



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO



**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA  
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

SAMILLA GONÇALVES DE MOURA

JOÃO PESSOA-PB

2015

SAMILLA GONÇALVES DE MOURA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA  
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Projeto de Pesquisa vinculado:** Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos e Projeto Tecnologias Assistivas para Idosos em Unidades de Saúde da Família

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Oliveira Ferreira Filha

JOÃO PESSOA-PB

2015

M929r    Moura, Samilla Gonçalves de.

Representações sociais sobre terapia comunitária  
integrativa construídas por idosos e profissionais de saúde /  
Samilla Gonçalves de Moura.- João Pessoa, 2015.  
82f. : il.

Orientadora: Maria de Oliveira Ferreira Filha

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Saúde mental. 2. Enfermagem. 3. Terapia comunitária  
integrativa - profissionais de saúde - idosos. 4. Representações  
Sociais - teoria - aporte estrutural.

UFPB/BC

CDU: 613.86(043)

SAMILLA GONÇALVES DE MOURA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA  
CONSTRUÍDAS POR IDOSOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 12 de fevereiro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

*Maria de Oliveira Ferreira Filha*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha - Orientadora

(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

*Clélia Albino Simpson*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Clélia Albino Simpson – Membro Externo Titular

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN)

*ma Adelaide S. P. Moreira*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – Membro Interno Titular

(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura – Membro Externo Suplente

(Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)

*Maria Djair Dias*

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Djair Dias – Membro Interno Suplente

(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

“Ao Deus pai eterno e todo poderoso,  
por criar a possibilidade de realização do  
meu sonho.

À minha família, pai, mãe, irmãs, tios,  
primos, afilhada, cunhados, especialmente  
aos meus avós: Ana, Manoel, Cecílio e  
Madalena (in memoriam).”

## AGRADECIMENTOS

...É com imensa alegria que expresso em algumas linhas, o indescritível e incomensurável sentimento de gratidão:

A Deus, meu senhor, e digno de toda honra e glória. Meu refúgio, minha fortaleza.

À minha família, que sonhou junto a mim e esteve presente nessa caminhada, mesmo distante, no Piauí terra querida. Amor incondicional, especialmente pais: Alexandre e Fátima, irmãs: Camilla, Sâmia e Suse e tia Socorrinha.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Filha, tão especial, pessoa a quem tenho um grande respeito e carinho, não somente pela sua competência, mas pela pessoa humilde e humana que és.

À minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Adelaide, a quem estive junto nesse processo de aprendizagem, e que tanto me ajudou a conseguir realizar esse sonho.

À instituição de ensino Universidade Federal da Paraíba, berço do saber.

Ao professor Rolando, que sempre em mim acreditou. Por isso, a ti dedico um carinho especial.

À professora Dr.<sup>a</sup>. Antônia, pelo acolhimento e paciência.

Ao professor Dr. Tura e à professora Dr.<sup>a</sup>. Clélia Simpson, pela solicitude e aprendizado.

Ao meu namorado Giovanne, pelo companheirismo e apoio, especialmente nas questões técnicas. Junto a ele, sua família tão especial.

Ao meu grupo de pesquisa – GEPSMEC- Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental Comunitária – Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Djair e minhas companheiras nessa caminhada: Mariana, Camilla Sena, Allyne, Priscila, Vagna, Jeferson, Júnior, Marina, Luana, Camila Abrantes, Lawrencita, Aralinda, Lucineide, Sidney, Lorena, Elisângela, Brena, Francy, que bom dividir com vocês minhas alegrias e angústias durante boa parte da minha formação. Grupo especial esse nosso!

Ao Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPRS) com o qual tive a honra de partilhar bons momentos de aprendizado, especialmente Luípa que muito me apoiou. Grata pela acolhida.

Aos professores do PPGENF e coordenadoras Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Jordana e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Neusa, minha gratidão pelo incentivo e aprendizado, vocês são os melhores!

Aos meus colegas de turma de mestrado. Tenham certeza que a caminhada junto a vós foi regada de alegria e apoio. Gratidão pela honra em ser a líder dessa equipe maravilhosa!

Aos funcionários do PPGENF, seu Ivan, Nathaly, dona Carmem, grata pela atenção e carinho.

Aquela que foi minha professora, a ti Nilza que tanto me motivou a perseguir esse sonho.

Aos colegas de profissão, enfermeiros e demais profissionais de saúde, com quem trabalhei no cenário da atenção básica. Lembranças de um tempo de muito aprendizado!

Aos meus discentes e colegas docentes da UNIPE, pelo aprendizado.

Aos meus amigos, pelo apoio. Enfim, a todos que contribuíram para a realização desse sonho.

## ***O sonho***

*Sonhe com aquilo que você quer ser,  
Porque você possui apenas uma vida  
e nela só se tem uma chance  
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.  
Dificuldades para fazê-la forte.  
Tristeza para fazê-la humana.  
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.  
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades  
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.  
Para aqueles que se machucam  
Para aqueles que buscam e tentam sempre.  
E para aqueles que reconhecem  
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.*

**Clarisse Lispector**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Figura 1:** Consensos das RS sobre TCI entre idosos e profissionais de saúde..... **48**

**Figura 2:** Dissensos das RS sobre TCI entre idosos e profissionais de saúde..... **56**



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Quadro 1.</b> Caracterização do sistema central e sistema periférico de uma representação social.....   | <b>31</b> |
| <b>Quadro 2.</b> Distribuição dos elementos segundo a frequência de evocação e a ordem média de evocação realizadas pelos idosos. João Pessoa, PB. 2015.....                 | <b>43</b> |
| <b>Quadro 3.</b> Distribuição dos elementos segundo a frequência de evocação e a ordem média de evocação realizadas pelos profissionais de saúde. João Pessoa, PB. 2015..... | <b>47</b> |
| <b>Tabela 1.</b> Distribuição dos idosos segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB. 2015.....   | <b>40</b> |
| <b>Tabela 2.</b> Resultados obtidos do Teste de Evocação dos idosos.....   | <b>43</b> |
| <b>Tabela 3.</b> Distribuição dos profissionais de saúde segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB. 2015.....   | <b>45</b> |
| <b>Tabela 4.</b> Resultados obtidos do Teste de Evocação dos profissionais de saúde.....   | <b>46</b> |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ABS** – Atenção Básica em Saúde

**CCS** – Centro de Ciências da Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**GI** – Grupo de idoso

**GP** – Grupo de profissionais de saúde

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCI** – Terapia Comunitária Integrativa

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TNC** – Teoria do Núcleo Central

**TRS** - Teoria das Representações Sociais

**UFPB** – Universidade Federal da Paraíba

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

**MOURA, Samilla Gonçalves de. Representações Sociais sobre Terapia Comunitária Integrativa construídas por idosos e profissionais de saúde.** 2015. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

O estudo baseado em dados secundários é ancorado no aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais. Objetivou conhecer e comparar as representações sociais dos idosos e profissionais de saúde sobre a Terapia Comunitária Integrativa. Envolveu 263 idosos e 247 profissionais da rede de serviços do SUS de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) mediante o termo indutor terapia comunitária e tratados através do software EVOC. Entende-se que tanto os idosos como os profissionais de saúde dão à TCI o significado de uma *reunião* de pessoas, que desenvolvem *atividades* em *grupo* que garantem através da *comunicação* o desabafo dos seus *problemas* e obtenção de *ajuda* para sua resolução e restabelecimento da *alegria* na vida. Reportando-se ao sistema periférico, percebe-se que os idosos reforçam o sentido da TCI como espaço de *troca* de *experiência* e *desabafo* daquilo que lhe traz preocupação, promovendo a *saúde*. Para eles, na TCI, os *profissionais* desenvolvem as rodas utilizando recursos da *arte* para construir momentos de *distração* e, proporcionar uma profunda *viagem* à introspecção, despertando o *Autoconhecimento* e o *amor* a si e ao outro. Para os profissionais, o *problema* gerador de *tristeza* e *sofrimento*, consiste em um desafio a ser enfrentado, exigindo para isso, *ânimo* e *conhecimento* das capacidades intrínsecas e coletivas para *solução* destes. Para isso, atribuem à TCI o significado de *importante* ferramenta de *cuidado* facilitada por terapeutas comunitários, que através de *atividade* em grupo cria um espaço terapêutico e de *tratamento*, promovendo *melhoria* do estado físico ou mental. Assim, resultou-se na representação coesa e bem estruturada entre os elementos periféricos e centrais das RS dos idosos e dos profissionais de saúde, refletindo um sentido de aceitação da TCI como prática de saúde mental comunitária. Apesar do maior nível de escolaridade e status sócio-ocupacional, a representação dos profissionais de saúde não diferiu muito daquela expressada pelos idosos, que apresentaram um background socioeducacional inferior. A semelhança notável, mas não identidade absoluta, entre os núcleos centrais mostra que os elementos comuns evocados pelos dois grupos, não devem portanto, ter sua origem no ensino formal, nem em práticas ocupacionais especializadas. Trata-se, provavelmente, de elementos representacionais de entranhamento mais profundo e de confirmação mais constante na vida cotidiana dos sujeitos. Quanto ao que distingue, o núcleo central das RS dos profissionais apenas compactou os elementos retidos na representação dos idosos; por sua vez, o sistema periférico ampliou. Nesse sentido, surge uma “teoria popular” do que seja a TCI, entendida desde a idealização de uma saber acadêmico à ramificação de um saber artístico. Por fim, conhecer as RS da TCI consistiu em uma conduta de fortalecimento dessa ferramenta de cuidado.

**Descritores:** Terapia; Representações; Idoso; Profissionais de Saúde; Enfermagem; Saúde. Mental.

## ABSTRACT

**MOURA, Samilla Gonçalves de. Social Representations about Integrative Community Therapy built by seniors and health professionals.** 2015. 82 sheets. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2015.

The present study is of exploratory type based on structural contribution of the Theory of Social Representations. It aimed to knowing the structure of social representations of the elderly and health professionals about the Integrative Community Therapy and to compare. It involved 263 elderly and 247 professionals of service network of SUS in João Pessoa-Paraíba. Data were collected through the Word Free Association Test (TALP) by the term inducer community therapy and treated through the EVOC software. It is understood that the elderly and the professionals give to TCI the meaning of a gathering of people who develop group activities to ensuring through communication the outburst of their problems and getting help for their resolution and restoration of joy in life. Reporting to the peripheral system, we can see that the elderly reinforce the sense of TCI as an experience exchange space and outburst of what brings you concern, promoting health. For them, in TCI, the professionals, in the case, the therapists, develop wheels using art resources to build distraction moments and provide a deep introspective journey to awakening the Self and the love of self and other. Professionals represent the problem as sadness generator and suffering, and a challenge to be faced, requiring for it, mind and knowledge of intrinsic and collective capacities to solving these. To do so, attach the TCI the meaning of important care tool facilitated by professionals, in this case the community therapists; who, through group activity, creates a therapeutic and treatment space, promoting improvement of the physical or mental condition by awakening to love of self and other. Thus, resulted that the cohesive and well-structured representation of the peripheral and central elements of the RS of the elderly and the professionals, reflected the presence of elements that assert the acceptance of ICT as a practice of community mental health. Despite the higher level of education and socio-occupational status, representation the professionals did not differ much from that expressed by the elderly, who had a lower social and educational background. The striking resemblance, but not absolute identity between the central cores shows that the common elements evoked by the two groups, should not therefore have its origin in formal education or in specialized occupational practices. It is probably of representational elements of deeper entrainment and more constant confirmation in the daily life of the subjects. As for what distinguishes the core of RS the professional only compressed the matter retained in the representation of the elderly; in turn, the peripheral system expanded. In this sense, there is a "popular theory" of what the TCI, understood from the idealization of an academic scholarship to the branch of knowledge artistic. Finally, knowing the RS of TCI is a strengthening of conduct of this care tool.

Descriptors: Therapy; Representations; Elderly; Health Professionals; Nursing; Mental Health.

## RESUMEN

**MOURA, Samilla Gonçalves de. Representaciones Sociales acerca de la Terapia Comunitaria Integrativa construidas por idosos y por los profesionales de la salud. 2015. 82 hojas. Tesis de Maestría (Maestría en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2015.**

Este estudio es de tipo exploratorio y en base a la contribución estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales. Tuvo como objetivo conocer la estructura de las representaciones sociales de los de la tercera edad y de profesionales de salud acerca de la Terapia Comunitaria Integrativa y comparar. Se trataba de 263 ancianos y 247 profesionales de la red de servicios del SUS de João Pessoa-Paraíba. Los datos fueron recolectados a través de la prueba de la asociación de la palabra libre (TALP) por el termo inductor la terapia comunitaria plazo y tratados a través del software EVOC. Se entiende que los ancianos y profesionales dan a la TCI el significado de una reunión de personas que desarrollan actividades en grupo para asegurar la comunicación a través de la explosión de sus problemas y obtener ayuda para su resolución y la restauración de la alegría en la vida. La declaración al sistema periférico, podemos ver que los ancianos refuerzan el sentido de la experiencia TCI como espacio de intercambio y estallido de lo que trae preocupación, la promoción de la salud. Para ellos, en la TCI, los profesionales, en el caso los terapeutas desarrollan ruedas utilizando los recursos del arte de construir momentos de distracción y proporcionar un profundo viaje introspectivo a despertar el autoconocimiento y el amor de sí mismos y del otro. Los profesionales representan el problema como generador de tristeza y sufrimiento, y un desafío a enfrentar, requiriendo para ello, la mente y el conocimiento de las capacidades intrínsecas y colectivas para resolver estos. Para ello, conecte el TCI el significado de la herramienta del cuidado importante facilitado por los terapeutas de la comunidad, que a través de la actividad del grupo crea un espacio terapéutico y tratamiento, promoviendo la mejora de la condición física o mental, despertando al amor de sí mismo y del otro. Por lo tanto, se tradujo en la representación coherente y bien estructurada entre los elementos periféricos y centrales de las RS de los profesionales y de los ancianos, lo que refleja un sentido de aceptación de la TCI cómo práctica de la salud mental de la comunidad. A pesar del mayor nivel de educación y la situación socio-laboral, la representación de los profesionales de la salud no difería mucho de la expresada por los ancianos, que tenía un fondo social y educativo más bajo. El asombroso parecido, pero la identidad no absoluta entre los núcleos centrales muestra que los elementos comunes evocadas por los dos grupos, no deben, por tanto, tienen su origen en la educación formal o en las prácticas laborales especializados. Es probable que de los elementos figurativos de arrastre profundo y confirmación más constante en la vida cotidiana de los sujetos. En cuanto a lo que distingue el núcleo de RS profesionales sólo comprimido los elementos retenidos en la representación de las personas mayores; a su vez, el sistema periférico expandido. En este sentido, existe una "teoría popular" de lo que la TCI, entendida desde la idealización de una beca académica para la rama de conocimiento artístico. Por último, conocer las RS de la TCI es un fortalecimiento de la conducta que herramienta de precaución.

Descriptores: Terapia; Representaciones; Ancianos; Profesionales de la Salud; Enfermería; La Salud Mental.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>   | <b>23</b> |
| 2.1 Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta de cuidado.....                                 | 24        |
| 2.1.1 Bases conceituais e objetivos.....  | 24        |
| 2.1.2 Bases teóricas.....   | 25        |
| 2.1.3 O método da Terapia Comunitária Integrativa.....  | 27        |
| 2.2 Representações Sociais: um saber que se insere na interface da ciência e do<br>senso comum..... | 28        |
| <b>3 ENFOQUE METODOLÓGICO.....</b>  | <b>33</b> |
| 3.1 Tipo de estudo.....   | 34        |
| 3.2 Local do estudo.....  | 34        |
| 3.3 População e amostra.....  | 35        |
| 3.4 Aspectos éticos.....  | 36        |
| 3.5 Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados.....  | 36        |
| 3.6 Análise dos dados.....  | 37        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>39</b> |
| 4.1 Perfil dos idosos.....  | 40        |
| 4.2 Representações Sociais sobre TCI construídas por<br>idosos.....                                 | 42<br>44  |
| 4.3 Perfil dos profissionais de<br>saúde.....   | 46<br>48  |
| 4.4 Representações Sociais sobre TCI construídas por profissionais de<br>saúde.....                 |           |
| 4.5 Comparativo das RS sobre TCI entre idosos e profissionais de<br>saúde.....                      |           |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>61</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>65</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>75</b> |
| Anexo A. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....   | 76        |
| Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....  | 77        |
| Anexo C. Instrumento de Coleta de dados Pró-idoso.....  | 78        |

## APRESENTAÇÃO

O estudo voltado à Terapia Comunitária Integrativa (TCI) iniciou-se em 2008, quando fui bolsista do Programa de Iniciação Científica e, naquele momento, foram identificados aspectos fundamentais e enriquecedores acerca do desenvolvimento da TCI nas diversas instituições e contextos populacionais. Mais tarde, em 2012, enquanto enfermeira da Atenção Básica do município de João Pessoa; e preocupada com a saúde mental comunitária realizei o curso de formação em terapeuta comunitário. A partir disso, passei a realizar rodas de TCI no grupo de idosos, na Unidade de Saúde da Família (USF) onde trabalhava. Ali, surgiram inquietações acerca das representações sociais que os idosos e os profissionais de saúde tinham sobre aquela intervenção terapêutica - a TCI.

Com a oportunidade de ingresso no mestrado, construí um projeto de pesquisa com a referida temática, mesmo vislumbrando a natureza complexa do tema, o qual não se constituía num exercício de fácil tratamento. Porém, havia o desejo de contribuir para a aproximação da ciência e da vida; pensar sobre seus objetivos, procurar conhecer a sua dimensão.

Este estudo, que conjuga a TCI e as representações sociais, consistiu em um recorte de uma investigação mais ampliada. Sendo assim, inserido no Projeto: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos e no Projeto: Tecnologias Assistivas para Idosos em Unidades de Saúde da Família do convênio UFPB/FNS do Ministério da Saúde, financiado pelo FNS/Ministério da Saúde - MS.

Entende-se que, como numa colcha de retalhos, cada idoso, cada profissional de saúde é um pedacinho no grande conjunto e, todos pensam, sentem e agem diferentemente. Aí está a riqueza da diversidade, das identidades, dos valores. Todos podem ser diferentes e construir algo com o mesmo objetivo. Desse modo, poderão se sentir parte da grande teia da vida.

Precisa-se de pesquisadores que comunguem esse pensamento de que é necessário “Entender para respeitar” as concepções para quem trabalhamos e compartilhamos parte da nossa vida. Assim, esse estudo não é uma perfeição epistemológica, mas uma condição de possibilidade. O que nele aparecerá serão, no espaço do saber, os reflexos de uma “colcha” de inquietações que aqueceu momentos de dedicação.

Nessa perspectiva, o estudo estrutura-se em 6 seções. Inicialmente, na *Introdução* explana-se como se deu a construção do objeto de estudo, relevância e justificativa da pesquisa. No *Referencial Teórico*, trouxemos uma apresentação da Terapia Comunitária

Integrativa, Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central, com o cuidado de apresentarmos os principais conceitos acerca das temáticas. Assim feito, pois o entendimento das representações sociais do imaginário e do cotidiano constituem-se no primeiro passo para interpretação da realidade foco do estudo. Em seguida, através da *Metodologia*, delimitaram-se as características do estudo. Nessa seção, fazendo referência às considerações de Serge Moscovici acerca das pesquisas orientadas pela teoria das representações sociais. Após isso, trouxemos os *Resultados* do estudo onde investigamos a existência e as características de representações sociais sobre TCI construídas por idosos e profissionais de saúde. Para compreender o fenômeno da TCI, através de uma minuciosa *Discussão* utilizou-se o aporte da Teoria das Representações Sociais para a comparação entre os elementos centrais e periféricos das RS de ambos os grupos. Por fim, as *Considerações Finais* acerca das contribuições do estudo, fatores limitantes e potencializadores.



## *INTRODUÇÃO*

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Construção do objeto de estudo**

A descentralização da atenção à saúde no Brasil, ocorrida nos últimos anos desde a constituição de 1988, promoveu modificações no setor de atenção à saúde mental. Nesse contexto de mudanças surgiu também uma nova modalidade terapêutica a Terapia Comunitária Integrativa - TCI. Consiste na criação de um espaço de partilha de experiências de vida e de sofrimento onde os participantes em círculo, sentados lado a lado, falam sobre suas dores, seus sofrimentos e buscam acolhimento para expressão dos seus sentimentos. Um método de intervenção simples para grupo de pessoas em vulnerabilidade social (BARRETO, 2010; FERREIRA FILHA, 2013).

No cenário da Atenção Básica em Saúde (ABS), a TCI foi oficialmente incorporada em 2008, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Posteriormente, em 2013, a TCI foi recomendada pela Política Nacional de Saúde Mental - como uma intervenção psicossocial avançada que visa a ampliação do cuidado para grupos em situação de vulnerabilidade social.

Pela localização estratégica da atenção básica, porta de entrada preferencial do SUS, é comum que os profissionais se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de uma política bem estruturada, ainda observa-se a fragilidade desse nível de atenção no sentido de oferecer propostas de intervenções grupais para grupos populacionais em situação de sofrimento emocional.

Isso se deve a alguns fatores, dentre eles: boa parte da formação dos profissionais tem orientado o seu foco de trabalho na doença, o que gera a expectativa de cura (BRASIL, 2013). Entretanto, no âmbito da saúde mental, muitas vezes não se consegue corresponder a esta expectativa, o que acaba gerando nos profissionais o entendimento desse campo do saber como inacessível.

Ao contrário do que eventualmente pode ser considerada, a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele demandado. Trata-se, sobretudo, da incorporação ou aprimoramento de competências de cuidado em saúde mental na prática diária dos profissionais, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013).

Em se tratando da temática da TCI com profissionais, podemos citar o estudo de Damasceno *et al* (2011) com depoimentos de profissionais da atenção básica sobre a TCI que resultou no reconhecimento dessa intervenção como experiência que aperfeiçoou a socialização, promoveu a atenuação de sofrimentos e potencializou o bem-estar.

No estudo de Sobreira (2011), revelaram-se os significados que possuem sobre as mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde, sujeitos do estudo, 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.

Corroborando com isso, os resultados do estudo de Rocha *et al* (2013) que identificou elementos associados a mudanças pessoais e às práticas profissionais dos terapeutas através da TCI, dentre elas, a formação e o fortalecimento de vínculos. Somado à pesquisa de Carício (2013), que apreendeu diversas mudanças no cotidiano dos profissionais através da TCI, dentre elas: melhor compreensão de si e do outro, aditivo de autoestima e fortalecimento de vínculos.

Em relação aos idosos, estudos como os de Rocha *et al* (2009); Andrade *et al* (2010); Moura *et al* (2012), por exemplo, analisaram as repercussões da TCI e comprovaram a sua eficácia como estratégia de cuidado para os idosos usuários da ABS. Moura *et al* (2012) traz que estes frequentam com maior assiduidade a TCI, resultado comprovado, mais tarde no estudo de Silva *et al* (2013) que apontou os idosos como os mais participantes das rodas, seguido das pessoas acometidas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas, que, por sua vez, participam de rodas nos CAPS. Ainda o estudo de Andrade *et al* (2010) revelou que a Terapia Comunitária representa uma estratégia de enfrentamento de desafios vivenciados no cotidiano dos idosos que frequentam os encontros, possibilitando uma significativa melhoria da autoestima e construção da teia de solidariedade na comunidade.

Rocha *et al* (2009), ao trabalharem com idosos, apresentaram a TCI como instrumento de promoção à saúde, tendo em vista que os benefícios proporcionados refletiram diretamente no estado de saúde dos mesmos.

Contudo, optou-se trabalhar com idosos, por ser esse o grupo de pessoas que mais frequentam a TCI, fortalecendo um aspecto a ser considerado em estudos de Representação Social: a amostra significativa. Além disso, conhecer o que os profissionais de saúde pensam

sobre a TCI é relevante para o seu reconhecimento através das políticas públicas de saúde e despertar os gestores para garantir a manutenção dessa tecnologia leve na atenção básica em saúde, inclusive o cuidado dispensado ao idoso e ao profissional de saúde, como rege as políticas de saúde.

Dentre tais, podemos citar o Pacto em Defesa da Vida, o qual estabelece prioridades, sendo três delas relacionadas à saúde da população com 60 anos ou mais: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (AB). Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção ao Idoso vem reafirmar a atenção primária como meio de inserção do idoso nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e contar com a referência da rede de serviços especializados de saúde, envolvendo a média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, dispõe de estratégias de implementação que deverão nortear as ações planejadas pelos profissionais da AB com o intuito de melhor assistir os idosos, em particular. E, a Política Nacional de AB informa, sobretudo, que as ações deverão ser desenvolvidas através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas. Nesse sentido, a TCI ganha status de “intervenção apropriada” por ser uma prática grupal para promover a vida e prevenir o adoecimento (BRASIL, 2010, 2012).

Dentre as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, destaca-se o desenvolvimento de estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores de saúde. Ainda a Política Nacional De Humanização no SUS aponta para a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas. Para isso, urge a criação de mecanismos de expressão de angústias no desenvolvimento com o trabalho, como grupos terapêuticos, grupos de vivências, grupos focais, etc. Pode-se citar ainda a Política Nacional de Saúde do Trabalhador que assevera a promoção de condições para cuidados físicos e mentais dos profissionais - convênios, serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Entre as responsabilidades gerais do gestor municipal do SUS pode-se destacar a atenção integral à saúde dos municípios. Nesse contexto, os municípios deverão assegurar ações de saúde integrais desenvolvidas sob um caráter interdisciplinar, de modo a promover equidade nas ações de atenção à saúde, contemplando as diversidades individuais assim como de grupos populacionais, através do ajustamento entre a oferta de serviços de saúde e as demandas, partindo do princípio de justiça social e ainda ampliar as possibilidades de inserção de grupos em situações desiguais, considerando as diversidades de cada localidade (BRASIL, 2006; RODRIGUES *et al*, 2007).

Dessa forma, faz-se urgente e indispensável que os gestores do SUS e formuladores de políticas públicas para a pessoa idosa conheçam a TCI, bem como as representações desse público sobre a mesma, pois isso pode fortalecer decisões de inclusão da TCI nos espaços, inclusão social para o idoso e reformulação daquelas já existentes, que buscam oferecer tecnologias de baixo custo para grandes grupos populacionais e com excelentes níveis de resolubilidade. Assim como a elaboração de novas estratégias de cuidado para aqueles que cuidam, os profissionais de saúde.

Partindo do exposto, investiguei as representações sociais dos idosos e dos profissionais de saúde a respeito da Terapia Comunitária Integrativa a fim de responder aos seguintes questionamentos feitos: Quais as representações sociais dos idosos e dos profissionais de saúde sobre a TCI? Há consensos ou dissensos entre as representações sociais dos idosos e dos profissionais de saúde?

Essas questões foram norteadoras do estudo e apontaram para a necessidade da construção de um referencial teórico que contribuísse para a compreensão e interpretação de elementos linguísticos que estabelecessem conexão sobre o significado e sentido que os profissionais de saúde e idosos atribuíram a TCI e, também para o delineamento do objeto de estudo, haja vista a necessidade de coerência e consistência teórica que remeta a compreensão da temática, como fenômeno social, a partir de seus domínios epistemológicos e contextos sociais.

Na esteira dessa concepção, através de levantamento realizado na literatura científica, observou-se que a TCI ocupa papel de destaque nas pesquisas nacionais como evidenciou o estudo de Azevedo et al (2013) com artigos publicados em periódicos nacionais e também como retratou uma gama de estudos publicados em eventos nacionais da TCI, objeto do estudo de Aguiar et al (2013) que possibilitou visualizar o aumento no número de publicações que abordou a TCI em todas as regiões do país.

A aplicação da TRS como aporte teórico tem se expandido pelas várias áreas do conhecimento científico, por se mostrar útil nas análises referentes às políticas sociais e ao planejamento de intervenções de âmbito social, principalmente no campo da saúde. Todavia, mesmo com o grande número de publicações, a maioria baseia-se na investigação da TCI com outros aportes teóricos, gerando uma carência de investigações com aplicabilidades da TRS, conforme comprovamos em um levantamento feito esse ano, na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde/BVS, onde foram encontradas apenas três pesquisas nos últimos dez anos.

Somado a isso, o estudo contribuiu para o campo profissional e social, uma vez que produziu novas evidências relativas à TCI como uma prática de cuidado que vem se consolidando maciçamente na saúde mental comunitária, inclusive sendo incorporada ao saber/fazer de profissionais de saúde e ao contexto de vida de idosos.

Diante da transversalidade das ações de saúde para a pessoa idosa, devido a não valorização do sentido e significado, acredita-se que através do conhecimento das RS torna-se mais fácil trabalhar e lidar com as pessoas, ou seja, entender melhor o que acontece ao seu redor e assim garimpar nessas pessoas o entendimento acerca de determinada situação ou objeto, destacando que as representações sociais são modalidades de conhecimentos particulares que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (TURA & MOREIRA, 2005).

A despeito desse fato, o conhecimento das representações sociais dos profissionais de saúde e idosos sobre a Terapia Comunitária apontou pistas importantes para o entendimento de ações de saúde que são oferecidas e o planejamento de novas práticas de saúde, configurando-se assim, uma temática relevante, do ponto de vista social, por contribuir com a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e dos profissionais de saúde. Do ponto de vista científico e profissional, o estudo trouxe, através de uma breve síntese do conhecimento produzido com relação a alguns aspectos que tangem a saúde mental comunitária, uma atualização dos profissionais de saúde e da comunidade acadêmica e o fomento de novas pesquisas nesta área.

## **1.2 Objetivos**

- ✓ Conhecer as representações sociais sobre a Terapia Comunitária Integrativa construídas por idosos e profissionais de saúde;
- ✓ Comparar as representações sociais sobre a TCI entre os idosos e os profissionais de saúde.

**REFERENCIAL TEÓRICO**

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Terapia Comunitária Integrativa como ferramenta de cuidado**

#### **2.1.1 Bases conceituais e objetivos.**

Terapia é uma palavra de origem grega que significa acolher e a palavra comunidade, composta por comum e unidade, ou seja, o que as pessoas têm em comum. Integrativa, pois a terapia integra saberes oriundos dos mais diferentes contextos socioculturais. A TCI consiste na partilha de experiências de vida e sabedorias, de forma horizontal e circular, em que cada pessoa se torna terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida. É comparada com a teia de aranha, pois acredita que a melhor prevenção é manter o indivíduo ligado a seu universo cultural e relacional (BARRETO, 2010; HOLANDA et al, 2007).

A Terapia Comunitária, criada e implementada pelo professor Adalberto Barreto, surgiu há 29 anos, na favela de Pirambú, em Fortaleza- Ceará. Hoje existem mais de 27.000 terapeutas comunitários, formados pelos 42 pólos de formação em TCI, atuando em 25 estados brasileiros, segundo o Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal - MISMEC-DF. Além do exterior que tem implantado nos últimos 10 anos essa tecnologia social, como por exemplo, França, Suíça, Alemanha, Moçambique, Argentina, Chile e México. Em cada cultura, novas formas de abordagens têm sido usadas para facilitar a linguagem e o desenvolvimento de cada grupo (MISMEC, 2012).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) contempla as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Antroposófica. E, incorporou no ano de 2008 a TCI ao seu projeto, com intuito de capacitar novos terapeutas comunitários para potencializar as ações complementares na atenção básica (BUZELI, 2012).

Durante a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no ano de 2010, foi aprovada uma proposta que visa garantir a continuidade da implantação, ampliação e fortalecimento da Terapia Comunitária como estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental (BRASIL, 2010).

A TCI tem como objetivos reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo; a autoestima individual e coletiva; redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo; suscitar os sentimentos e união das pessoas e comunidade; favorecer o desenvolvimento comunitário; promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais; facilitar a comunicação entre o saber popular e científico; estimular a participação popular (BARRETO, 2010).



Através da valorização das histórias de vida de cada sujeito, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais, tornando o indivíduo independente e autônomo (MORAES, 2014).

A autoestima pode ser entendida como um sentimento de crença em si mesmo, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, que *a priori* parecem insuperáveis, através do uso da criatividade. Desse modo, ela se configura como a chave tanto para a felicidade como para a infelicidade, encorajando ou desencorajando sentimentos (BOFF, 2008).

### **2.1.2. Bases teóricas**

Está fundamentada em cinco pilares, a saber: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Resiliência, Antropologia Cultural e Pedagogia de Paulo Freire. Esses pilares estão imbricados numa inter-relação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TC (HOLANDA, DJAIR, FERREIRA FILHA, 2007).

Discutir sobre Pensamento Sistêmico nos remete a uma reflexão sobre os sistemas humanos que são formados por pessoas em interação imensa, de modo tal que o comportamento de um membro afeta e é afetado pelo comportamento do outro. A abordagem sistêmica é sempre interativa. Como exemplo de um sistema temos a família.

O Pensamento Sistêmico foi desenvolvido pelo biólogo Ludwig Von Bertalanfy, no final da década de 1930, através da Teoria Geral dos Sistemas, buscando compreender a inter-relação existente entre as partes e o todo (BARRETO, 2010).

A Pragmática da Comunicação, outro alicerce teórico da TCI, considera que a consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro. Os princípios de esse pilar, aplicados na Terapia Comunitária, indicam que todo sintoma tem valor de comunicação. Isso significa que as queixas e os problemas apresentados estão comunicando um desequilíbrio familiar ou social (FERREIRA FILHA, 2007).

A história de cada indivíduo, seja ela familiar ou pessoal, quando expostas ao grupo – a terapia comunitária, por exemplo – fortalecem o espírito de cada um, pois há uma estimulação para enfrentar o problema. A TCI fundamenta-se na resiliência por acreditar que a superação de um problema é transformada em sabedoria e conhecimento (BORGES, 2010).

Resiliência é entendida como um processo, um caminho a ser seguido, no qual o indivíduo, levado pelas torrentes da vida, pode vencer, graças ao seu esforço resiliente e ao apoio e estímulo que alimentam a autoconfiança e autoestima. A Resiliência, termo utilizado

para significar a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de superar as dificuldades contextuais. Nesse sentido a TC pode ser considerada como um espaço de promoção da resiliência, tendo em vista que, com a partilha de experiências de vida, os indivíduos reforçam a autoestima (opinião que cada um tem de si) e fortalecem os vínculos (BARRETO, 2010).

A resiliência é “acionada” nos momentos de crise, e nesses momentos a TCI se faz relevante, no sentido de ajudar o indivíduo no enfrentamento da crise e no seu fortalecimento após a mesma, entendendo a crise como uma ocasião única para avaliar certezas e hábitos e transformar o caos em matéria-prima de criação, crescimento e desenvolvimento humano e social (CAMAROTTI, 2005).

Sob o ponto de vista da Antropologia Cultural, entende-se que os significados que os indivíduos atribuem a seu comportamento são relevantes para a vida cotidiana, para seus desafios, suas alegrias, hábitos, valores e crenças, uma vez que, especificamente, os valores e as crenças são os fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo, contribuindo para a diversidade cultural (BARRETO, 2010).

Segundo a Pedagogia de Paulo Freire, o ato de ensinar consiste no exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, em que a informação é compartilhada, e a educação tem mão dupla – quem ensina aprende. Para haver uma aprendizagem efetiva, é preciso que o educador – na TC será o terapeuta comunitário- faça associações entre a teoria e a realidade (familiar, comunitária, escolar, dentre outros), revelando que é preciso haver um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelo educando (FREIRE, 2000).

Para que haja a transformação social, é necessário considerar o conhecimento científico e o saber popular. O “saber científico” e o “saber popular” são formas de saber que admitem uma perspectiva complementar, sem que seja necessário romper com a tradição ou negar as contribuições da ciência moderna. No saber popular, tem-se a influência da cultura.

### **2.1.3 O Método da Terapia Comunitária Integrativa**

A roda de TCI contempla algumas etapas a serem seguidas. Para conduzir as rodas, a equipe de terapeutas e coterapeutas seguem cinco fases, quais sejam: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização e o encerramento.

O coterapeuta coordena o Acolhimento, ele acomoda os participantes, dar-lhes as boas vindas e deixa-os à vontade, de preferência, em grande círculo para que todos possam olhar para a pessoa que está falando. A terapia é iniciada com o clima de companheirismo. Comumente esse momento é dinamizado por todos, através de músicas, onde todos celebram

a vida contando e, caso haja alguém fazendo aniversário na semana ou no mês, esse momento é compartilhado e comemorado. Em seguida, são informadas as regras da terapia: fazer silêncio, falar da própria experiência, não dar conselhos e nem julgar, respeitar a história de cada pessoa (BARRETO, 2010).

Na fase seguinte, Escolha do tema, o terapeuta estimula os participantes a falar sobre aquilo que os está fazendo sofrer. Logo após, é feita uma síntese dos problemas apresentados para que o grupo escolha o tema a ser aprofundado, através de votação entre os membros.

Posteriormente, vem o momento da Contextualização do tema, quando o participante tem a oportunidade de falar acerca da sua preocupação e disponibilizar mais informações. Para facilitar a compreensão é permitido lançar perguntas para maior esclarecimento do problema para que se possa compreendê-lo no seu contexto. Essas perguntas ajudam a pessoa que está falando da sua inquietação a refletir sobre a situação vivida.

Prosseguindo, vem a etapa da Problemática, em que o terapeuta comunitário apresenta o MOTE, pergunta-chave que vai permitir a reflexão do grupo e a pessoa que expôs o problema fica em silêncio. As pessoas que vivenciaram situações que tem a ver com o tema do mote passam a refletir a experiência vivida e como superou tal situação, emergindo as estratégias de enfrentamento usadas pelas pessoas evidenciando o processo resiliente e a pessoa que teve seu problema escolhido elege as estratégias mais adequadas a serem utilizadas na resolução de seu problema.

Em interpretação acerca desse momento, Ricarte (2005, p.36) comenta que, nesse momento: “quem pensava estar isolado em sua angústia percebe que muita gente também passou pela mesma dificuldade”. Isso reafirma que a TC busca a inclusão social e a coexistência com a diferença e a diversidade. A pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Finalizando, quando o terapeuta percebe que a problematização atingiu seu objetivo, realiza o Encerramento, que se desenvolve com todos dando-se as mãos em um grande círculo com rituais próprios como cantos religiosos ou populares, orações, abraços e o relato de cada um da experiência adquirida naquele encontro. É a partir desse momento que se constrói e solidifica as redes sociais, a teia que une cada indivíduo da comunidade. O término da sessão é o começo para a utilização dos recursos que a comunidade dispõe para a resolução dos seus problemas (BARRETO, 2010).

## **2.2 Representações sociais: um saber que se insere na interface da ciência e do senso comum**

O período de 1982 até 1987 marcou o surgimento de pesquisas sobre representações sociais no Brasil (Sá & Arruda, 2000). Uma das grandes áreas de aplicação - a área da saúde - passou a utilizar a teoria das representações sociais, mais especificamente a medicina social, a enfermagem e a saúde coletiva (Tura, 1998; Oliveira, 2000; Arruda 2002). No cotidiano da atenção à saúde e promoção de qualidade de vida, a utilização de conhecimentos especializados passou a considerar o conhecimento não especializado, o conhecimento leigo do paciente, do cliente, como forma de lidar com a complexidade do problema (CAMARGO *et al*, 2007).

O estudo das representações sociais, na perspectiva teórica de Moscovici, teve início nos anos 1960 e mostrou-se capaz de explicar a natureza e transformação do senso comum e de diversos processos comunicacionais e comportamentais ligados a grupos sociais (WACHELKE *et al*, 2008).

Moscovici (2003) define representação social como um:

Sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo, instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio-ambiente social, material e de dominá-lo. Em seguida, de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, de sua história individual e coletiva. Elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

Nesse sentido, o conhecimento é produto e processo de construção do homem e, como tal, se transforma através do tempo. Da mesma forma que existem resistências para a aceitação de novos conhecimentos nos círculos fechados de especialistas, também existem em domínio público mais amplo. Por ser produto histórico, a representação social, varia de uma sociedade para outra, no interior das quais são forjadas ou mantidas, consequentemente, relações biunívocas com a organização social (TURA, MOREIRA, 2005).

Como processo, “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. O processo de representar resulta em teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas socialmente, ligadas a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais, isto é, a grupos sociais, que têm por funções explicar aspectos relevantes da realidade,

definir a identidade grupal, orientar práticas sociais e justificar ações e tomadas de posição depois que são realizadas (DOISE, 1985 *apud* WACHELKE *et al*, 2008; VALSINER, 2003).

As representações sociais apresentam dois aspectos indissociáveis: o figurativo e o significativo. A figura não se refere a um reflexo ou uma reprodução da realidade, é "a expressão de uma produção do sujeito". Sob o ponto de vista do estudo da dinâmica das representações sociais, esse aspecto figurativo situa-se em nível do processo de objetivação, que transforma noções abstratas, tais como loucura, saúde, envelhecimento, em elementos quase tangíveis e visíveis no âmbito da vida quotidiana (MOSCOVICI, 2003; JODELET, 2001).

Conforme Jodelet (2001), a objetivação envolve certas operações simbólicas e estruturantes, pelas quais se dá uma forma a esse conhecimento prático acerca da realidade que é objeto da representação. É a operação que permite a materialização da palavra e a reabsorção do excesso de significados pelos quais uma realidade é representada. Consequentemente, de todas as palavras que representam um assunto, aquelas frações que melhor o descrevem por imagens constituem os núcleos figurativos. Como observa Moscovici (2003):

Um enorme estoque de palavras, que se referem a objetos específicos, está em circulação em toda a sociedade (...) mas nem todas as palavras que constituem esse estoque podem ser ligadas a imagens, seja porque não existem imagens suficientes facilmente acessíveis, seja porque as imagens que são lembradas são tabus. As imagens selecionadas pela sua capacidade de ser representadas são integradas ao que denominamos 'núcleo figurativo', um complexo de imagens que reproduz visivelmente um complexo de ideias (pp.38-39).

Enquanto a objetivação consiste em transformar um sentido em uma figura, ou seja, dar materialidade a algo abstrato, a ancoragem faz o inverso, transforma uma figura em um sentido, no intuito de tornar interpretável o objeto. (MOSCOVICI, 2003). Para o referido autor:

Ancorar significa classificar e dar nome a alguma coisa. Classificar algo significa confiar a um conjunto de comportamentos e regras que estipulam o que é, ou não é permitido, em relação a todos os indivíduos pertencentes a essa classe. A ancoragem consiste fundamentalmente na classificação, nomeação e na integração do não familiar àquilo que faz parte da nossa compreensão do mundo.

A produção de esquemas figurativos, que são oriundos da naturalização do conceito, e a ancoragem estão inscritos na conversa, no uso das palavras, sobretudo, naquilo que elas representam: seus referentes (objetos físicos ou simbólicos). As palavras e a estruturação que

as mesmas têm entre si, nas situações de compreensão do mundo pelo "pensador amador", são um indicador importante das representações, na medida em que exprimem sistemas de asserções morais e de saber prático do senso comum. Os campos lexicais associados a um objeto de comunicação são bons indicadores de representações sociais sobre o mesmo. (VELOZ, 1999).

O estudo das representações sociais pode ser compreendido ainda a partir de três dimensões: 1) a dimensão do campo da representação ou imagem; 2) a dimensão da informação; e, 3) a dimensão da atitude. A dimensão do *campo* remete-nos à estrutura interna dos conteúdos das proposições atinentes a um determinado objeto da representação. A mesma permite constatar que uma representação é sempre uma unidade de elementos ordenada, estruturada e hierarquizada. A *informação*, enquanto segunda dimensão refere-se à quantidade e à qualidade de informações que o grupo possui a respeito de determinado assunto social, ou seja, tudo aquilo que a pessoa conhece acerca do objeto da representação. A *atitude*, por último, reflete as orientações positivas ou negativas em relação ao objeto socialmente representado, seja uma atitude favorável, desfavorável ou neutra (MOSCOVICI, 2003).

A Teoria das Representações Sociais, acima discutida, consiste na “grande teoria”. Todavia, nesse estudo enfatizaram-se as elaborações feitas mais tarde acerca da Teoria do Núcleo Central (TNC), a “teoria complementar”, proposta em 1976 por Jean Cloude Abric, pesquisador da Universidade de Aix-em-Provence, no sul da França.

A esta última foi atribuído o papel de proporcionar descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas, bem como as explicações do seu funcionamento que estejam de acordo com a teoria geral. A Teoria do Núcleo Central formula a organização de uma representação social a partir de uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central e elementos periféricos. Conforme Abric (2003), a organização de uma representação social apresenta uma característica particular:

[...] não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas, além disso, toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado [...].

O núcleo central – ou núcleo estruturante – de uma representação é determinado, de um lado, pela natureza do objeto representado, de outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e, enfim, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. O núcleo central assume duas funções

fundamentais: 1. Uma função geradora: é através dele que os outros elementos ganham um sentido, um valor; 2. Uma função organizadora: é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação, ou seja, ele é o elemento unificador e estabilizador da representação. Neste sentido, tem como propriedades: a estabilidade, a conexidade e o poder de combinar elementos diversos (ABRIC, 2003).

Ainda, segundo o autor acima, em torno do núcleo organizam-se os elementos periféricos. Eles constituem o essencial do conteúdo da representação: seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Eles respondem por três funções primordiais: 1. *Função de concretização*: constitui a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é elaborada; 2. *Função de regulação*: face à estabilidade do núcleo central, os elementos periféricos constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação; 3. *Função de defesa*: protege o núcleo central, ou seja, é no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições.

As representações sociais e seus dois componentes, o núcleo central e os elementos periféricos, funcionam exatamente como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar da outra parte. Suas organizações, assim como seus funcionamentos, são regidos por um duplo sistema, expresso no quadro 1 abaixo:

**Quadro 1** – Caracterização do sistema central e sistema periférico de uma representação social.

| SISTEMA CENTRAL  | SISTEMA PERIFÉRICO   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Ligado à memória coletiva e à história do grupo.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Permite a integração de experiências e histórias individuais</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Consensual</li> </ul> <p>⇒ Define a homogeneidade do grupo</p>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tolera a heterogeneidade do grupo</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Estável</li> <li>Coerente</li> <li>Rígido</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Flexível</li> <li>Tolera as contradições</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Resiste às mudanças</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evolutivo</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Pouco sensível ao contexto imediato</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensível ao contexto imediato</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Funções:</li> </ul> <p>⇒ Gera o significado da representação</p> <p>⇒ Determina sua organização</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Funções:</li> </ul> <p>⇒ Permite a adaptação à realidade concreta</p> <p>⇒ Permite a diferença de conteúdo.</p> |

Fonte: Abric, 2003.

O sistema central (o núcleo central) tem papel imprescindível na estabilidade e coerência da representação. Além do mais, ele é relativamente independente do contexto imediato dentro do qual o sujeito utiliza ou verbaliza suas representações; sua origem está no contexto global – histórico, social, ideológico – que define as normas e os valores dos indivíduos e grupos. O sistema periférico: mais associado às características individuais e ao contexto imediato e contingente. Tal sistema permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas. Permite integração de informação, de práticas diferenciadas e também certa heterogeneidade de comportamentos e de conteúdo (ABRIC, 2003).

Segundo o mesmo autor, é a existência deste duplo sistema que permite compreender uma das características básicas das representações, que pode parecer contraditória: elas são simultaneamente, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Ao mesmo tempo, são consensuais e marcadas por diferenças individuais. O estudo das representações sociais permite compreender os processos que intervêm na adaptação sociocognitiva dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico.

Tomando por base a proposição teórica de que uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto), na construção do objeto de pesquisa esses dois elementos devem ser considerados. Assim, o objeto desse estudo consiste nas representações sociais sobre a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Sobretudo, as RS servem como principal veículo para estabelecer as relações sociais, pois se constituem num trabalho mental do sujeito que tem como resultado a formação de uma imagem do objeto.

A Teoria das Representações Sociais e Teoria do Núcleo Central contribuiu com o estudo, pois permitiu a apreensão do entendimento dos sujeitos justamente acerca dos objetivos da TCI e promoveu uma valorização dos mesmos, uma vez que todos são vistos como dotados de potencial, em um contexto social. Além disso, permitiu inovação nas pesquisas sobre TCI a partir da utilização de tal aporte teórico.



*ENFOQUE METODOLÓGICO*

### **3 ENFOQUE METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo exploratório, em base de dados secundários, seguindo os procedimentos metodológicos relativos à abordagem estrutural das representações sociais, que enfatiza os conteúdos cognitivos das representações, com o objetivo de identificar sua estrutura e organização do seu conteúdo, pois considera-se como elemento indispensável a ser considerado nos estudos de análise de várias questões relativas as ciências sociais, dentre elas, a compreensão das mentalidades e a ação sobre as atitudes e opiniões dos sujeitos do estudo.

Consistiu em um recorte de uma investigação mais ampliada, sendo inserido no Projeto: Condições de Saúde, Qualidade de Vida e Representações Sociais de Idosos e no Projeto: Tecnologias Assistivas para Idosos em Unidades de Saúde da Família do convênio UFPB/FNS do Ministério da Saúde, financiado pelo FNS/Ministério da Saúde - MS.

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, Paraíba - Brasil, o qual tem uma área geográfica de 211,47 km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 723. 514 mil habitantes, conforme dados do censo de 2010. A economia gira em torno de bens de serviço (BRASIL, 2011).

A capital está localizada na porção mais oriental da Paraíba, limitando-se, ao norte, com o Município de Cabedelo, pelo Rio Jaguaribe; ao sul, com o Município do Conde, pelo Rio Gramame; ao leste, com o Oceano Atlântico; e a oeste, com os Municípios de Bayeux, pelo Rio Sanhauá, e Santa Rita, pelo Rio Mumbaba (OLIVEIRA, 2008).

Os idosos foram entrevistados no domicílio onde residiam, nos bairros do Grotão e comunidade Maria de Nazaré, a qual está inserida no bairro dos Funcionários III, locais situados no setor sul da cidade, área resultante do crescimento expansivo, iniciado na década de 1970, através de políticas habitacionais do Estado. Atualmente o bairro do Grotão possui transporte urbano, farmácias, feira livre, mercearias e algumas áreas de saneamento básico, coleta de lixo, igrejas católicas e evangélicas, escolas. Expandiu-se em relação ao desenvolvimento geográfico, econômico, social e político, servindo de referencial para áreas

vizinhas, promovendo nesse enfoque um espaço de desenvolvimento e construção da busca dos direitos de cidadãos e seres ativos na sociedade.

A comunidade Maria de Nazaré tem como limites, ao Norte, Leste e Oeste, o bairro dos Funcionários e ao Sul o bairro do Grotão. Ao contrário do bairro do Grotão, a comunidade não possui projeto de pavimentação, assim as vias de acesso são difíceis e desorganizadas.

Por sua vez, os profissionais de saúde residiam em bairros diversos do município e foram entrevistados nos serviços da rede de saúde onde trabalhavam, que são eles: Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), localizado no centro da capital João Pessoa-PB; os profissionais dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e das Estratégias Saúde da Família (ESF), trabalhadores do Distrito Sanitário II e III.

A cidade é demarcada territorialmente sob a forma de Distritos Sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado em saúde e garantir à população acesso aos serviços básicos, especializados e assistência hospitalar. São 5 distritos: DS I, localizado no bairro Cruz das Armas; DS II, no Geisel; DS III, em Mangabeira; DS IV, no bairro dos Estados e o DS V, em Miramar.

O Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) consiste em um serviço onde são desenvolvidas atividades voltadas para as necessidades dos idosos, as quais englobam o atendimento diário de idosos de todos os bairros de João Pessoa. Dentre estas, destacam-se os grupos de convivência e atendimento especializado, os quais consideram as particularidades da senescência (BRASIL, 2012).

### **3.3 População e amostra**

A pesquisa abrangeu duas populações, os idosos e os profissionais de saúde. Fizeram parte da amostra 247 profissionais da Atenção Básica em Saúde/ABS, residentes em diversos bairros e 263 idosos, residentes nos bairros Grotão e Comunidade Maria de Nazaré, ambos os grupos do município de João Pessoa-PB.

Para os idosos, os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 60 anos, conforme preconiza a OMS; sexo masculino e feminino; residir no setor censitário do município há

mais de 6 meses; possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao instrumento e concordar em participar da pesquisa.

Para os profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram: trabalhar na rede de saúde do município; sexo masculino e feminino; possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao instrumento e concordar em participar da pesquisa.

### **3.4 Aspectos Éticos**

O estudo atendeu a Resolução 466/2012/MS/Conselho Nacional de Saúde/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi inserido em um projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027 (Anexo C). Os idosos e os profissionais de saúde participaram voluntariamente da pesquisa. Preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Anexo A).

### **3.5 Instrumentos e Procedimentos para coleta de dados**

A fim de atender os objetivos propostos no estudo, aplicou-se o Teste de Associação Livre de palavras (TALP) e o questionário com dados sobre o perfil sócio-demográfico. O primeiro de uso frequente nesse tipo de abordagem. Os instrumentos foram aplicados no domicílio dos idosos e nos serviços da rede de saúde do município: ESF e CAISI para os profissionais (CROMACK, *et al*, 2009; TURA, *et al*, 2008; SANTOS, *et al*, 2011).

No momento da pesquisa, os idosos e profissionais de saúde foram esclarecidos acerca da TCI. A aplicação do TALP consistiu em solicitar aos sujeitos que falassem cinco palavras ou expressões que lhes ocorriam imediatamente à mente em relação ao termo indutor “terapia comunitária”, sendo as mesmas imediatamente registradas em impresso próprio. Vale ressaltar que os participantes foram previamente esclarecidos sobre o teste, por exemplo, solicitando-lhes associações para estímulos verbais totalmente desvinculados do objeto representacional em questão (por exemplo, “quando penso em férias, lembro-me de”). Em seguida, foi solicitado aos sujeitos que analisassem a palavra que considerasse mais importante.

Segundo Abric (2003, p.67):

O caráter espontâneo – portanto menos controlado – e a dimensão projetiva dessa produção deveriam, portanto, permitir o acesso, muito mais fácil e rapidamente do que em uma entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto do estudo. A associação livre de palavras permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

Após isso, iniciou-se a fase de tratamento dos dados, onde se coletou as evocações dos instrumentos e construiu-se o dicionário, ou seja, o documento inicial com todas as palavras evocadas passou pelo processo de categorização. Assim, de posse do material, elaborou-se um banco de dados no programa Excel.

Seguiu-se com a verificação das frequências (f) dos elementos evocados em cada posição e a média de frequência (Fm). Nessa investigação, adotou-se como corte de frequência mínima de palavras: 14 para idosos e 10 para profissionais de saúde. O próximo passo consistiu no cálculo da ordem média de evocação (OME) dos diversos elementos e as médias das ordens médias de evocação (OME).

### 3.6 Análise dos dados

Realizou-se uma análise estrutural das representações sociais da TCI, a partir dos resultados apreendidos nos 510 Teste de Associação Livre de Palavras, os quais formaram o *corpus* que foi analisado com o auxílio do *software* EVOC (VERGÉS, 2002), após constituição do banco de dados.

Tal *software* constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, principalmente quando se trata de analisar grande quantidade de material textual proveniente de questionários e documentos escritos. O mesmo permite a realização de cálculos estatísticos, construindo matrizes de co-ocorrências, os quais serviram de base para a construção do diagrama de quatro quadrantes ou quadro de quatro casas, a partir da análise lexicográfica. Assim, os dados dos diagramas foram apresentados em tabelas. Com base nesse processamento chegamos ao provável núcleo central e sistema periférico da representação social de Terapia Comunitária entre idosos e profissionais de saúde.

A análise dos dados levou em consideração as dimensões individual (ordem de evocação) e coletiva (frequência) envolvidas no processo de evocação, possibilitando identificar, assim, os conteúdos da estrutura da representação em estudo.

Logo em seguida, realizou-se a discussão embasada em estudos sobre a temática, afim de destacar os aspectos cognitivos que tangem as RS dos sujeitos, contemplando seus consensos e dissensos.

Partindo do pressuposto de que toda representação social é de alguém (sujeito) sobre algo (objeto), faz-se necessário conhecer o contexto sócio-demográfico desses sujeitos. Para isso, no sentido de caracterizar a amostra estudada, traçou-se o perfil dos sujeitos, ou seja, idosos e profissionais de saúde.

## *RESULTADOS E DISCUSSÃO*

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Perfil dos idosos

No sentido de caracterizar a amostra, traçou-se o perfil dos sujeitos do estudo, pois entendemos que para apreender a representação social é necessário entender o contexto de vida dos mesmos. O grupo estudado foi constituído por 263 idosos, com amplitude de idade entre 60 e 100 anos, média igual a 70,08 e mediana de 84 anos.

Observou-se que a maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino 190, ou seja, 73,07%, sendo o restante 73 homens idosos, ou seja, 26,92% dos sujeitos da coleta.

Um percentual de 52,9% de idosos era casado ou mantinha união consensual; 33,8% era viúvo; 8,3% eram solteiros e 5% eram separados.

Os idosos, em sua maioria 72,1% são católicos, 22,5% evangélicos / protestantes e, por sua vez, o menor quantitativo 0,4% espíritas e 5 % não professaram religião alguma. Dados também resultantes no estudo de Pereira (2008), onde também trabalhou com a estrutura dos RS, sendo a maioria dos participantes idosos eram do sexo feminino, 65%; católicos, 70%; casados, 52%.

Sobre a renda familiar, esta variou de R\$ 400,00 a R\$28.000,00, com um valor médio de R\$ 1.020,00, 12,9% dos idosos possuía uma renda abaixo de um salário mínimo, a maioria recebe entre 1 e 3 salários mínimos (40,4%), e os demais possuem renda de 4 a 9 salários mínimos (27,1%), com uma renda superior a nove salários mínimos (14,6%) e apenas 5% não quiseram informar quanto recebiam.

Em relação à escolaridade, observa-se que 20% eram analfabetos. No que concerne ao tempo de estadia na escola, a maioria dos idosos se concentrou na faixa de 0 a 5 anos (27,5%), e o restante tinham de 6 a 10 anos (24,6%) e com mais de 10 anos de estudo (27,9%).

Todas essas informações podem ser visualizadas na tabela 2 abaixo.

**Tabela 1:** Distribuição dos idosos segundo as variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB. 2015.

| Idosos   |     | %      |
|----------|-----|--------|
| Sexo     |     |        |
| Feminino | 190 | 73,07% |



|                     |            |             |
|---------------------|------------|-------------|
| Masculino           | 73         | 26,92%      |
| <b>TOTAL</b>        | <b>263</b> | <b>100%</b> |
| <b>Estado civil</b> |            |             |
| Casado              | 139        | 52,9%       |
| Viúvo               | 89         | 33,8%       |
| Solteiro            | 22         | 8,3%        |
| Separado            | 13         | 5%          |
| <b>TOTAL</b>        | <b>263</b> | <b>100%</b> |
| <b>Religião</b>     |            |             |
| Católico            | 190        | 72,1%       |
| Evangélico          | 59         | 22,5%       |
| Agnóstico           | 13         | 5%          |
| Espírita            | 01         | 0,4%        |
| <b>TOTAL</b>        | <b>263</b> | <b>100%</b> |
| <b>Renda mensal</b> |            |             |
| > 1 salário mínimo  | 34         | 12,9%       |
| 1-3 salários        | 106        | 40,4%       |
| 4-9 salários        | 71         | 27,1%       |
| >9 salários         | 38         | 14,6%       |
| Não informado       | 14         | 5%          |
| <b>TOTAL</b>        | <b>263</b> | <b>100%</b> |
| <b>Escolaridade</b> |            |             |
| Analfabetos         | 53         | 20%         |
| 0-5 anos            | 72         | 27,5%       |
| 6-10 anos           | 65         | 24,6%       |
| >10 anos            | 73         | 27,9%       |
| <b>TOTAL</b>        | <b>263</b> | <b>100%</b> |

Fonte: Pesquisa em banco de dados secundários.

Diante dos gráficos acima, considera-se nesse estudo que o perfil do grupo de idosos, em sua maioria, era do sexo feminino, casados, católicos - o que aponta para a influência maciça da crença em um ser superior. Possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e baixo nível de escolaridade, até 5 anos de tempo na escola, consequência das precárias condições a que eram expostos que dificultavam a frequência escolar, uma vez que educação não era prioridade, principalmente para as mulheres.

Residiam em uma região periférica com grande concentração de população de baixa renda, com baixa oferta de serviços de saúde e distantes de equipamentos sociais de saúde mental comunitária, convém destacar que na implantação da TCI no município, tais áreas não foram priorizadas, fator limitante para o acesso deles a tal ferramenta de cuidado.

Os dados em relação ao sexo são semelhantes às informações apresentadas em estudos sobre demografia populacional brasileira, onde se observa um maior número de mulheres idosas em relação aos homens.

Isso, leva-nos a inferir que o número superior de mulheres se deve a fatores tais como proteção cardiovascular pelos hormônios femininos, a adoção de condutas menos agressivas no seu dia a dia e a menor exposição a riscos no trabalho, além de terem uma preocupação maior com a saúde (BRAGA; LAUTERT, 2004).

Considerando a baixa renda familiar dos idosos, a maioria recebem de 1 a 3 salários mínimos, pode-se inferir que essa realidade limita o acesso a bens e serviços de consumo, como alimentação e moradia adequadas, e se agrava quando pesquisas apontam que grande parte dos idosos são provedores de suas famílias.

Os resultados do perfil acima descrito evidenciam a necessidade do fortalecimento da rede de saúde mental, especialmente a preventiva. Além disso, refletem o contexto de vida desses idosos e a TCI reconhece as influências que o macrocontexto socioeconômico, político, cultural, étnico, de gênero e espiritual, possui no microcontexto familiar e nas organizações comunitárias.

Pode ser considerada como indispensável a contribuição da participação popular na melhoria das condições de saúde, mais que isso, da iminente necessidade de espaços de escuta da comunidade. Mesmo que esses não sejam os únicos fatores responsáveis à não melhoria da qualidade da saúde mental comunitária, existe algo mais complexo a ser destacado, o espírito de militância da comunidade, através dos movimentos sociais, que apesar de presentes historicamente e da inegável importância na luta pelos direitos à saúde, atualmente carecem de “força humana”. Um fato a ser destacado, é que no bairro onde residiam os idosos dessa pesquisa existia um Conselho Comunitário, porém com tímida participação dos mesmos.

#### **4.2 Representações Sociais sobre TCI construídas por idosos**

Para a apreensão dos dados referentes à estrutura das representações sociais sobre a terapia comunitária, realizado na análise de duas dimensões: individual e coletiva, traduzidas na frequência e na ordem média de evocações, aplicaram-se com os 263 idosos, o Teste de Associação Livre de Palavras com o termo indutor – terapia comunitária. Os dados processados pelo EVOC 2002, a partir da análise lexicográfica, apontaram 1315 evocações, com 400 palavras diferentes. Foram realizados os cálculos de todas as frequências e as médias de cada evocação; a distribuição e a frequência das evocações; somado a isso foi determinado a ordem média das evocações (OME) das categorias em 3 e a frequência média das evocações (FM) das categorias em 39, como está demonstrado na tabela 1 abaixo.

**Tabela 2.** Resultados obtidos do Teste de Evocação dos idosos

|   |             |
|---|-------------|
| Número de sujeitos                          | 263         |
| Número de palavras diferentes evocadas      | 400         |
| Número total de evocações                   | <b>1315</b> |
| Média das ordens médias de evocação (OME)   | 3           |
| Média das frequências de evocação ( $F_m$ ) | 39          |

A análise combinada da ordem média de evocação (OME) dos diversos elementos e as médias das ordens médias de evocação (OME), possibilitou a distribuição dos diversos elementos em um gráfico de dispersão em que o cruzamento das linhas relativas a  $F_m$  e OME permite a construção do diagrama de quatro quadrantes. Esse procedimento facilita a distribuição dos resultados no eixo horizontal, aqueles referentes à ordem média de evocação (valores menores do lado esquerdo) e o vertical, referentes à frequência de evocação (valores maiores para a parte superior), conforme visto no quadro 2 abaixo.

**Quadro 2** – Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizadas pelos idosos, João Pessoa, PB. 2015.

| $F_m$ | Elementos   | $F$ | Ome < 3 | Elementos     | $F$ | Ome >= 3 |
|-------|-------------|-----|---------|---------------|-----|----------|
| >= 39 | GRUPO       | 123 | 2,382   | AMIZADE       | 102 | 3,147    |
|       | AJUDA       | 81  | 2,556   |               |     |          |
|       | COMUNICAÇÃO | 76  | 2,789   |               |     |          |
|       | ALEGRIA     | 52  | 2,904   |               |     |          |
|       | ATIVIDADES  | 51  | 2,922   |               |     |          |
|       | REUNIAO     | 43  | 2,093   |               |     |          |
|       | PROBLEMA    | 40  | 2,800   |               |     |          |
| < 39  | BOM         | 38  | 2,158   | TROCA         | 36  | 3,194    |
|       | DESCONHECE  | 24  | 1,292   | ARTE          | 27  | 3,074    |
|       | TRATAMENTO  | 22  | 2,864   | DESABAFO      | 24  | 3,042    |
|       | DIVERSAO    | 19  | 2,842   | DISTRAÇÃO     | 23  | 3,304    |
|       | CONVIVENCIA | 14  | 2,643   | CONHECIMENTO  | 21  | 3,286    |
|       |             |     |         | VIAGEM        | 21  | 3,667    |
|       |             |     |         | SAUDE         | 19  | 3,263    |
|       |             |     |         | AMOR          | 18  | 3,611    |
|       |             |     |         | EXPERIENCIA   | 18  | 3,278    |
|       |             |     |         | PROFISSIONAIS | 16  | 3,375    |
|       |             |     |         |               |     |          |

Legenda: **Fm**: média de frequência; **f**: frequência; **Ome**: ordem média de evocação.

Os elementos que apresentaram atributos de centralidade foram: *Grupo* (123), *Ajuda* (81), *Comunicação* (76), *Alegria* (52), *Atividades* (51), *Reunião* (43), *Problema* (40), enquanto os que compõem o sistema periférico foram: *Troca* (36), *Arte* (27), *Desabafo* (24), *Distração* (23), *Conhecimento* (21), *Viagem* (21), *Saúde* (19), *Amor* (18), *Experiência* (18), *Profissionais* (16), conforme quadro 2, abaixo. Constatou-se que as dez mais correspondiam a 42,53%, ou seja, quase metade do total do material evocado.

Na busca de outros indícios de centralidade, foi solicitada a indicação de uma palavra, dentre as cinco evocadas, que o sujeito julgasse mais relevante. Observou-se que a frequência dos elementos *Ajuda*, *Alegria*, *Atividades*, *Comunicação*, *Grupo*, *Problema* e *Reunião* foram maiores. Comparando-se as duas frequências, de evocação e de importância, verificou-se que a diferença era maior que 80% para *Grupo* e *Problema*. Assim, esse conjunto de evocações ampliou o núcleo central.

Com isso, entende-se que os idosos dão à TCI o significado de uma *reunião* de pessoas, que desenvolvem *atividades* em *grupo* que garantem através da *comunicação* o desabo dos seus *problemas* e obtenção de *ajuda* para sua resolução e restabelecimento da *alegria* na vida.

Para tais sujeitos, a TCI é um espaço de *troca* de *experiências* e *desabafo* daquilo que lhe traz preocupação, promovendo a *saúde*. Nas rodas, os *profissionais*, no caso os terapeutas, utilizam recursos da *arte* para construir momentos de *distração* e, proporcionar uma profunda *viagem* à introspecção, despertando o *autoconhecimento* e o *amor* a si e ao outro.

#### 4.3 Perfil dos profissionais de saúde

O grupo estudado foi constituído por 247 profissionais, com amplitude de idade entre 22 e 69 anos, média igual a 41,62 e mediana de 54,89 anos.

A maioria é do sexo feminino 217, ou seja, 87,85%, sendo o restante 30 homens, ou seja, 12,15% dos sujeitos da coleta.

Um percentual de 62,34% de profissionais de saúde era casado ou mantinha união consensual; 23,07% solteiros; 12,55% eram separados e 2,04% era viúvo.

Os sujeitos do estudo foram profissionais inseridos na rede SUS, em todos os níveis, tanto da atenção básica como dos serviços de média e alta complexidade. Em relação à formação acadêmica, pertenciam a 14 núcleos específicos, são eles: enfermeiro, odontólogo,

agente de saúde, médico, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, farmacêutico, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, auxiliar de consultório dentário, terapeuta ocupacional.

Assim, considera-se nesse estudo o perfil do grupo de profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiros do sexo feminino e casados.

Todas essas informações podem ser visualizadas na tabela 4 abaixo.

**Tabela 3:** Distribuição dos profissionais de saúde segundo as variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB. 2015.

|                              | Profissionais de saúde | %      |
|------------------------------|------------------------|--------|
| <b>Sexo</b>                  |                        |        |
| Feminino                     | 217                    | 87,85% |
| Masculino                    | 30                     | 12,15% |
| TOTAL                        | 247                    | 100%   |
| <b>Estado civil</b>          |                        |        |
| Casado                       | 154                    | 62,3%  |
| Solteiro                     | 57                     | 23,07% |
| Separado                     | 31                     | 12,55% |
| Viúvo                        | 05                     | 2,08%  |
| TOTAL                        | 247                    | 100%   |
| <b>Profissão</b>             |                        |        |
|                              |                        | %      |
| Enfermeiro                   | 53                     | 21,45% |
| Odontólogo                   | 44                     | 17,81% |
| ACS                          | 36                     | 14,57% |
| Médico                       | 27                     | 10,93% |
| Técnico de Enfermagem        | 18                     | 7,28%  |
| Fisioterapeuta               | 16                     | 6,47%  |
| Assistente Social            | 13                     | 5,26%  |
| Psicólogo                    | 11                     | 4,45%  |
| Farmacêutico                 | 06                     | 2,42%  |
| Educador físico              | 06                     | 2,42%  |
| Fonoaudiólogo                | 05                     | 2,02%  |
| Nutricionista                | 04                     | 1,61%  |
| Aux. de consultório dentário | 06                     | 2,42%  |
| Terapeuta Ocupacional        | 02                     | 0,88%  |
| TOTAL                        | 247                    | 100%   |

Fonte: Pesquisa em banco de dados secundários.

Quanto a profissão, os enfermeiros também foi a categoria mais encontrada no estudo de Santini et al (2011). No tocante ao sexo dos profissionais de saúde, o estudo confirma a tendência de feminização das equipes, pois houve predominância do sexo feminino. Corroborar com esse resultado aqueles apontados nos estudos Cotta et al (2006) e Zanetti et al (2010), onde a partir da análise das características do perfil dos profissionais das equipes de

Saúde da Família, observou-se uma predominância de profissionais do sexo feminino (85,54%, no primeiro citado e 57%, no seguinte e 85,54% mulheres no terceiro).

#### 4.4 Representações Sociais sobre TCI construídas por profissionais de saúde

No TALP aplicado com 247 profissionais de saúde, usando o mesmo termo indutor – terapia comunitária, totalizou 1235 evocações, com 290 palavras diferentes. Foram determinadas a ordem média das evocações (OME) das categorias em 3 e a frequência média das evocações (FM) das categorias em 32, conforme tabela 3 abaixo.

**Tabela 4.** Resultados obtidos do Teste de Evocação dos profissionais de saúde

|   |             |
|---|-------------|
| Número de sujeitos                                  | 247         |
| Número de palavras diferentes evocadas              | 290         |
| Número total de evocações                           | <b>1235</b> |
| Média das ordens médias de evocação (OME)           | 3           |
| Média das frequências de evocação (F <sub>m</sub> ) | 32          |

Da mesma forma, a análise combinada da ordem média de evocação (OME) dos diversos elementos e as médias das ordens médias de evocação (OME) apreendidas dos TALP dos profissionais, possibilitou a construção do diagrama de quatro quadrantes. Os elementos com frequência igual ou maior que 32 e OME menor do que 3 encontram-se no quadrante superior esquerdo. Aqueles com frequência igual ou maior que 32 e OME maior ou igual a 3 encontram-se no quadrante superior direito. Por sua vez, os elementos com frequência menor que 32 e OME menor que 3 foram enquadrados no inferior esquerdo. Enfim, no quadrante inferior direito localizou-se os elementos com frequência menor que 32 e OME maior ou igual a 3.

Os elementos que apresentaram atributos de centralidade foram *Ajuda, Comunicação, Grupo, Partilha, Convivência e Reunião*, enquanto os que compõem o sistema periférico são *Problema Tratamento, Cuidado, Ânimo, Atividade, Conhecimento, Solução, Profissionais, Importante, Melhoria, Tristeza, Amor*, conforme quadro 3 abaixo.

**Quadro 3** – Distribuição dos elementos segundo frequência de evocação e ordem média de evocação realizadas pelos profissionais de saúde, João Pessoa, PB. 2014.

| Fm    | Elementos     | F   | Ome < 3 | Elementos     | F  | Ome >= 3 |
|-------|---------------|-----|---------|---------------|----|----------|
| >= 32 | Ajuda         | 109 | 2,514   | Amizade       | 56 | 3,482    |
|       | Comunicação   | 101 | 2,861   | Discussão     | 39 | 3,590    |
|       | Grupo         | 98  | 2,245   | Escutar       | 33 | 3,061    |
|       | Partilha      | 89  | 2,921   |               |    |          |
|       | Convivência   | 73  | 2,767   |               |    |          |
|       | Reunião       | 52  | 2,346   |               |    |          |
| < 32  | Alegria       | 29  | 3,000   | Problema      | 22 | 3,273    |
|       | Acolhimento   | 28  | 2,714   | Tratamento    | 22 | 3,136    |
|       | Cultura       | 28  | 3,000   | Cuidado       | 21 | 3,286    |
|       | Saúde         | 26  | 2,769   | Ânimo         | 19 | 3,158    |
|       | Distração     | 15  | 2,867   | Atividade     | 16 | 3,125    |
|       | Diversão      | 12  | 2,917   | Conhecimento  | 16 | 3,563    |
|       | Encontros     | 12  | 2,500   | Solução       | 16 | 3,813    |
|       | Tranquilidade | 12  | 2,583   | Profissionais | 15 | 3,667    |
|       | Afinidade     | 11  | 2,909   | Importante    | 13 | 3,077    |
|       | Aprendizagem  | 11  | 3,000   | Melhoria      | 12 | 3,833    |
|       | Sentimento    | 10  | 3,000   | Tristeza      | 12 | 3,667    |
|       |               |     |         | Amor          | 10 | 3,300    |
|       |               |     |         |               |    |          |
|       |               |     |         |               |    |          |

Legenda: **Fm**: média de frequência; **f**: frequência; **Ome**: ordem média de evocação.

Observou-se que a frequência dos seis elementos: *Ajuda* (109), *Comunicação* (101), *Grupo* (98), *Partilha* (89), *Convivência* (73), *Reunião* (43), - correspondiam a 42,26%, ou seja, quase metade do total do material evocado. Comparando-se as duas frequências, de evocação e de importância, verificou-se que a diferença era menor do que 50% para ajuda, comunicação, grupo, partilha e convivência e, principalmente os dois primeiros elementos. Assim, esses elementos agregam mais um indício de que sejam componentes do sistema central.

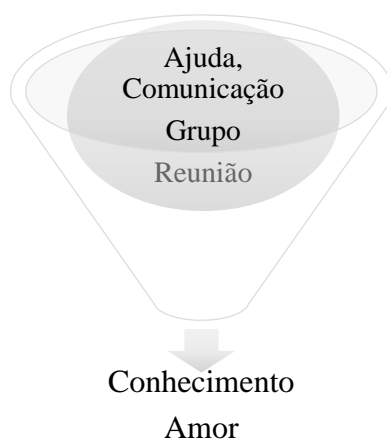
A partir do estudo, evidenciou-se que os profissionais de saúde representam a TCI como uma *reunião* de pessoas que através da *convivência* em *grupo* tem um espaço de fala, ou seja, *comunicação* e *partilha* de suas experiências de vida, dores e sofrimentos, obtendo assim *ajuda* para o enfrentamento dos seus problemas.

Para os profissionais a TCI tem *importante* significado por ser uma ferramenta de *cuidado* facilitada por *profissionais*, no caso, os terapeutas comunitários, que através de *atividade* em grupo cria um espaço terapêutico e de *tratamento*, promovendo *melhoria* do estado físico ou mental, através do despertar para o *amor* a si e ao outro e enfrentamento do *problema* gerador de *tristeza* e sofrimento, exigindo *ânimo* e *conhecimento* das capacidades intrínsecas e coletivas para *solução* destes.

Ao examinar de forma mais atenta a composição do sistema periférico das RS dos profissionais, foi possível formar subconjuntos que apontam aspectos por vezes distintos, mas também complementares, relacionados à terapia comunitária. Os elementos de descrição subjetiva foram os mais frequentes no sistema periférico. Incluem o que os sujeitos levam para a, ou da roda de TCI- *ânimo, conhecimento, solução, importante, melhoria, tristeza e amor*- refletindo as transformações na introspecção dos sujeitos, reforçando, principalmente, dois objetivos da TCI, reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo e suscitar os sentimentos e união das pessoas e comunidade. A palavra problema pode estar relacionada a condições de sofrimento físico ou mental, frequentemente observadas nas rodas de TCI. A evocação solução se refere aquilo que os sujeitos são despertados a desenvolver ou construir em coletividade.

#### 4.5 Comparativo das RS sobre TCI entre idosos e profissionais de saúde

No sentido de contextualizar a discussão e tendo em vista cumprir os objetivos do estudo, analisou-se as evocações manifestas pelos idosos e aquelas verbalizadas pelos profissionais de saúde e destacou-se as convergências e divergências entre elas. Visando explorar mais profundamente a composição prototípica do núcleo central e sistema periférico, optou-se pela verificação de consensos significativos na estrutura das representações sociais dos dois grupos estudados, os quais podem ser visualizados na figura a seguir:



**Figura 1:** Consensos das RS de idosos e profissionais de saúde sobre a TCI.

Observa-se que os dois elementos mais evocados refletiram uma frequência aproximada no grupo dos profissionais e não tão aproximada no grupo dos idosos. Porém ambas, *Grupo e Reunião*, seguidas das evocações *Ajuda e Comunicação* foram elementos



consensuais nos dois grupos. Essas características especificam conteúdos presentes em subconjuntos de significados, em sua maioria compartilhados entre os grupos.

Tal achado reforça o entendimento dos sujeitos justamente acerca dos objetivos da TCI, onde segundo seu criador, são eles: suscitar os sentimentos e união das pessoas e comunidade; favorecer o desenvolvimento comunitário; promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais; facilitar a comunicação entre o saber popular e científico; estimular a participação popular (BARRETO, 2010).

A categoria *Grupo* compreendeu 123 evocações e *Reunião*, 43 no grupo dos idosos, já no grupo dos profissionais a categoria *Grupo* teve 98 evocações e *Reunião*, 52, sendo assim agregadas na mesma discussão no estudo, uma vez que reunião é o agrupamento de pessoas, que na TCI é em roda, para participar de um espaço de escuta e partilha, um encontro, um coletivo de pessoas que tem algo em comum, uma rede social de fortalecimento. Esse resultado mostrou que ambos compartilham, através da TCI, o sentimento de pertencimento a um grupo, uma comunidade.

Agregado a isso, entende-se a relevância da realização de um trabalho de saúde mental preventiva, em que todos os elementos culturais e sociais da comunidade se voltam para dar ênfase ao trabalho em grupo e à criação gradual da consciência social, suscitando ações terapêuticas transformadoras, apoiadas nas competências e na formação de uma teia de apoio (FERREIRA FILHA, 2013; CARVALHO *et al*, 2013).

Comunga com esse apontamento, o pensamento coletivo dos profissionais, sujeitos do estudo de Padilha & Oliveira (2013) que apontaram para o terapeuta comunitário como alguém que promove a humanização das relações interpessoais no setor saúde, não limitando sua função ao grupo de TC, uma vez que os aprendizados advindos dessa prática são aplicados de forma mais abrangente no cotidiano de trabalho.

Apesar desse entendimento, os profissionais da Atenção Primária são legatários de um modelo de prática grupal menos horizontalizado que os profissionais da Atenção Secundária, no caso do estudo de Albuquerque & Stotz (2004), representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os autores destacam ainda que:

[...] no dia-a-dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais.

Por outro lado, tal resultado é contraposto ao encontrado no estudo multicêntrico de Escorel *et al* (2007) que asseveraram que entre as novas práticas incorporadas pelas equipes de saúde da família destacam-se as atividades de grupo com pacientes em atendimento na unidade de saúde da família, realizadas por proporções semelhantes de médicos e enfermeiros (de 26 a 54%).

Os estudos de Holanda (2007) e Fernandes (2011) convergem para resultados de utilização da TCI na Atenção Básica à Saúde como metodologia inovadora por possibilitar a organização do trabalho com grupos, favorecendo a ampliação do vínculo entre profissional e comunidade e contribuindo para que os trabalhadores da saúde conheçam com mais propriedade a sua população.

Dá a relevância desse estudo, que abrangeu profissionais não somente da atenção básica – Estratégia Saúde da Família/ESF e Núcleo de Atenção à Saúde da Família/NASF, mais concentrados no Distrito Sanitário II e III do município de João Pessoa, como também da atenção secundária – o Centro de Atenção à Saúde do Idoso/CAISI, dando assim magnitude aos resultados. Nesse sentido, a TCI veio fortalecer o trabalho em rede de saúde.

Tal intervenção vem para garantir no grupo, um espaço de fala e escuta de sofrimento, com o intuito de favorecer o resgate da autoestima e uma melhor forma de enfrentamento do problema (FERREIRA FILHA, 2007).

A prática da TCI, além de fomentar as grupalidades, contribui para a valorização dos sujeitos que conformam o grupo, uma vez que todos são vistos como dotados de potencial e solicitados a ajudar. Dessa forma, estimula-se a coparticipação e a construção de redes solidárias. A horizontalidade das relações entre os profissionais que conduz o grupo e os demais participantes e o resgate da subjetividade e das experiências de vida auxiliam a vinculação e a construção da clínica ampliada (PADILHA & OLIVEIRA, 2013).

A introdução da TCI nos cenários de prática dos profissionais de saúde possibilitou a formação de grupos de convivência, uma poderosa ferramenta de intervenção das equipes de saúde na comunidade.

Mais que isso, a TCI foi representada pelos sujeitos como espaço de *Ajuda*. Considerando a metodologia dessa intervenção, na etapa de problematização, as pessoas compartilham suas experiências, falam suas estratégias de enfrentamento e veem que não estão sozinhas. No encerramento da roda, existe um ecumenismo de sentimentos e rede de apoio, onde os sujeitos entoam a canção, dentre outras: “estou balançando, mas não vou cair”.

Diante do exposto, um dos pilares teóricos da TCI, o pensamento sistêmico diz que as crises e os problemas podem ser entendidos e resolvidos quando os percebermos como partes

integradas de uma rede complexa, com ramificações, que interligam as pessoas num todo. A abordagem sistêmica, por seu turno, possibilita entender a pessoa na sua relação com a família, com a sociedade, com seus valores e crenças, colaborando para a compreensão e a transformação do indivíduo.

Observou-se, principalmente entre os profissionais, o entendimento que o terapeuta comunitário é concebido como alguém que proporciona ajuda. Certamente, esse é um aspecto que deve ser levado em consideração. O terapeuta ajuda sim, através de funções que lhe são específicas: coordenar, conduzir, acolher e mediar o grupo, onde como diz Barreto (2010) procura manejar os instrumentos para o tecer da rede social solidária, de acordo com os códigos culturais dos sujeitos em questão. Portanto, o terapeuta não assume o papel de especialista em saúde mental (psicólogo, psiquiatra), fazendo interpretações ou análises; ele procura trabalhar a competência das pessoas no sentido de realçar e valorizar o saber produzido pela vivência do outro.

O estudo de Padilha & Oliveira (2012) asseverou que a preocupação dos profissionais seria em ajudar, através da execução de determinadas ações para garantir o efeito terapêutico do grupo, baseado naquilo que eles percebem como necessidades dos usuários. Por outro lado, o estudo mostrou que os profissionais, ao facilitar as rodas de TCI, sentem-se aliviados de uma cobrança por resolutividade do serviço de saúde, pois naquele espaço o grupo é soberano e muitas vezes é o próprio grupo que transmite ensinamentos.

Nesse sentido, a TCI serve como estratégia de cuidado da saúde mental dos profissionais de saúde, que pelo próprio ambiente de trabalho estão diante de sofrimentos e dores, e, por sua vez, também são acometidos por tais mazelas, potencializando doenças advindas dessa situação como a Síndrome de Burnout, por exemplo, dado investigado no estudo de Pascoal (2008). Dado esse, encontrado no nosso estudo, onde a evocação Ajuda, no grupo dos profissionais, foi a mais frequente, atingindo  $f$  109.

Em virtude do exposto acima, cabe ressaltar que a capacidade de ajuda, não deve ser delegada ao terapeuta na roda de TCI, que nesse espaço é apenas um facilitador. Mas, o grupo deve sentir-se copartícipe nesse processo, onde todos são ajudados, tanto o terapeuta como os participantes.

As RS acontecem através da *Comunicação*, inclusive tal elemento consiste, senão, um dos pilares teóricos da TCI - a Pragmática da Comunicação - que desvela que a consciência que se tem de si é fruto de uma relação de comunicação com o outro. Além disso, o elemento

evocado nos remete à Antropologia Cultural e à Pedagogia de Paulo Freire - outros pilares teóricos da TCI. Entende-se que os sujeitos do estudo se referem ao espaço de fala e escuta que a TCI garante, através da exposição dialogada, diferente, por exemplo, de uma palestra e em alguns casos, de uma consulta, onde nem sempre os sujeitos têm espaço para expressar suas experiências. Ao contrário, nas rodas todos falam, cantam, dançam.

Os princípios da Pragmática da Comunicação de Watzlawick, aplicados na Terapia Comunitária, indicam que todo comportamento tem valor de comunicação, assim como todo sintoma tem valor de comunicação. Isso significa que as queixas e os problemas apresentados estão comunicando um desequilíbrio familiar ou social. Segundo tal pragmática a comunicação é composta de cinco regras, são elas: 1. Todo comportamento é comunicação; 2. Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem ou conteúdo e a relação entre os interlocutores; 3. Toda Comunicação depende da pontuação; 4. Toda Comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal (palavra escrita ou falada) e a comunicação não-verbal (analógica); 5. A Comunicação pode ser simétrica – baseada no que é semelhante- e complementar- baseada no que é diferente (BARRETO; LAZARTE, 2013).

Destaca-se como uma das funções psicossociais das RS, a orientação na comunicação. Desse modo, comunicações e comportamentos podem orientar o processo de interação social. De acordo com Moscovici (2003) a RS pode ser entendida como uma modalidade do conhecimento, que tem por finalidade dimensionar comportamentos e guiar a comunicação entre indivíduos. Elas são sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituindo as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como principal veículo para estabelecer as associações que nos ligam. Nessa perspectiva, as RS é o conjunto de explicações que se originam por meio das comunicações interindividuais da vida cotidiana. Elas se constituem num trabalho mental do sujeito que tem como resultado a formação de uma imagem do objeto.

Para Barcelos e Nascimento-Schulze (2002), as representações são construídas por indivíduos em suas ações e diálogos cotidianos. É por meio das conversações e diálogos que homens e mulheres atribuem significados a um determinado objeto que desejam conhecer e com o qual querem se relacionar. Tal elaboração faz com que certo objeto venha a tornar-se ‘realidade social’, por representação que a comunidade em questão faz dele. As RS desempenham na sociedade, seja ela qual for, importante contribuição para a formação de condutas, orientando relações e comunicações.

Retratou-se, nesse estudo, especialmente uma, dentre as célebres obras de Foucault (2000) intitulada “Les Mots et les choses” - A palavra e as coisas, em que ele enfoca a epistémê pelas formas que nos permitem o acesso ao conhecimento num dado momento histórico, ou, por outras palavras, às condições discursivas que constituem uma epistemologia. A história do saber que nos propõe é, então, uma história dinâmica, descentralizada e não unitária.

Seu pensamento corrobora com o de Moscovici (2003) quando este enfatiza que: “Em certo sentido, o mundo das representações é o mundo das palavras”. Ele ainda acha “esquisito que as pessoas não tenham consciência disso”. Em se tratando do nosso estudo, observamos que os idosos e profissionais, ao evocar a palavra “Comunicação” mostraram que tinham consciência de que a TCI era significado de Comunicação.

Além do exposto, Foucault (2000) nos propõe- considerando que em toda cultura, entre o uso do que se poderia chamar os códigos ordenadores e as reflexões sobre a ordem, há a experiência nua da ordem e de seus modos de ser - a analisar e mostrar, como ressalta o autor:

“O que tal experiência veio a se tornar, no meio de uma cultura como a nossa: de que maneira, refazendo, como que contra a corrente, o percurso da linguagem tal qual como foi falada, dos seres naturais, tais como foram percebidos e reunidos, das trocas, tais como foram praticadas, nossa cultura manifestou que havia ordem e que às modalidades dessa ordem deviam as permutas sua lei, os seres vivos sua regularidade, as palavras seu encadeamento e seu valor representativo.”

As categorias *Problema e Atividades*, embora não consensuais entre os dois grupos estudados no mesmo quadrante, foram porém evocados pelos idosos no núcleo central e profissional, no sistema periférico. Dessa forma, interessa-nos, nesse estudo discutir tais achados.

Entende-se que para o idoso a TCI permite o desabafo dos seus problemas, para os profissionais, não tão concretamente, uma vez que desfrutam de um espaço para isso, mais especificamente, o Cuidando do Cuidador. Um espaço de aprofundamento do auto-conhecimento e resgate da autoestima, através da articulação do potencial humano e cultural com o conhecimento técnico e científico possibilitando a ampliação do campo de intervenção. Assim, promovendo a saúde e a qualidade emocional dos cuidadores (SOARES et al, 2014; FERREIRA FILHA et al, 2013; DAMAS et al, 2004).

Com a proposta de “Cuidar de quem cuida para cuidar melhor”, tal curso iniciou-se apenas direcionado aos terapeutas comunitários, que, por sua vez, enfrentam, durante o desenvolvimento das rodas, situações de intenso desgaste emocional, em que fortes emoções vêm à tona, sendo responsáveis por conduzir essas emoções para o bem-estar dos participantes da terapia. Diante desta realidade, sentiu-se a necessidade de um cuidado direcionado para tais terapeutas. Desta necessidade nasceu a proposta do curso Cuidando do Cuidador, um curso ampliado aos profissionais de saúde da rede de serviços do município de João Pessoa e facilitado por terapeutas do Polo Misc-PB.

Essa representação permite criar a concepção de que todos são responsáveis por encontrar soluções para os problemas, todos contribuem. Tal achado corrobora com a proposta idealizada por Barreto (2010), quem concebe a TCI como espaço de promoção da corresponsabilidade do grupo pela busca de soluções e de superações dos problemas.

A TCI parte de uma situação-problema vivenciada no cotidiano. Na escolha do tema, os participantes apresentam suas inquietações – problemas. Ali, percebe-se que o olhar para a comunidade revele os problemas e crises enfrentados por ela, que possuem consequências de ordem biológica, social e psíquica. Situações desse tipo fomentam a busca por formas alternativas de lidar com os agravos vivenciados pela população, ou seja, que evocam a procura por novas formas de cuidado, aqui implicado por Ayres (2007) como:

...forma de assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles.

Assim, confirma-se um dos princípios da TCI, o de trabalhar com a dor da comunidade, a fim de resgatar nos indivíduos a autoestima, a tomada de decisões e o compartilhamento das emoções (SOBREIRA, 2009).

Outro ponto que reforça a estrutura da representação aqui estudada, é que para os sujeitos do estudo, a TCI representa a diversidade de *Atividades* que fazem parte do rol das ações preventivas em saúde. Pode-se frisar ainda que o uso de tais recursos como atividades

desenvolvidas nas rodas, estimulam o interesse na participação das rodas e o resgate e fortalecimento de valores, saberes, competências individuais e comunitárias dos participantes.

A *Partilha* e *Troca* foram elementos consensuais. Na categoria *Troca*, os idosos relacionaram as palavras: trocas, mútua, partilhar, dividir, compartilhar. Por sua vez, no grupo dos profissionais, *troca* apareceu como evocação incluída na categoria *Partilha*, onde também somou as palavras: compartilhamento, divisão, bem comum.

Como dito anteriormente, a TCI é um espaço de partilha de experiências, dores e sofrimentos, como corrobora os estudos de Ferreira Filha (2007), Barreto & Lazarte (2013), Carvalho (2013). Nosso estudo confirmou essa concepção, aqui tratada como representação social dos sujeitos acerca do objeto, a Terapia Comunitária.

A respeito da categoria *Amor* relacionado à afago, afeto, carinho, apreço, gosto, pode-se destacar um recente estudo realizado com usuários do CAPS de Barbalha, que explorou a influência da Terapia Comunitária no tratamento desses pacientes. Giffoni *et al* (2008) identificaram a percepção dos participantes da TCI como potencializadora de um estado de conforto físico e emocional, quando evoca sentimentos de paz, amor, felicidade, dos quais deriva um sentimento funcional de bem-estar. Tais resultados, corroboram com os apontados no nosso estudo.

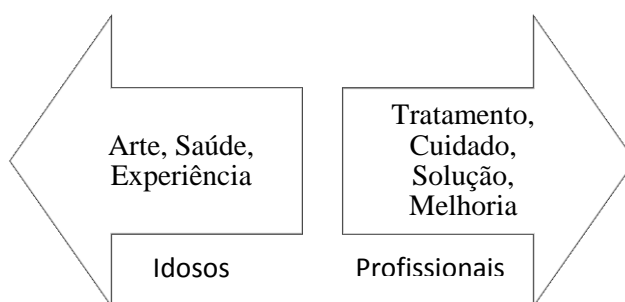
Segundo os sujeitos do estudo, a TCI representa *Conhecimento*, relacionado à novos conhecimentos, aprendizado, saberes. Assim sendo, tem a perspectiva de desenvolver o autoconhecimento e a superação dos bloqueios e entraves, à interiorização da incapacidade e da descrença em si próprio.

O desenvolvimento de ações e serviços de saúde implicados com as demandas que chegam aos serviços, vai além do espaço de consultas, atendimento, de terapêutica clínica, mais que isso, o processo de produção de saúde perpassa pelo conhecimento e sensação de cuidado, assim como pela autonomia (CECCIM, 2005).

Pode-se citar ainda o estudo de Rocha (2013) que nos discursos dos colaboradores, revelou mudanças pessoais e contribuição para o conhecimento pleno de suas próprias vidas, pois cada sujeito iniciou um processo de descoberta do seu verdadeiro “eu”.

Tais achados confirmam o importante papel das representações sociais para a instituição de realidades consensuais, apresentando uma função sociocognitiva que integra os acontecimentos ou coisas pouco conhecidas e orientam as comunicações e nossa conduta em relação a essas novidades (JODELET, 2001).

Sobretudo, foram identificados alguns dissensos que podem ser visualizadas na figura a seguir, lado esquerdo, dos idosos e lado direito, dos profissionais de saúde:



**Figura 2:** Dissensos das RS sobre a TCI entre idosos e profissionais de saúde.

Especialmente na composição do sistema periférico, foi possível formar subconjuntos que apontam aspectos por vezes distintos, mas também complementares, relacionados à terapia comunitária. Nesse sistema poderão aparecer e ser toleradas contradições. Nele, os elementos da descrição subjetiva foram os mais frequentes.

Na categoria *Arte*, os idosos relacionaram as evocações: arte, teatro, dança, música, cantar; observa-se nas rodas de TCI, que esse é um aspecto bastante valorizado. Os terapeutas comunitários podem utilizar uma gama de recursos como ferramentas em suas ações, a exemplo das atividades lúdicas, como confirmou Oliveira et al (2011), onde as dinâmicas utilizadas com maior frequência nas pesquisas analisadas foram a música, seguido por orações e jogos, dinâmicas folclóricas, alongamento, provérbios, relaxamento corporal, desenhos e piadas.

Mais que isso, a arte desperta o significado na TCI da cultura, sendo, inclusive um dos pilares teóricos dessa intervenção, a antropologia cultural. Sob esse prisma, Brandão (2002) alerta que não há existência de grupo humano estável que além de ter a sua vida social, a sua sociedade, não tenha também a sua memória, a sua história, a sua cultura. A complexa teia e trama daquilo que em tudo o mais: a vida social, a memória, a história, a experiência de uma cultura, de sua partilha recíproca e de seu aprendizado está contido. As formas humanas de



“ocupar o planeta”, de “socializar a natureza” e de criar um “modo de vida” peculiar, são muitas. São múltiplas ao longo da longa história humana e são múltiplas na geografia da atualidade.

Assim, Geertz (2008), um dos antropólogos mais conhecidos e controvertidos de nossos dias, diz o seguinte sobre a cultura:

O conceito de cultura que eu defendo, e cuja utilidade os ensaios abaixo tentam demonstrar, é essencialmente semiótico. Acreditando, com Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise.

No sentido de contextualizar o elemento *Saúde*, podemos enfatizar que a TCI previne o adoecimento mental, sendo assim promotora da saúde. A implantação na rede SUS da TCI acompanha a mudança de uma política assistencialista para uma política de participação solidária, que objetiva a promoção da saúde e o desenvolvimento comunitário e social da população.

As primeiras mudanças nas políticas de saúde no Brasil, parece ter sido consequência direta da Conferência de Alma Ata, posto que, todos os países membros saíram com a tarefa de desenvolver estratégias eficientes para garantir *Saúde para todos até o ano 2000*. Assim, consagraram-se as medidas preventivas e valorizou-se o conhecimento popular sobre como evitar e tratar as doenças, como também se enfatizou a saúde como direito humano. Isso significa dizer que o conceito de saúde para todos passou a se basear nos princípios de integração, equidade, eficiência e participação.

Essa concepção veio ao encontro dos princípios doutrinários da atual política de saúde brasileira, o SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, trata-se de um modelo de saúde voltado para as reais necessidades da população, com o objetivo de resgatar o compromisso do estado para o bem-estar dos indivíduos e coletividades, integrando e coordenando as ações de saúde nas três esferas do governo (REIS, 2012).

Nesse sentido, os serviços de saúde devem atuar de modo a promover uma atenção integral à saúde dos seus cidadãos, através do desenvolvimento de ações interdisciplinares e equitativas, sempre levando em consideração as particularidades de cada localidade (ANDRADE, 2010).

A mudança de uma visão da saúde mental passou da curativa para a preventiva, onde se valorizou a família e comunidade como indispensáveis para o cuidado e a saúde comunitária. Essa lógica foi instituída desde o movimento da reforma psiquiátrica, ainda no final da década de 1970. O principal ponto desse processo, foi a criação da Lei nº 10216 de 2001, de Paulo Delgado, que aborda os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e sua proteção, bem como a reorganização dos serviços de atenção em saúde mental (BRASIL, 2006).

Assim como descreveu os estudos de Tenório *et al* (2002), as estratégias e programas atualmente existentes como alternativa ao modelo hospitalar e destacou as mudanças ocorridas na transição do paradigma asilar para o extra-institucional.

Saliento ainda, que tal medida estimulou a criação de intervenções psicossociais de saúde mental comunitária, dentre elas - a TCI – implantada em João Pessoa.

Não obstante, a representação da TCI como Saúde, justifica-se também, por ser um dos principais focos de atuação dessa intervenção, em particular na área da saúde mental e inclusão social de grupos marginalizados, em que através dela a comunidade pode expressar seus sentimentos e angústias causadoras de estresse, e adoecimento psíquico. Aqui nesse estudo, os idosos estavam incluídos em um contexto de exclusão social, podendo ser considerados como marginalizados.

Além disso, percebe-se que as orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) também estão contempladas pela TCI, uma vez que ao ampliar o espaço para práticas de saúde, a terapia contribui para a autonomia e o desenvolvimento do senso de corresponsabilidade dos indivíduos, o que tanto assegura o princípio da equidade, como favorece a participação social e o empoderamento (FERNANDES, 2011; PADILHA, 2012).

Devido essa sinergia com as políticas nacionais de saúde, a Terapia Comunitária Integrativa vem sendo prática de grande repercussão não apenas para a saúde mental, como também para saúde coletiva.

Resta compreender as limitações das políticas públicas, bem como das estratégias de intervenção comunitárias, a exemplo da TCI. Entende-se que a mesma não consegue solucionar todos os problemas sociais instantaneamente, o que não justifica por completo a falta de ação de alguns governos. Percebe-se que muito foi construído e que muitos ideais foram conquistados, porém ainda há muito a se fazer e melhorar, sobretudo, nas políticas

públicas que mesmo após longos anos, não atuam sobremaneira como deveriam na perspectiva da resolutividade e do cuidado integral.

Para os profissionais, a TCI representa *Cuidado*. Entende-se, com isso, a necessidade de serem olhados pelas políticas públicas, uma vez que, em suas atividades laborais estão predispostos a tensões, estresses. Schuck et al (2007) afirma em seu estudo com aplicação de TCI junto aos profissionais, que cuidar de quem cuida é condição sine qua non para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência de quem assistência. O contato direto com os seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações.

No modelo de saúde mental comunitária, adotando-se a TCI, as pessoas ao participarem das rodas de TCI, elas podem ser acompanhadas, tanto pelo terapeuta como pelos demais participantes, aspecto esse que fortalece a TCI como rede de cuidado.

Para os idosos, este é um espaço de partilha de *Experiência* de vida. O estudo de Carvalho et al (2013) apontou as contribuições positivas dessa ferramenta de cuidado para usuários de um CAPS e mostrou que estes a reconhecem como um universo utilizado para socializar os sentimentos do cotidiano e o intercâmbio de experiências. Por meio das falas, os autores perceberam sinais de melhorias no estilo de vida e modificações em seus hábitos que contribuíram para a sociabilidade e para novas leituras acerca do lidar com o adoecimento mental em sua convivência social e familiar.

A *Melhoria* na qualidade de vida é expressa nas falas como sendo uma evolução no processo a que estas pessoas estão inseridas, e ao representarem assim a TCI, percebe-se o grande avanço desses sujeitos na direção de acreditar em si, desenvolver a autoestima, e focarem sempre em suas capacidades e potencialidades em detrimento de suas fraquezas.

Tomando-se por base a categoria *Solução*, através das rodas, o sujeito se insere em um ambiente que lhe dá condições de ser responsável por encontrar soluções que se adequam e se caracterizam como sua forma particular de enfrentamento e, portanto ideal para sua realidade. Essa participação traz grandes evoluções, funcionando como agente propiciador de busca da própria independência e sentido na vida.

Todo aquele que tem problema, tem solução. Nesse sentido, a Terapia Comunitária Integrativa estimula o indivíduo para o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento

dos problemas e sua consequente solução. Todo esse processo suscita o empoderamento e a resiliência.

Como bem observa Camorotti et al (2005), a resiliência pode ser entendida a partir das seguintes características: valorização da experiência pessoal e estimulação da capacidade de aprendizado das pessoas; interação entre o indivíduo e seu ambiente; espírito construtivo e senso de humor como forma de transformar o trágico em lúdico; valorização da competência dos indivíduos e da comunidade.

Emerge-se a concepção da resolatividade da TCI. Inclusive, um estudo realizado em 12 estados brasileiros, onde a TCI foi implantada, aplicou-se doze mil questionários, por meio de 800 terapeutas comunitários, para avaliar a repercussão da TCI nos grupos que dela participavam, obteve-se como resultado 88,5% dos sujeitos encontravam na TCI acolhimento e apenas 11,5% necessitavam de encaminhamentos para outros serviços (BARRETO et al, 2011).

Cabe a reflexão da histórica e, infelizmente, apesar de muito rebatido, vigente concepção do *Tratamento* médico como um meio de curar o adoecimento mental. Mesmo ainda hegemônica na nossa sociedade, para alguns participantes a cura passou a depender também da eficácia da Terapia Comunitária, principalmente para aqueles que demonstraram maior vínculo com o novo tratamento. Corroborar com essa afirmação a concepção de Amarante (2003), onde afirma que a configuração das práticas em saúde mental da Reforma Psiquiátrica orienta-se em epistemologias que rompe com o paradigma médico-naturalista clássica.

Por sua vez, o *Tratamento* ora evocado pelos idosos, pode ser comparado à TCI, como um espaço para cuidado da saúde mental do idoso. Essa é uma preocupação inclusive posta no estatuto do idoso, no seu Artigo 3º e 15º, este último correspondente à seção “Do Direito à Saúde” onde legalmente assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS. Destarte, vimos que nas rodas de TCI, os idosos expressam seus sofrimentos e dores consequentes de vários fatores que acabam afetando sua saúde mental. Assim sendo, a TCI é considerada como uma prática terapêutica pós-moderna crítica (BRASIL, 2003; BRAGA, 2009).

*CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como numa colcha onde se costura retalhos a fim de formar uma imagem, pôde-se verificar que as evocações dos idosos e profissionais de saúde, nesse estudo, foram como “retalhos” na construção das representações sociais sobre a Terapia Comunitária Integrativa.

Mostrou-se que a TCI vem sendo veiculada pelos serviços de saúde, profissionais, mídia, facilitando a difusão da saúde mental comunitária. Entretanto, apesar da grande mobilização de informações, o estudo apontou que um grande número de participantes ainda desconhece essa tecnologia leve de cuidado à saúde, evidenciando a necessidade de mais difusão e incorporação da TCI nos contextos e grupos sociais.

Dessa forma, fica um alerta à necessidade de fortalecimento dessa tecnologia leve de cuidado, por parte dos formuladores de políticas em saúde e os gestores, pois apesar das conquistas, existe ainda a necessidade de investimentos na política de saúde mental em parceria com a de saúde do trabalhador.

Através da abordagem estrutural, ressaltou-se que a representação coesa e bem estruturada entre os elementos periféricos e centrais das RS dos idosos garantiu a estabilidade e ao mesmo tempo a flexibilidade tão necessária para a fluidez da representação. Mais que isso, essa coesão de sentidos refletiu a presença de elementos que asseveram a aceitação da TCI como prática de saúde mental comunitária.

Contextualizando este estudo à luz do aporte teórico das Representações Sociais, é possível afirmar que tanto os idosos como os profissionais entrevistados partilham um conhecimento sobre a TCI, para estes, um guia para suas práticas no âmbito social e da saúde. Os profissionais de saúde, na TCI, levam aprendizados advindos dessa prática e serão aplicados de forma mais abrangente no cotidiano do seu trabalho. Assim, a pesquisa traz uma nova concepção, a de que conhecer as RS da TCI é uma conduta de fortalecimento dessa ferramenta de cuidado, através, principalmente da identidade social.

Apesar do maior nível de escolaridade e *status* sócio-ocupacional, a representação dos profissionais de saúde não diferiu muito daquela mantida pelos idosos, que apresentaram um *background* socioeducacional inferior.

A semelhança notável, mas não identidade absoluta, entre os núcleos centrais e os sentidos formadores dos conteúdos mais flexíveis às características do contexto imediato, ou seja que compõem o sistema periférico, mostra que os elementos comuns evocados pelos dois grupos, não devem portanto, ter sua origem no ensino formal, nem em práticas ocupacionais especializadas. Trata-se, provavelmente, de elementos representacionais de entranhamento mais profundo e de confirmação mais constante na vida cotidiana dos sujeitos dos estudo. A identificação das suas inúmeras fontes estão além do alcance dos recursos mobilizados na presente pesquisa.

Ainda no sentido convergente, de acordo com o estudo pode-se atentar para a afetividade como uma dimensão que integra essa construção representacional, sendo expressa por algumas evocações nos dois grupos, apenas ressaltando maior complexidade na construção de sentidos atribuídos à Terapia Comunitária Integrativa pelo grupo dos profissionais de saúde.

Quanto ao que distingue, o núcleo central da representação dos profissionais apenas compactou os elementos retidos na representação dos idosos; por sua vez, o sistema periférico ampliou os elementos. Nesse sentido, parece razoável supor que os conjuntos de elementos da representação dos idosos afluam uma “teoria popular” do que seja a TCI, entendida desde a idealização de um saber acadêmico - quando evocam Profissionais – a ramificação de um saber artístico – representado pela palavra Arte.

Nessa perspectiva, entende-se que os significados que os indivíduos atribuem a TCI são relevantes para a vida cotidiana, para seus desafios, suas alegrias, hábitos, valores e crenças, uma vez que são os fatores importantes na formação da identidade do indivíduo e do grupo, contribuindo para a diversidade cultural.

Sobretudo, a identificação das representações sociais sobre a TCI foi fundamental, no sentido de reforçar os aspectos positivos dessa intervenção. Uma pesquisa com esse perfil é capaz de indicar o que, efetivamente, é necessário mudar e o que é preciso reforçar.

Ao associar representações sociais e práticas de prevenção, alerta-se para o fato de que uma estratégia racional de prevenção – nesse estudo prevenção do adoecimento mental, através da TCI – ou de criação de atitudes positivas em relação à prevenção não pode desconsiderar todo este complexo de emoções, elaborações mentais, teorias práticas e explicativas do cotidiano, que se inserem na constituição das representações sociais e atuam

concretamente nas escolhas e alternativas elaboradas pelos indivíduos diante da incerteza e ameaça que a Doença mental provoca.

Destarte, abstrair as RS das práticas terapêuticas, a exemplo da TCI é essencial para se conhecer a concepção de grupos sociais com as quais se trabalha ou irá trabalhar, fortalecendo o campo da saúde preventiva, área de atuação de grande parte dos profissionais de saúde. Propõe-se a formação de profissionais terapeutas comunitários para assim, dispensarem aos idosos e população, a realização de rodas de TCI, pois segundo levantamento retrospectivo do estudo, não existia terapeuta nos bairros referidos, no período da coleta.

A pesquisa é inédita e contributo para a literatura científica relacionada ao tema, tendo em vista a escassez de estudos sobre o tema, sendo, inclusive esse um fator limitante em vistas ao diálogo dos resultados aqui encontrados. Investigar uma temática nova e ainda pouco explorada, como Terapia Comunitária Integrativa e suas Representações Sociais, mediante tão poucas publicações existentes, foi um desafio. Contudo, consistiu no processo de aprendizado constante o delineamento de um objeto pouco explorado dentro de um campo que vem sendo permeado de novos saberes e olhares como é o caso da saúde mental.

Por fim, como perspectiva futura de análise, considera-se relevante a continuidade do estudo para apreensão das RS sobre a TCI a partir da concepção de outros grupos sociais.



## *REFERÊNCIAS*

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. L'analyse structurale des représentations sociales. In: MOSCOVICI, S.; BUSCHINI, F. *Lês méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF; 2003. P. 375-92.

AGUIAR, S.M. et al. **Terapia Comunitária Integrativa: Análise acerca do perfil das produções científicas em Congressos Brasileiros**. Rev. Vale do Rio Doce, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 32-41, ago./dez.2013.

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. **A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

AMARANTE, P. **Clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: Amarante P. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003.

ANDRADE *et al.* **Promoção da saúde mental do idoso na atenção primária: contribuições da terapia comunitária**. Revista Texto & Contexto, Florianópolis, v. 19, n.1, p. 129-136, jan./mar. 2010. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100015)>.

Acesso em: 25 de setembro de 2014.

ARRUDA, A. **Novos significados da saúde e as representações sociais**. Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Pública*, 10(2), 215-227. 2002.

AZEVEDO, E.B. et al. **Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(3): 114-120, jul-set, 2013

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 4º ed. Fortaleza: LCR, 2010.

BARRETO, A.P.; LAZARTE, R. Conhecendo a Terapia Comunitária Integrativa. Uma Introdução à Terapia Comunitária Integrativa: conceito, bases teóricas e método. In: FERREIRA FILHA, M.O.; LAZARTE, R.; DIAS, M.D. (org.). **Terapia Comunitária Integrativa uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa/PB: Ed. UFPB. 2013. 344p.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. *La construction sociale de la réalité*. Paris, Méridiens Klincksieck, 1989, 2 ed.

BOURICHE, B. **L'analyse de similitude**. In: Abric J.C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Saint-Agne: Éditions Èrès, 2003. P.221-252.

BRAGA, C; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n.1, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria GM/MS Nº 2528 de 19 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. 4ªed. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF); 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n.34. 176p.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Portal de Cadastros Nacionais de Saúde**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em: 20 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Preocupação futura. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/ibgeteens/datas/idoso/preocupação\\_futura.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteens/datas/idoso/preocupação_futura.html). Acesso em: 10 de março de 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de João Pessoa. **PMJP oferece atendimento especializado a idosos através do CAISI**, 2012. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/pmjp-oferece-atendimento-especializado-a-idosos-atraves-do-caisi/>> Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

CAMARGO, B.V. **ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais.** p. 511-539. In: MOREIRA, A.S.P. (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. 603 p.

CAMARGO, V.B.; WACHELKE, J.F.R.; AGUIAR, A. Desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais de 1998 a 2005. In:

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. v.1, p.17-18, 2006.

MOREIRA, A.S.P.M.; CAMARGO, B.V. (Org.). **Contribuições para a Teoria e o Método de Estudo das REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.** João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007. 308p.

CAMAROTTI, M.H. **A doença como fonte de transformação: um estímulo a resiliência comunitária.** 2005. Disponível em <http://www.abratecom.org.br>. Acesso em: 10 mai 2013.

CARVALHO, M.A.P.; FERREIRA FILHA, M.O.; MIRANDA, F.A.N.; DIAS, M.D. **Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p.:2028-2038, out, 2013.

CECCIM, R.B. **Linha de Cuidado.** Texto para fins didáticos, elaborado para a Unidade de Produção Pedagógica (UPP), integrante do Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde (Ceps), da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS/Aju). Aula dos dias 11 e 12/11/2005.

CRUZ, R.C.; FERREIRA, M.A. **Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jul 2013.

DAMAS, K. C. A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. - Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Relenf., v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/811/927>>. Acesso em: 20 de nov. 2014.

DAMASCENO, R.C.; VILAR, R.L.A. **Terapia Comunitária Integrativa: construção de um espaço de escuta para os trabalhadores da saúde da atenção básica**. Natal, RN, 2011. 99f

DOISE, W. *Les Représentations sociales: définition d'un concept* In DOISE, W.; PALMONARI, A. *L'étude des représentations sociales*. Paris, Delachaux; Niestlé, 1986.

DUARTE, L. A. Promotora de justiça da pessoa idosa e da pessoa com deficiência. **Ações integradas para construir uma nova realidade. O que é a Terapia Comunitária?**. Reviva. 2008.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 21, n.2. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2014.

FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D.; ANDRADE, F.B.; ALVES, T.T. **Terapia Comunitária: principais problemas e estratégias de enfrentamento de seus participantes**. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M.R. *Terapia Comunitária: Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2007. p. 295-300.

FERREIRA FILHA, M.O.; LAZARTE, R.; DIAS, M.D. **Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento**. João Pessoa: EdUFPB, 2013. 346p.

FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D.; ANDRADE, F.B.; LIMA, E.A.R.; RIBEIRO, F.F.; SILVA, M.S.S. **A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):964-70. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm> >. Acesso em: 12 de agosto de 2013.

FERREIRA FILHA, M.O.; MORAES, M.N.; ARARUNA, M.H.M.; VIGARANI, A.; CORDEIRO, R.C. **cuidando do cuidador Paraíba: um relato de experiência**. ANAIS do 16º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF). Vitória/ES, 2013.

FOCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Tradução Salma Tannus Muchail. 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 422p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1.ed., 13ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323p.

GIFFONI, F.A.O.; OLIVEIRA, G.F.; CASTELO BRANCO, L.C.; NOGUEIRA, R.R.S. **Terapia Comunitária: significados e representações sociais acerca da metodologia**. Revista de Psicologia. Ano 2, n. 5, Julho de 2008.

GRANDESSO, M.A. **Oi gente...Eu não roubei galinhas? Contribuições do enfoque narrativo à terapia comunitária**. ANAIS do II Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária, Brasília, 2004.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a11.htm)>. Acesso em: 22 out 2014.

GUIMARÃES, M.B.L.; VALLA, V.V. **Terapia Comunitária como expressão de Educação Popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). 2009. Disponível em: <<http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Res.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

HOLANDA, V.R., DIAS, M.D, FERREIRA FILHA, M.O. **Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 2009 set 15]; 9(1):79-92. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>. Acesso em: 30 de janeiro de 2013.

JODELET, D. **As Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. P. 173-186.

LOPES, M.E.L. **Praxiologia, representações sociais de menopausa e práticas educativas de enfermeiras na estratégia saúde da família**. Tese. Natal/RN. 2009.

MORAES, M.N. **Terapia Comunitária Integrativa no sertão paraibano: avanços e desafios no contexto do SUS**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2 ed. Goiânia: AB, 2000. 328p.

MOREIRA, A.S.P, *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005. p.201-228.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

MOURA, S.G; FERREIRA FILHA, M. O.; CORDEIRO, R.C.; BRAGA, L.A.V.; MONTEIRO, C.Q.A. **A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais**. Rev. Vale do Rio Verde, v.10, p.330-338, 2012. Disponível em< <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/529/pdf>>. Acesso em 20 de junho de 2013.

MOURA, S.G.M.; FERREIRA FILHA, M.O.; CARVALHO, M.A.P. **Evolução histórica da abordagem em saúde mental no Brasil: da reforma psiquiátrica aos dias atuais**. Rev enferm UFPE on line. v. 6, n.3, p. 657-64. Mar. 2012. Disponível em: < [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../3355](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../3355)>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. **Representações sociais da natureza e do meio ambiente**. Rev. Ci. Hum., UFSC, Edição Especial Temática, p. 67-81, 2002.

OLIVEIRA, D.S.T.; FERREIRA FILHA, M.O. **Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta**. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011 Sep ; 32(3): 524-530. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000300013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300013&lng=en). Acesso em: 12 de setembro de 2014.

OLIVEIRA, R. C. C. **Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena potiguara**. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

OLIVEIRA, D.C. **Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano**. Rev. Ci. Hum.UFSC, Especial Temática, p.47-65, 2000.

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

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. **Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, v.18, n.8. pp. 2211-2220. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/05.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2014.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. **Terapia Comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil**. Rev. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4912.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

PASCOAL, F. F. S. **Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: risco de adoecimento mental**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PEREIRA, F.J.C. **Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais**. In: MOREIRA, A.S.P., et al. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Universitária, 2005. P.25-60.

PIEXAK, D.R.; FREITAS, P.H.; BACKES, D.S.; MORESCHI, C.; FERREIRA, C.L.L.; SOUZA, M.H.T. **Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas**. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet], vol.15, n.2, p. 201-208, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 jul 2013. LER DINOVO

REIS, S.L.A; BELLINI, M. **Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental**. Acta sci. Health sci, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RICARTE, T. **Terapia comunitária: é conversando que a gente se entende**. Revista CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ano 1, nº 13, Agosto/Setembro, 2005.

ROCHA, I.A; BRAGA, L.A.V; TAVARES, L.M; ANDRADE, F.B; FERREIRA FILHA, M.O; DIAS, M.D; *et al.* **A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso**. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 65, n.5, p. 687-694, set./out. 2009.



ROCHA, E.F.L.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D. **A Terapia Comunitária Integrativa e as mudanças de práticas no SUS**. In: FERRERA FILHA, M.O.; LAZARTE, R.; DIAS, M.D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva do conhecimento*. João Pessoa: EdUEPB, 2013. 346p.

RODRIGUES, R.A.P; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S.C.C.; CRUZ, I.R; LANGE, C. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. *Texto Contexto Enferm* [online], v. 16, n. 3, p. 536-545, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tccc/v16n3/a21v16n3.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

SÁ, S.P.C. **Idoso: Representação da velhice e do cuidado de si**. Tese de doutorado apresentada a UFRJ. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2004. 239 p. Disponível em: <[teses.ufrj.br/eean\\_d/SelmaPetraChavesSa.pdf](http://teses.ufrj.br/eean_d/SelmaPetraChavesSa.pdf)>. Acesso em: 17 de julho de 2013.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p.189.

SÁ, C.P. & ARRUDA, A. **O estudo das representações sociais no Brasil**. *R. Ci. Hum. Especial*, UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, p.11-31, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24121>>. Acesso em: 25 de setembro de 2014.

SANTINI, S.M.L.; JEDLICKZA, J.R.S.; NUNES, E.F.P.A.; BORTOLETTO, M.S.S. **Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do paraná e suas condições de trabalho**. ANAIS do III Congresso CONSAD de Gestão Pública. 2012. Paraná, Brasil. Disponível em:<[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_III\\_congresso\\_consad/painel\\_3/Perfil\\_dos\\_profissionais\\_das\\_equipes\\_de\\_saude\\_da\\_familia\\_em\\_municipios\\_de\\_pequeno\\_porte\\_de\\_uma\\_regional\\_de\\_saude\\_do\\_parana\\_e\\_suas\\_condicoes\\_de\\_trabalho.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_3/Perfil_dos_profissionais_das_equipes_de_saude_da_familia_em_municipios_de_pequeno_porte_de_uma_regional_de_saude_do_parana_e_suas_condicoes_de_trabalho.pdf)>. Acesso em: 20 de nov. 2014.

SANTOS, V.B.; TURA, L.F.R.; ARRUDA, A.M.S. **As Representações Sociais de pessoa velha construídas por adolescentes**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14(3): 497-509.

SCHUCK, D.; VALDUGA, J.; AZEVEDO, L. **Terapia Comunitária como práxis que possibilita ações coletivas transformadoras**. ANAIS do IV Congresso Brasileiro e I Encontro Internacional de Terapia Comunitária, Porto Alegre, 2007.

SILVA, J.B.; SILVA, P.M.C.; GARCIA, G.S.; COSTA, R.A.S. **Terapia Comunitária Integrativa na Atenção Primária à Saúde: uma Revisão Integrativa**. ANAIS do 15º Congresso Brasileiro de Enfermagem/CBCENF. 2012. Disponível em: <<http://189.59.9.179/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I32909.E10.T6328.D6AP.pdf>>. Acesso em: 14 de agosto de 2014.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-7SPGCY>> Acesso em 10 de janeiro de 2013.

SOARES, C.M.B.F.; MEDEIROS, F.R.; BRAGA, L.S.; CORDEIRO, C.A.; DIAS, M.D. **Cuidando do Cuidador na Atenção Primária à Saúde no município de João Pessoa**. ANAIS DA IV Mostra Nacional da Atenção Básica. Brasília/DF, 2014. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/168>>. Acesso em: 20 de nov. 2014.

TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In.: JODELET, D. & MADEIRA, M. (Orgs.). **Aids e RS: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p.121-159.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. Rev. História Ciências Saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 9 (1): 25-59, jan./abr., 2002. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

TURA, L.F.; MOREIRA, A.S.P. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VALSINER, J. **Beyond social representations: a theory of enablement**. *Papers on Social Representations*. 2003, v.12, p.7.1-7.16.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. RJ: Vozes; 2007.

VELOZ, M.C.T; SCHULZE, N.; CAMARGO, C.M.; VIZEU, B. **Representações sociais do envelhecimento**. Psicol. Reflex. Crit. 1999, v.12, n.2, p.479-501. ISSN 0102-7972. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721999000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721999000200015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09 de junho de 2013.

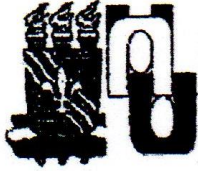
VERGÉS, P. SCANO, S. & Junique, C. 2002. Ensembles de programmes permettant l'analyses des évocations. Aix em provence: Université Aix de Provence (Manual).

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V.; HAZAN, J.V. **Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet.** Estudos de Psicologia 2008, 13(2), 107-116. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/02.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

ZANETTI, T.G.; SAND, I.C.P.V.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; KOPF, A.W.; ABREU, P.B. **Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso.** Cienc Cuid Saude 2010 Jul/Set; 9(3):448-455. Disponível em: <  
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em: 20 nov.2014.

*ANEXOS*

## Anexo A. Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

### CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/09/2009, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Protocolo CEP/HULW nº 261/09, FR: 294027, da pesquisadora responsável profª Drª **ANTONIA OLIVEIRA SILVA**.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 27 de abril de 2009.

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital Universitário Lauro Wanderley  
Universidade Federal da Paraíba

  
Antonia Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP/HULW

**Antonia Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW



## Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre **SITUAÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS/UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL E REDE DE APOIO NA INTEGRALIZAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO**, financiada pelo Ministério da Saúde em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação como voluntário (a) em nossa pesquisa.

**a) Objetivo e justificativa da pesquisa:** O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

**b) Procedimentos:** Realizaremos o teste de evocação livre de palavras seguido de uma entrevista e dados de identificação.

**c) Acesso às informações:** As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Entidades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598 e financiada pelo MS – 25000.174.897/2008-01. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

**d) Termo de Consentimento:** Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a professora Dr<sup>a</sup> Antonia Oliveira Silva e demais pesquisadores vinculados ao Ministério da Saúde a utilizar as informações obtidas através do que foi falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e os depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa pesquisa. Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco através do telefone: (83) 32167109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa, \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

De acordo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Participante da Pesquisa



**Anexo C. Instrumento de Coleta de Dados Pró-idoso**

**INSTRUMENTO DO GRUPO BRANCO/USF  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PRÓ-IDOSO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
PRÓ-IDOSO

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr.(a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

Nº Questionário: \_\_\_\_\_

Nº Setor: \_\_\_\_\_

Município: João Pessoa/PB (2011)

Nome do entrevistador(a): \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Início da entrevista: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

Nome do(a) idoso(a): \_\_\_\_\_

Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) profissional

Endereço \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_



NQUEST \_\_\_\_\_  
NSET \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREV \_\_\_\_\_



## SEÇÃO O – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS INSTRUMENTO

Estamos realizando uma investigação sobre: tecnologias assistivas, representações sociais e envelhecimento, e gostaríamos de contar com sua participação respondendo a este questionário. As respostas são anônimas e confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica. Não há respostas certas ou erradas. Interessa-nos a sua opinião e resposta espontânea e individual.

Muito Obrigada pela sua Colaboração.

### INSTRUÇÕES PARA RESPONDER AS PRIMEIRAS QUESTÕES

Este questionário é constituído por uma questão em forma de “palavra estímulo”, que visa obter expressões ou palavras associadas à mesma. Assim, para ele você deverá escrever até cinco respostas que siga o critério estabelecido, isto é, considere pela ordem de evocação, ou seja, as primeiras que vêm a sua cabeça. Como sabe, não existem respostas certas ou erradas. É importante é que responda rapidamente a questão, a resposta solicitada e marque com um X a mais importante para si.

Tome como exemplo o seguinte estímulo: quando penso em «férias» lembro-me de:

Calor

Mar

Sol (X)

Céu Limpo

Artesanato

# INSTRUMENTO PARA IDOSOS E CUIDADORES INFORMAIS

## SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1) Idade _____ (anos completos)<br>Data de nascimento _____  | AIDADE _____<br>ADATA ____/____/____ |
| 2) Sexo<br>(1) Masculino      (2) Feminino   | ASEXO _____                          |
| 3) Qual é a cor da sua pele?<br>(1) Branca      (4) Preta<br>(2) Parda      (5) Indígena<br>(3) Amarela      (99) NS/NR  | ACOR _____                           |
| 4) Local de nascimento (Ver documento se necessário)<br>(1) Urbano<br>(2) Rural<br>(99) NS/NR  | ALOCALN _____                        |
| 5) Qual seu estado civil?<br>(1) Solteiro (a)<br>(2) Casado (a)<br>(3) Divorciado (a)/desquitado(a)<br>(4) Separado (a)<br>(5) Viúvo (a)<br>(99) NS/NR   | AESTCIV _____                        |
| A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir:<br>(1) mesmo local      (2) mais de um local      (99) NS/NR   | ALOCAL _____                         |
| A7) Há quanto tempo o Sr (a) mora nesta casa? (em anos) _____<br>(99) NS/NR  | ATEMPO _____                         |
| A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)? _____  | ANCASA _____                         |
| A9) Com quem o Sr (a) mora:<br>(1) Sozinho<br>(2) Somente com o cônjuge<br>(3) Cônjuge e filho(s)<br>(4) Cônjuge, filhos, genro ou nora<br>(5) Somente com o(s) filho(s)<br>(7) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)<br>(8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)<br>(10) Somente com os netos (sem filhos)<br>(11) Não familiares<br>(12) Outros (especifique) _____<br>(99) NS/NR | AMORA _____                          |
| A10) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio?<br>(1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não   | ACHEFE _____                         |

### SEÇÃO B: PERFIL DOS PROFISSIONAIS

|  |                  |
|--|------------------|
| B11) Profissão: _____<br>Tempo de Formação: _____<br>Local de Trabalho: _____<br>Especialização: _____<br>Outros (especifique) _____ | CPROFISSÃO _____ |
| B12 Local de Trabalho: _____<br>Tempo de trabalho com idoso: _____<br>Outros (especifique) _____                                     | CPROFISSÃO _____ |

4. Quando penso em terapia comunitária lembro-me de:

---



---



---



---



---