outubro de 2008.

MERHY, E. E **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESTRE, M.; PINOTTI, R. C. As representações sociais e o inconsciente coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas. **Revista de Psicologia**, Curitiba, v.1, n.4, p.45-57, 2009.

MENDES. E. V. et al. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Huccitec, 1995.

MIRANDA, F. A. N. de. **Doente mental: sexualidade negada?** 1996. 286f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1996.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F.; SIMPSON, C. A.; AZEVEDO, D. M. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.526-536, 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm>>. Acesso em: 21 de agosto de 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Vozes, 1994.

MONTENEGRO, R. V. D. **A teia de aranha.** Disponível em:<<http://www.scb.org.br/fc/fc66-02.pdf>>. Acesso em: 24 de setembro de 2009.

MORIN, E. **O enigma do homem: para uma nova antropologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MOSCOVICI, S. **La Psichanalyse, son image et son public.** Paris, PUF, 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOYSÉS, S. J. ; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca. **Os dizeres da boca em Curitiba** – boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis, CEBES. Rio de Janeiro, p.133-161, 2002.

NEVES, C. E. B. O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a Teoria dos Sistemas Sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 15, p.182-207, jan./jun., 2006.

OLIVEIRA, D. G. S. **A história da terapia comunitária na atenção básica em João Pessoa-PB: uma ferramenta de cuidado.** 2008. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado em Clínica Médica)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PENN, G. Análise semiótica de imagens paradas. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem.** 2001. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados as Representações Sociais. In: MOREIRA, Q. S. P.; CAMARGO, B. V. **Perspectivas teórica-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p.251-263, abr./jun. 2000.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

REIKDAL, A. R.; MAFTUM, M. A. O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde. **Nursing**, v.98, n.8, p.925-930, 2006.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, M; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.655-66, set/dez, 2007.

ROCHA, E. F. L. **A Terapia comunitária e as mudanças de práticas no SUS**. 2009.126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-101, dez., 2000.

ROLNICK, S; GUATARRI, F. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

ROSA, W. A G., LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.6, n.13, p.1095-1101, nov./dez., 2005.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente, para um novo senso comum**. São Paulo: Cortez, 2000.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TE CORÁ, 1999.

SERBENA, C. D. Imaginário, ideologia e representação social. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Sociais**, Florianópolis, v.52, n.5, p.2, 2003.

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. **Gramsci: a vitalidade em pensamento**. São Paulo: UNESP, 1998.

SKINNER, B. F. **Questões recentes na análise do comportamento.** São Paulo: Cultrix, 1991.

SILVA, A. S.; ALVES, M. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; SILVA, S. L. F. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde – UFPB – João Pessoa: tendências e perspectivas. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (orgs.) **Representações sociais:** abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora UFPB, 2003.

SOUZA, A. J. F; MATIAS, G. N., GOMES, K. F. A; PARENTE, A.C.M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.4, p.391-395, jul./ago., 2007.

SOUZA, S. P. S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde:** um olhar focalizado no Programa Saúde da Família. 2001. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SPINK, M. J. P. O conceito de Representação Social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, jul./set.,1993.

SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano –** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma abordagem de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (orgs). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, J. (org.) **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

VALA, J. **Representações Sociais -** para uma psicologia social do pensamento social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Huccitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physys:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

YUNES, M. A. M. **A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda.** 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Educação)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2001.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES J. (org.) **Resiliência e Educação.** São Paulo: Cortez, 2001

YUNES, M. A M. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, p.75-84, 2003.

ZIMMERMAN, M.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for schools and policy. **Social Policy Report**, v.1, n.8, p.1-18, 1994.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família:
um estudo representacional**



APÊNDICES

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família:
um estudo representacional**

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROJETO DE PESQUISA “Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na
Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional”**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Obrigado(a) pela sua participação como voluntário(a) em nossa pesquisa.

Esta pesquisa intitulada **Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional** está sendo desenvolvida por Maura Vanessa Silva Sobreira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Arnaldo Nunes Miranda. O objetivo Apreender/Estudar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a Terapia Comunitária, enquanto tecnologia leve na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa. A finalidade deste trabalho é contribuir para ampliar a discussão sobre a TC enquanto arsenal tecnológico de cuidado ao usuário com sofrimento psíquico e mental.

Solicito sua permissão para que a entrevista seja realizada, como também sua autorização para apresentação em eventos e publicação em revista científica dos resultados deste estudo. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informo que essa pesquisa não oferecerá riscos para sua saúde. Estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) fornecer as informações e ou colaborar com as atividades solicitadas. Caso decida não participar do estudo ou resolver qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nenhum haverá modificação na assistência que vem recebendo da instituição. De acordo com o que rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa com seres humanos, será garantido: 1) acesso às informações e esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa; 2) a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem que isto ocasiona prejuízo de qualquer natureza; 3) a segurança de não ser identificada e o caráter confidencial da informação.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e ainda autorizo a divulgação das informações prestadas integralmente ou em partes em qualquer meio científico de comunicação, sem restrições de prazos e citações. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura da Colaboradora

Assinatura da Testemunha

Caso necessite de maiores esclarecimentos entrar em contato com o Pesquisador Responsável:

Departamento de Enfermagem- CCS- UFRN-Contato do Pesquisador responsável: (83) 32143194

Atenciosamente

Maura Vanessa Silva Sobreira

Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROJETO DE PESQUISA “Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de
Trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional”**

**Roteiro I
I Reunião do Grupo Focal
(Duração em torno de 1 hora e meia)**

- Acolhimento-

Boas Vindas, Dinâmica para animação do grupo, apresentação da proposta ao grupo

- Problematização-

Lançamento do mote específico-

Quem do grupo teve mudanças na vida a partir da participação nas rodas da TC? Quais?

- Ritual de agregação

Conotação positiva, Apreciação pelo grupo.

Apêndice C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROJETO DE PESQUISA “Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de
Trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo representacional”**

**Roteiro II
II Reunião do Grupo Focal**
(Duração em torno de 1 hora e meia)

- Acolhimento-
Boas Vindas, Dinâmica para animação do grupo, apresentação da proposta ao grupo
- Problematização-
Lançamento do mote específico-
Quem já vivenciou mudanças no processo de trabalhos na ESF com relação a implantação da TC? Quais?
- Ritual de agregação
Conotação positiva, Apreciação pelo grupo.

**Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família:
um estudo representacional**



ANEXOS

**Anexo I- Parecer de aprovação do Projeto de Pesquisa no
Comitê de Ética**

Anexo II- Letras de músicas

Luz Divina

Composição/Melodia: Roberto Carlos

Luz que me ilumina o caminho e que me ajuda a seguir
Sol que brilha à noite e a qualquer hora
Me fazendo sorrir
Claridade, fonte de amor que me acalma e seduz

Essa luz,
Só pode ser Jesus
Essa luz

Raio duradouro que orienta O navegante perdido
Força dos humildes, dos aflitos Paz dos arrependidos
Brilho das estrelas do universo O seu olhar me conduz

Essa luz
É claro que é Jesus
Essa luz

Sigo em paz no caminho da vida porque O caminho a verdade a vida é você
Por isso eu te sigo, Jesus meu amigo
Quero caminhar do seu lado E segurar sua mão

Oração de São Francisco

Composição/Melodia: desconhecido

Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor;
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;
Onde houver discórdia, que eu leve a união;
Onde houver dúvida, que eu leve a fé;
Onde houver erro, que eu leve a verdade;
Onde houver desespero, que eu leve a esperança;

Mão que me abençoa e me perdoa E afaga o meu coração
Estrela que nos guia luz divina O seu amor nos conduz

Essa luz
É claro que é Jesus
Essa luz

ESTRIBILHO

É claro que é Jesus
Essa luz
É claro que é Jesus
Essa luz
Só pode ser Jesus
(Só pode ser Jesus)
Essa luz (Essa luz)
Só pode ser Jesus
(Só pode ser Jesus)
Essa luz (Quero ver Jesus)
É claro que é Jesus
Essa luz divina
Essa luz...
É claro que é Jesus
Essa luz (Luz divina)
É claro que é Jesus (É claro que é Jesus)
Essa luz.

Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;
Onde houver trevas, que eu leve a luz.
Ó Mestre, Fazei que eu procure mais Consolar, que ser consolado;
compreender, que ser compreendido;
amar, que ser amado.
Pois, é dando que se recebe,
é perdoando que se é perdoado,
e é morrendo que se vive para a vida eterna.

Deus Está Aqui

Composição/Melodia: Carlos Papae

Deus está aqui neste momento
Sua presença é real em meu viver;
Entregue sua vida e seus problemas;
Fale com Deus ele vai ajudar você.

Uô, ô... Deus te trouxe aqui
Para aliviar
Os seus sofrimentos;

Uô, ô... É ele o autor da fé
Do princípio ao fim

Como Uma Onda

Composição/Melodia: Lulu Santos /
Nelson Motta

Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará

A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo

Não adianta fugir
Nem mentir
Pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre
Como uma onda no mar
Como uma onda no mar
Como uma onda no mar

Em todos seus tormentos.

Uô, ô... E ainda se vier...
Noite Traiçoeira,
Se a cruz pesada for
Cristo estará contigo;
E o mundo pode até fazer você chorar,
Mas Deus te quer sorrindo.

Seja qual for o seu problema,
Fale com Deus ele vai ajudar você;
Após a dor vem a alegria,
Pois Deus é amor e não te deixará sofrer.

Nada do que foi será
De novo do jeito
Que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará

A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito

Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo

Não adianta fugir
Nem mentir pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre

Como uma onda no mar
Como uma onda no mar.

O que é, o que é ?

Composição/Melodia: Gonzaguinha
(1982)

Eu fico com a pureza da resposta das crianças:
É a vida! É bonita e é bonita!
Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Ah, meu Deus!

Eu sei e eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!
simbora povo

Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Ah, meu Deus!

Eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!

E a vida?

E a vida o que é, diga lá , meu irmão?
Ela é a batida de um coração?
Ela é uma doce ilusão? ê ô
Mas e a vida? Ela é maravilha ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é, meu irmão?

Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo,
É uma gota, é um tempo que nem dá um segundo,
Há quem fale que é um divino mistério

profundo,
É o sopro do criador numa atitude repleta de amor.

Você diz que é luta e prazer,
Ele diz que a vida é viver,
Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é, e o verbo é sofrer.

Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé,
Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser,
Sempre desejada por mais que esteja errada,
Ninguém quer a morte, só saúde e sorte,
E a pergunta roda, e a cabeça agita.

Fico com a pureza da resposta das crianças:
É a vida! É bonita e é bonita!

Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Ah, meu Deus!

Eu sei e eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!

Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Ah, meu Deus!

Eu sei

Que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!

Deixa a Vida me Levar

Composição/Melodia: Serginho Meriti/
Zeca Pagodinho

Eu já passei
Por quase tudo nessa vida
Em matéria de guarida
Espero ainda a minha vez
Confesso que sou
De origem pobre
Mas meu coração é nobre
Foi assim que Deus me fez...

E deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Sou feliz e agradeço
Por tudo que Deus me deu...

Só posso levantar
As mãos pro céu
Agradecer e ser fiel
Ao destino que Deus me deu
Se não tenho tudo que preciso
Com o que tenho, vivo
De mansinho lá vou eu...

Se a coisa não sai
Do jeito que eu quero
Também não me desespero
O negócio é deixar rolar
E aos trancos e barrancos
Lá vou eu!
E sou feliz e agradeço
Por tudo que Deus me deu...

Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Sou feliz e agradeço

Por tudo que Deus me deu...

Eu já passei
Por quase tudo nessa vida
Em matéria de guarida
Espero ainda a minha vez
Confesso que sou
De origem pobre
Mas meu coração é nobre
Foi assim que Deus me fez...

Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Sou feliz e agradeço
Por tudo que Deus me deu...

Só posso levantar
As mãos pro céu
Agradecer e ser fiel
Ao destino que Deus me deu
Se não tenho tudo que preciso
Com o que tenho, vivo
De mansinho lá vou eu...

Se a coisa não sai
Do jeito que eu quero
Também não me desespero
O negócio é deixar rolar
E aos trancos e barrancos
Lá vou eu!
E sou feliz e agradeço
Por tudo que Deus me deu...

Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Deixa a vida me levar
(Vida leva eu!)
Sou feliz e agradeço
Por tudo que Deus me deu...(5x)

Rindo à Toa

Composição/Melodia: Falamansa

Tô numa boa
Tô aqui de novo
Daqui não saio
Daqui não me movo
Tenho certeza
Esse é o meu lugar
Ah Ah!...

Tô numa boa
Tô ficando esperto
Já não pergunto
Se isso tudo é certo
Uso esse tempo prá recomeçar
Ah Ah!...

Doeu, doeuf, agora não dói
Não dói, não dói
Chorei, chorei

Agora não choro mais...

Toda mágoa que passei
É motivo prá comemorar
Pois se não sofresse assim
Não tinha razões prá cantar...

Há Há Há Há Há!
Mas eu tô rindo à toa
Não que a vida
Esteja assim tão boa
Mas um sorriso ajuda a melhorar
Ah Ah!...

E cantando assim
Parece que o tempo voa
Quanto mais triste
Mais bonito soa
Eu agradeço por poder cantar
Lalaiá Laiá Laiá Iê!...