

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE**

**Natal/RN  
2012**

**FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE**

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Iris do Céu Clara Costa

**Natal/RN  
2012**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Profa Dra. Ivonete Batista de Araujo

**Natal/RN  
2012**

A553a Andrade, Fábيا Barbosa de.  
**Avaliação da Terapia Comunitária na Atenção Primária à Saúde / Fábيا Barbosa de Andrade. Natal, 2012.**  
92p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Iris do Ceu Clara Costa

1. Atenção Primária à Saúde – Tese. 2. Satisfação do Paciente Tese. 3. Saúde Mental. I. Título.

CCS – UFRN

CDU: 613.86

**FÁBIA BARBOSA DE ANDRADE**

**AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Iris do Ceu Clara Costa  
Presidente da Banca/Orientadora (UFRN)

---

Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues (UFRN)  
Membro Interno

---

Profa. Dra. Aurigena Antunes de Araujo (UFRN)  
Membro Interno

---

Profa. Dra. Maria de Fátima de Araújo Silveira (UEPB)  
Membro Externo

---

Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa (UEPB)  
Membro Externo

*“Dedico a Ti Senhor Deus este estudo, pois o que sou e o que tenho, é obra Tua. Tenho certeza que sempre esteve ao meu lado, amando-me e revigorando as minhas forças a cada passo trilhado. Obrigada por me ensinar a amar, perdoar e experimentar a graça de Teu amor”.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter sido Fiel e Misericordioso comigo, refletindo por meio de Sua providência e livramento contra todos os males em minha vida. Muito obrigada, Senhor, pela certeza de Tua presença, bem como a Nossa Senhora Aparecida, pelo exemplo de obediência, sabedoria e prudência em minha caminhada acadêmica.

Aos meus pais, *José Serafim e Maria Salete*, porque sempre me deram apoio e acreditaram no meu esforço, dedicação e sempre testemunharam com a vida o seu amor por mim.

Aos meus irmãos, *Flávio, Cláudia, Tiago e José Filho*, bem como aos meus cunhados que se mostraram como verdadeiros e únicos amigos, no que se refere ao seu companheirismo e amor.

À Profa. Iris do Céu, minha orientadora e amiga, por sua capacidade ímpar como docente, que pode a cada dia passar o seu conhecimento experimentado em cada encontro, pois percebo os muitos frutos de amizade que colhemos juntas.

Aos professores colaboradores da UFRN, Prof. Antônio Júnior, Prof. Noro e Profa. Maisa, que em muito contribuíram para a realização desse estudo com qualidade.

Aos docentes convidados Profa. Fátima Silveira e Gabriela Maria, que com disponibilidade e espírito colaborador aceitaram compor essa banca de defesa de tese de doutorado.

A todos os professores do Doutorado, que contribuíram pedagogicamente nessa fase de formação.

Aos meus amigos do Doutorado, *Cristina Katya, Gilka Paiva, Iara Medeiros*, enfim, a todos aqueles que compartilharam comigo as alegrias no PPGCSA.

Às funcionárias da secretaria do PPGCSA, Kalieny e Alana, que com atenção, doçura e paciência estiveram presentes respondendo minhas dúvidas, anseios e demandas no PPGCSA.

Aos colaboradores desse estudo (usuários da Terapia Comunitária, bem como terapeutas comunitários), que livremente forneceram informações sobre o estudo.

Muito obrigada!

*“O homem moderno é um ser solitário, isolado dentro da sua própria sociedade, um homem que sabe que tem fragilidades, inseguranças, temores, momentos de hesitação e apreensão, mas tem medo de reconhecê-los, de assumi-los e de falar sobre eles. Tem consciência da necessidade de falar de si mesmo, contudo opta pelo silêncio e faz dele seu melhor companheiro (...), porque não ter ninguém para conversar abertamente sobre suas crises existenciais. As dores da existência, tanto as físicas, principalmente, as psicológicas, deveriam ser aliviadas (...). O ser humano aprende facilmente a lidar com seus sucessos e ganhos, mas tem grande dificuldade de aprender a lidar com seus fracassos e perdas. Vivemos em sociedades que negam as dores da existência e superdimensionam a busca pelo sucesso. Qualquer pessoa aprende a lidar bem com as primaveras da vida, mas só os sábios aprendem a viver com a dignidade nos invernos existenciais...”*

Augusto Cury

(Análise da Inteligência de Cristo)



## RESUMO

A busca por um modelo democrático de saúde despertou a atenção do governo brasileiro para o estabelecimento de prioridades e estratégias, que impulsionaram a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de aproximar a equipe de saúde da comunidade e, assim, implementar ações de promoção da saúde e de prevenção do adoecimento. Nessa perspectiva a Terapia Comunitária (TC) emerge como uma tecnologia de cuidado voltada à saúde mental na Atenção Básica de Saúde. Desde 2007, a TC vem sendo desenvolvida no município de João Pessoa/PB por profissionais da ESF: enfermeiras, agentes comunitários de saúde, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. O estudo teve como objetivos: avaliar a satisfação dos usuários em relação à TC na Atenção Básica no município de João Pessoa/PB; medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado; identificar elementos importantes para a satisfação em relação à TC por parte dos usuários. Trata-se de um estudo avaliativo, transversal e observacional, realizado no período de maio a agosto de 2009. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR, bem como um instrumento de perguntas complementares utilizado pelos terapeutas comunitários. Os resultados revelaram que dos 198 (100%) entrevistados, 105 (53%) verbalizaram satisfação e 93 (47%) muita satisfação nos encontros de TC, o que evidencia que a totalidade da amostra está satisfeita com a terapia. Os elementos importantes que concorreram para a satisfação dos usuários da TC foram: respeito, dignidade, escuta, compreensão, acolhimento, apoio nas necessidades e boas instalações dos locais onde ocorre a terapia. A TC vem fortalecendo o cuidado à saúde mental, por se constituir como uma tecnologia de prevenção e fortalecendo a porta de entrada para a rede de saúde mental e de apoio psicossocial. Conclui-se, portanto, que a TC vem se destacando como instrumento de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

**Descritores:** Saúde mental, Atenção Primária em Saúde, Enfermagem.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

ACS – Agente Comunitária de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

DS – Distrito Sanitário

ESF – Equipe de Saúde da Família

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF- Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

RESUMO	07
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 MÉTODO	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Local da pesquisa de campo	20
4.3 População e Amostra	20
4.4 Instrumento e técnica de Coleta de Dados	23
4.5 Aspectos éticos	25
4.6 Procedimento para a coleta de dados	25
4.7 Análise dos dados	26
5 ARTIGOS PRODUZIDOS	28
5.1 Artigo Publicado	28
5.2 Artigos Submetidos (em avaliação)	43
6 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	76
ANEXOS	77

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidar em saúde vem ganhando cada vez mais destaque em todas as modalidades de atendimentos aos usuários da rede pública segundo o nível de complexidade, o qual engloba a atenção primária, secundária e terciária, que surgem com o objetivo de garantir a prestação de uma assistência de qualidade e a execução dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), entendidos como equidade, universalidade e integralidade. Assim, o cenário do cuidar encontra na Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo de base comunitária qualificada, que respeita a realidade sócio-econômico-cultural do usuário, sendo considerada menos onerosa e modelo em processo de expansão e fortalecimento no Brasil.

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) parte da discussão temática que envolve distintas interpretações, tendo destaque a oferta de cuidados ambulatoriais como porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. Contudo, as concepções da APS subentendem questões teóricas, ideológicas e práticas muito distintas com consequências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde<sup>1</sup>.

Essa reorganização traz consigo um conjunto de programas com elencos restritos para atender determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados, em consonância com Alma Ata, em 1978<sup>1</sup>.

A busca por um modelo democrático de saúde chama a atenção do governo vigente para o estabelecimento de prioridades e estratégias de longo alcance para a população até então desassistida. Como a oferta de serviços de saúde ainda era pequena para garantir uma ampla cobertura populacional, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família-PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família-ESF, para fazer com que a oferta de serviços de saúde de atenção primária, pudesse chegar mais perto das famílias e comunidades, principalmente daquelas economicamente menos favorecidas e em situação de risco de adoecimento<sup>2</sup>.

O PSF inicia a expansão da rede de serviços de atenção básica, direcionando as ações do cuidado para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento, na tentativa de diminuir os gastos com o modelo hospitalar e, ao mesmo tempo, garantir

mais recursos para investimento no modelo comunitário. A implantação desse modelo também faz com que o país atenda as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que, desde a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978, estimula os países a priorizarem maior assistência no nível primário, ou seja, na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Nesses últimos anos do século XX e início do século XXI, o Ministério da Saúde tem trabalhado na perspectiva da implantação do modelo comunitário de atenção à saúde. Contudo, algumas áreas do cuidado ainda carecem de tecnologias de base comunitária para expandir a sua oferta de serviços. A área de saúde mental busca estratégias para enfrentar esse desafio, pois ao longo de sua trajetória histórica construiu seu modelo de cuidado focalizado no eixo hospitalar e, somente com o andamento do projeto de reforma psiquiátrica, ficou mais evidente a reversão do modelo hospitalocêntrico, e as discussões sobre esse modelo aparecem mais fortemente, dando ênfase à construção de um modelo de base comunitária.

Os relatórios da OMS/OPAS revelaram que, no ano 2000, os transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por 12% do total de anos vida ajustados por incapacitação (AVAI), perdidos em virtude das doenças incapacitantes (os transtornos depressivos, a esquizofrenia, as resultantes do abuso de substâncias, a epilepsia, o retardo mental, os transtornos da infância e adolescência e a doença de Alzheimer), e que no ano 2020 a carga dessas doenças crescerá para 15%, sendo que apenas uma minoria recebia tratamento adequado<sup>3</sup>.

Algumas experiências inovadoras no campo da saúde mental comunitária, que vêm sendo realizadas com sucesso em vários municípios brasileiros, a exemplo da Terapia Comunitária (TC). Existe no cenário da saúde coletiva, o interesse em avaliar práticas de saúde que tenham competência reconhecida e que sejam compatíveis com os princípios norteadores do SUS.

A TC é uma ferramenta que atende a esses princípios e, ao longo de sua trajetória, tem demonstrado ser uma tecnologia de baixo custo para os serviços de saúde e eficaz para a população em situação de risco de adoecimento e com sofrimento emocional, visto que seus encontros acontecem na comunidade onde residem os usuários, que comungam de realidades semelhantes e usam estratégias de enfrentamento com base na história de vida de cada indivíduo em uma sintonia participativa de pessoas de qualquer idade, sexo nacionalidade ou religião.

A TC acontece em locais de fácil acesso onde as pessoas têm acesso fácil e não se limita a um número absoluto de pessoas. Além disso, qualquer pessoa pode ser terapeuta comunitário, seja profissional da ESF ou usuário da comunidade. Assim, para guiar este estudo, foram elaboradas as seguintes indagações: Qual é o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado? Em que aspectos os participantes da TC estão satisfeitos com essa ferramenta? A TC fortalece o cuidado em relação à saúde mental dos usuários, nas ESF?

## 2 OBJETIVOS

### *Objetivo Geral*

➤ Mensurar os atributos que levam a satisfação dos participantes em relação à Terapia Comunitária (TC) na Atenção Primária à Saúde.

### *Objetivos Específicos*

➤ Medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado;

➤ Identificar elementos importantes para a avaliação da satisfação com a TC por parte dos participantes.

### 3 JUSTIFICATIVA

Os últimos anos do século XX e início do século XXI, o Ministério da Saúde tem trabalhado na perspectiva da implantação do modelo comunitário de atenção à saúde. Contudo, algumas áreas do cuidado ainda carecem de tecnologias de base comunitária para expandir a sua oferta de serviços. A área de saúde mental busca estratégias para enfrentar esse desafio, pois ao longo de sua trajetória histórica construiu seu modelo de cuidado focalizado no eixo hospitalar e, somente com o andamento do projeto de Reforma Psiquiátrica, ficou mais evidente a reversão do modelo hospitalocêntrico, e as discussões sobre esse modelo aparecem mais fortemente, dando ênfase à construção de um modelo de base comunitária.

Com a expansão da oferta de serviços de saúde, através da ESF, houve um aumento considerável na demanda de cuidados para a rede básica de saúde. Essa demanda, no caso da saúde mental, foi detectada pelo aumento do consumo de psicofármacos, bem como aumento na disponibilidade de leitos psiquiátricos nos hospitais.

Estudo realizado no ano de 2004 em um serviço municipal público de saúde da cidade de Panambi, Rio Grande do Sul, revelou um quantitativo de 781 consumidores, onde há uma homogeneidade no percentual de consumidores de drogas psicoativas nas diferentes faixas etárias, em que a idade superior a 30 anos mantém-se entre 13,2% a 19,1%, tendo um menor percentual de usuários com idade inferior a 20 anos (20,7%)<sup>4</sup>.

Esses dados são preocupantes, pois pode haver realidades semelhantes em outros municípios do país, o que deixa em alerta gestores e profissionais da área de saúde mental, por se saber da deficiência de habilidades específicas da ESF, segundo normatiza as diretrizes técnicas e operacionais dos profissionais da ESF em lidar com pessoas em situação de sofrimento psíquico.

A OMS e a OPAS, desde a última década do século XX até os dias atuais têm considerado a saúde mental como uma prioridade que os governos latino-americanos devem encarar, pois, segundo essas organizações, os sofrimentos psíquicos aumentam ostensivamente e a maioria deles é prevenível. Tais organizações entendem também que a área de saúde mental pode contribuir para controlar e reverter os processos de desumanização nas organizações sociais, em particular naquelas de atenção à saúde mental e que os profissionais de saúde



mental não devem ocupar-se apenas em prevenir o sofrimento psíquico e atender os que dele padecem, mas também, de atender as múltiplas dimensões psicossociais da saúde em geral. Para tanto, detecta-se a necessidade de investimentos na área de saúde mental para impulsionar planos e projetos direcionados para o modelo comunitário<sup>3</sup>.

O início do século XXI foi fortemente marcado pela expansão de serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, cujo objetivo fundamental é promover a desospitalização, diminuindo as reinternações, bem como a reabilitação e inclusão social dos portadores de transtornos mentais<sup>5</sup>.

Nesse sentido, pode-se afirmar que têm sido dados passos importantes em busca de consolidação do modelo de saúde mental de base comunitária, pois já existem no país mais de 1.000 CAPS, segundo dados do Ministério da Saúde<sup>6</sup>. Contudo, esse número ainda está aquém do que a comunidade necessita, e percebe-se a insuficiência de investimentos financeiros e de recursos humanos no sentido de implementar planos e projetos para promover a saúde mental, prevenir o adoecimento e reduzir o consumo de psicofármacos pela população.

As universidades, que sempre tiveram um papel de destaque nesse cenário de mudanças, começaram a se preocupar com essa situação e, em algumas delas, foram iniciados estudos, em nível de graduação e pós-graduação, para identificar possíveis obstáculos que dificultam esse processo de transformação, evidenciados pela falta de investimentos para a formação de especialistas no campo da saúde mental, pela dificuldade de aceitação por parte das ESF em lidar com pessoas em situação de sofrimento emocional e, ainda, pelo empobrecimento de conteúdos políticos dentro dos currículos de cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde mental<sup>7</sup>.

Assim, este estudo se volta para a realidade da avaliação, pois entende que algumas experiências inovadoras no campo da saúde mental comunitária vêm sendo realizadas com sucesso em vários municípios brasileiros, a exemplo da TC na cidade de João Pessoa-PB, que fora inicialmente implantada em uma Unidade de Saúde da Família.

A Terapia Comunitária (TC) originou-se na comunidade Pirambu, bairro pobre da periferia da cidade de Fortaleza/CE há aproximadamente 21 anos. Foi criada pelo Professor Dr. Adalberto de Paula Barreto, médico psiquiatra, docente da Universidade Federal do Ceará, do Departamento de Saúde Comunitária. Ela se

realiza por meio de encontros na comunidade em que as pessoas participantes relatam inquietações e problemas advindos do cotidiano que muitas vezes, transforma-se em sofrimento emocional. Nesses encontros, resgata-se por meio do diálogo a fortaleza dos moradores, e a cada dia se experimenta o (re) fazer de elementos imprescindíveis na composição de sua identidade comunitária.

Diante dessa repercussão, a TC ganhou visibilidade no município, e houve interesse por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa em expandir a TC para outras Unidades de Saúde da Família. Em 2007, foi iniciado o processo de formação de terapeutas comunitários, e atualmente o município conta com 61 terapeutas formados, 65 em processo de formação, sendo que todos eles já realizam a TC nos territórios onde atuam<sup>8</sup>.

Após um ano do início da formação de 61 terapeutas já haviam sido realizadas 894 rodas de TC, atendendo a mais de 13.845 (treze mil oitocentas e quarenta e cinco) pessoas nas comunidades. Os terapeutas relatam que a terapia comunitária tem ajudado a melhorar o processo de trabalho da equipe, bem como os vínculos com a comunidade<sup>8</sup>.

É importante ressaltar que a TC também se expandiu no cenário nacional e internacional. Neste último, a TC é desenvolvida na França e Suíça desde 2004 e, em 2009, a TC chegou ao Uruguai, Argentina e Venezuela, através da formação de terapeutas comunitários pelo Pólo de Formação Movimento Integrado de Saúde Comunitária (MISC) da Paraíba, para atuarem em serviços comunitários. A expansão no Brasil foi mais evidente no ano de 2006, através de um convênio entre a Secretaria Nacional Antidrogas e o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC) do Ceará para formar 900 terapeutas em todo o país, para atuarem como promotores de saúde no combate às drogas. No ano de 2008, o Ministério da Saúde firmou um convênio com a Universidade Federal do Ceará – UFC, para que fossem formados como terapeutas comunitários mais 1.050 profissionais da ESF, de vários municípios brasileiros, desta vez buscando incluir a TC na atenção básica à saúde, através das Equipes de Saúde da Família. No ano de 2009, o convênio foi renovado com o Ministério da Saúde, e mais 950 terapeutas da ESF estão sendo formados, espalhados pelo território nacional. É importante mencionar que o Pólo de Formação do MISC/PB é parceiro nesse convênio e formou, no ano de 2009, 55 terapeutas que atuam em cidades do sertão paraibano, e mais 70 estão em processo de formação, também no sertão paraibano, tendo sido

incluído um município do Rio Grande do Norte. Isso confirma a expansão da TC e sua aplicabilidade na rede de serviços comunitários, em diferentes contextos populacionais de diferentes culturas<sup>2</sup>.

No momento atual, entende-se que se faz necessária uma avaliação da satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado, para que se possa continuar conhecendo o seu impacto na atenção básica de saúde e, mais especificamente, no campo da saúde mental.

## 4 MÉTODO

### 4.1. Tipo de estudo

---

Esta pesquisa trata-se de um estudo avaliativo, transversal e observacional, representativo da população usuária dos serviços de Terapia Comunitária da Atenção Básica do município de João Pessoa, Estado da Paraíba.

A literatura sobre avaliação é incipiente, tornando importante o processo avaliativo. O sentido fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços. A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários tem ganhado relativa autonomia entre as dimensões da satisfação, sendo privilegiada na mensuração da satisfação<sup>9</sup>.

Os estudos sobre satisfação vêm sendo considerados importantes instrumentos de avaliação da qualidade em saúde mental por considerar a percepção dos segmentos envolvidos nos serviços. Os novos modelos de assistência em saúde mental envolvem a ampliação da oferta de cuidados aos pacientes, exigindo do profissional um envolvimento muito maior com a clientela, o que, no caso dos pacientes graves, pode prolongar-se por toda a vida<sup>10</sup>.

Os contextos nos serviços de saúde envolvem a satisfação do usuário que passa a ser considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. Na realidade brasileira, os estudos sobre a satisfação desenvolveram-se na década de 1990, tendo sido impulsionados pelo fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação<sup>9</sup>.

Refletir acerca do cuidado, na perspectiva da tecnologia, leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando a uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal. Para entender o contexto atual que reflete a arte do cuidado inserida em um mundo

tecnológico, é necessário compreender o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade<sup>11</sup>.

A satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário<sup>9</sup>.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, que se encontra associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção, sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo. Quando se trata da qualidade do processo, a satisfação refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário. Na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos, e, ainda a satisfação dos usuários constitui um componente da aceitabilidade social. Essa aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população<sup>9</sup>.

O desenvolvimento histórico desse arcabouço conceitual e metodológico, na área da avaliação da qualidade e da assistência à saúde, tem como uma de suas implicações a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário e, mais recentemente, de responsividade, ou seja, da visão ou da experiência dos usuários dos serviços de saúde. Em um sentido mais amplo, essas pesquisas permitem verificar o modo como direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde<sup>12</sup>.

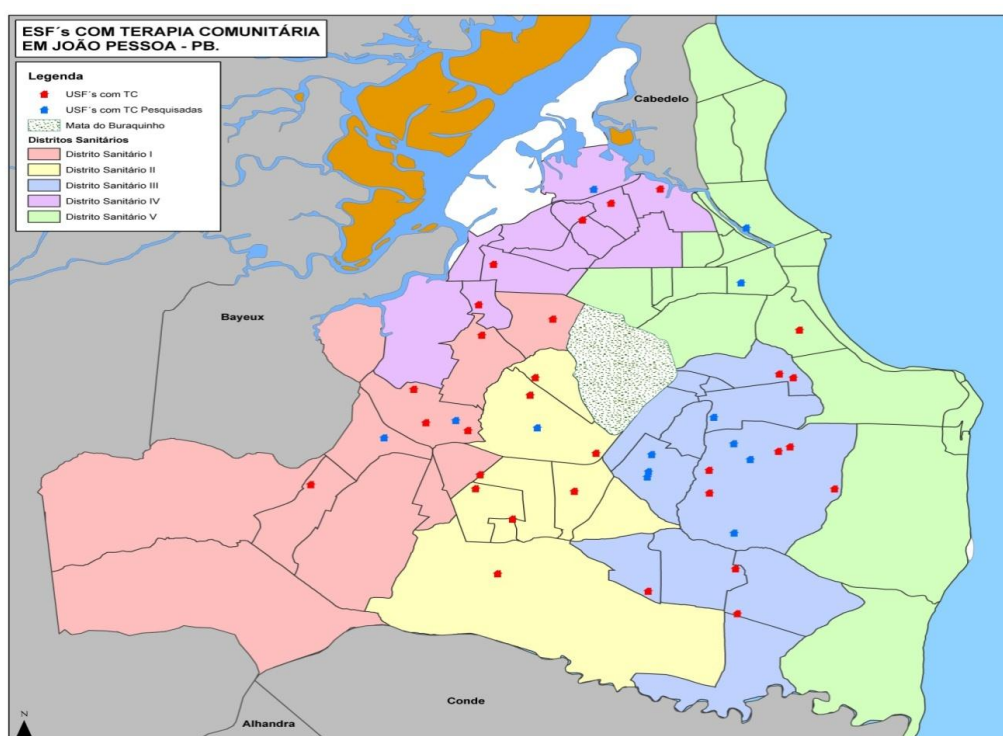
Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços (nesse caso da TC) e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial subsidiar e estimular reflexões por parte dos profissionais para melhora da qualidade dos serviços de saúde<sup>9</sup>.

## 4.2 Local da pesquisa de campo

---

A pesquisa de campo foi realizada no município de João Pessoa/PB, junto às Unidades de Saúde da Família onde ocorrem as atividades de Terapia Comunitária, conforme Figura 1. A cidade de João Pessoa possui 180 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em cinco distritos sanitários.

**Figura 1:** Distribuição das Unidades Saúde da Família com Terapia Comunitária Implantada por Distrito Sanitário. João Pessoa - PB, 2009.



## 4.3 População e amostra

---

A população foi formada por todos os usuários participantes da TC das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, estimada em 5.000 (cinco) mil participantes e pelos 113 terapeutas comunitários que fazem parte das Equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF (ver tabela 1) e que realizam a TC na área onde atuam.

**Tabela 1:** Demonstrativo das USF existentes no município com Terapeutas Comunitários por Distrito Sanitário. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa, Paraíba, 2009.

Distrito Sanitário	Quantidade de USF	Quantidade de USF com TC	Nº de Terapeutas Comunitários
DS I	44	08	17
DS II	38	09	12
DS III	54	17	42
DS IV	26	06	18
DS V	18	03	24
Total	180	43	113

Fonte: SMS/João Pessoa (2009)

A amostra do estudo foi composta por participantes da Terapia Comunitária e terapeutas comunitários. Para o cálculo da amostra de participantes, utilizou-se como parâmetros uma proporção esperada de satisfação de 80%, com nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 7%, considerando ainda o cálculo de amostra com correção para populações finitas. Estimou-se um número mínimo de 189 participantes. Para compensar as perdas amostrais esse número foi aumentado para 198. Utilizou-se o Programa para Análise Epidemiológica e Dados Tabulados-EDIPAT, versão 3.1, para a realização desse cálculo<sup>13</sup>.

A seleção da amostra de participantes foi feita aleatoriamente, obedecendo a seguinte ordem: 1) sorteio de 13 USF, dentre as 43 que possuem a TC inserida na Atenção Básica (tabela 1) (SMS/JOÃO PESSOA, 2009); 2) sorteio dos participantes das 13 USF, considerando o critério da média de participantes nos encontros de TC por unidade selecionada (partilha proporcional) . A seleção das USF respeitou a representatividade dos cinco distritos sanitários do município de João Pessoa, conforme mostra Quadro 1.

**Quadro 1:** Distribuição da média de participantes da TC por USF e por Distrito Sanitário. João Pessoa, 2009.

		<b>Média de participantes da TC</b>				
<b>Distrito Sanitário</b>		<b>DS I</b>	<b>DS II</b>	<b>DS III</b>	<b>DS IV</b>	<b>DS V</b>
<b>USF</b>						
Alto do Céu		-	-	-	10	-
Ambulantes		-	-	14	-	-
Cristo Rei		-	-	20	-	-
Eucalipto		-	-	21	-	-
Feirinha		-	-	10	-	-
Funcionários I		11	-	-	-	-
Jardim Saúde		08	-	-	-	-
José Américo I		-	-	23	-	-
José Américo II		-	-	17	-	-
Laranjeiras		-	-	12	-	-
São José		-	-	-	20	-
Tito Silva		-	-	-	-	10
Vila Saúde		-	22	-	-	-

O critério de inclusão dos participantes na amostra foi o de ter participado de pelo menos uma roda de TC, no território onde mora. Foram excluídas previamente, crianças, pessoas que apresentassem deficiência mental e/ou transtorno mental severo, devido a prejuízos apresentados na área da linguagem e da cognição, o que dificultaria a compreensão das questões e a consequente resposta às mesmas. Foram sorteados em cada unidade os participantes para compor a amostra.

Em relação à amostra dos terapeutas, vale salientar que foram selecionados os terapeutas das 13 USF sorteadas para a pesquisa com os participantes. Cada USF possuía 2 terapeutas, contudo para este estudo foi sorteado 1 terapeuta comunitário de cada USF, o que equivale a um total de 13 terapeutas.

No que diz respeito ao critério de inclusão dos terapeutas comunitários, foram definidos os seguintes: estar realizando a TC com frequência semanal ou quinzenal; já ter realizado um mínimo de 24 rodas de TC, no período mínimo de seis meses.



Esse é o período considerado apropriado para avaliar a ação do terapeuta e, também, da TC, tendo sido esse o critério estabelecido pela pesquisadora.

#### 4.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

---

Os instrumentos utilizados para este estudo foram: 1) a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR (anexo I).

1) A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – Satis-BR foi utilizada para medir a satisfação dos participantes e identificar elementos importantes em relação à Terapia Comunitária.

A Satis-BR constitui um questionário validado no Brasil no ano de 2000 por Bandeira, Pitta e Mercier. Tal questionário consta de 44 itens, dentre os quais se incluem os itens quantitativos das sub-escalas e escala global, que visam avaliar o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços recebidos e as questões referentes a dados sócio-demográficos.

A Satis-BR foi adaptada neste estudo nos seguintes aspectos: a palavra *serviço de saúde mental* foi substituída por *Terapia Comunitária* (TC) (anexo II), por ser a TC um serviço prestado à comunidade ou, melhor dizendo, uma ferramenta de cuidado para a saúde mental, e os aspectos contidos dentro do instrumento aplicam-se diretamente a avaliação da satisfação dos usuários com a TC na Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, para fins deste estudo, o instrumento adaptado ficou com 46 itens. Os acréscimos feitos foram os seguintes: no Item 12, foram introduzidas duas perguntas que dizem respeito a encaminhamentos (12 a e 12 b). Vale lembrar que a inserção desses itens não interferiu na consistência das perguntas que medem a satisfação.

Treze itens do questionário compõem as sub-escalas e a escala global para o cálculo do grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde mental (TC), as quais contêm respostas dispostas em uma escala ordinal de tipo Likert com 5 pontos.

Cinco itens abertos de tipo qualitativo (itens 13.1, 28.1, 30, 31, 32,1), são parte integrante do questionário e visam avaliar: os aspectos da terapia que foram mais apreciados pelos participantes; os aspectos menos apreciados por eles; os tipos de dificuldades que eles possivelmente encontraram no serviço (terapia); as razões pelas quais eles recomendariam ou não a terapia aos amigos, assim como suas sugestões para aperfeiçoamento.

O questionário contém ainda 11 itens descritivos (01, 02, 03, 04, 07, 09a, 09b, 12a, 12b, 18, 19, 22, 32) que envolvem os seguintes aspectos: as razões pelas quais os participantes escolheram o serviço em questão (terapia) e o tipo de encaminhamento ocorrido; o tipo de transporte usado, a facilidade de locomoção e o tempo gasto para chegar até à instituição (local onde se realiza a terapia); sua percepção sobre o problema (situação de sofrimento) que o levou à procurar o serviço (a terapia); a duração do seu tratamento no serviço (terapia); sua percepção à respeito de sua participação na avaliação das atividades da instituição (terapia); sua percepção à respeito da participação de sua família no tratamento; e sua percepção sobre a necessidade de melhorias no serviço (local onde a TC se realiza).

Sete itens sócio-demográficos (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39) se referem à idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, tipo de moradia, e condições residenciais. A escala Satis - BR possui ainda oito itens do CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), que constitui uma escala padronizada de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen. (1979). A inclusão desses itens permite comparar as respostas dos usuários à presente escala com as respostas dadas aos itens do CSQ-8, o que serviria para reavaliar constantemente a sua validade.

A escala de avaliação de satisfação dos usuários, composta por 13 itens (5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 25, 26), é considerada uma escala global resultante da junção de duas sub-escalas: a primeira sub-escala se refere ao relacionamento do usuário com a equipe do serviço e é dada pelo cálculo da média das respostas obtidas para as questões 13, 14, 16, 17 e 20. Desse modo, foram calculadas as frequências e a média das respostas obtidas nos 13 itens. Essa média, que varia de 1 a 5, indica um grau maior de satisfação do usuário, quanto mais próxima ela estiver do valor máximo 5.

A segunda sub-escala que trabalha com a apreciação do serviço, o grau de satisfação dos usuários, é avaliada, calculando-se a média das respostas obtidas para os itens 06, 09, 25 e 26. Percebe-se que, uma vez somada as escalas, elas formam o conjunto dos treze itens mencionados anteriormente (itens 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 25, 26), que têm relação com informações sobre acolhimento, respeito digno, integralidade, acessibilidade, ajuda do grupo, entre outros aspectos, revelando o grau de satisfação dos participantes da TC em relação a essa tecnologia de cuidado.

O CSQ-8, que é a escala de comparação da satisfação dos usuários – objetiva trabalhar com base em uma análise correlacional a fim de fornecer ao construto da satisfação a validade concomitante, através da comparação dos dados obtidos através dessa escala com os resultados referentes às questões do CSQ-8, uma vez que este último constitui também uma escala validada junto aos serviços de saúde mental. Esse componente é formado pelos itens 10, 12, 15, 23, 24, 27, 28,29.

A escala Satis – BR foi aplicada usando-se a técnica de uma entrevista dirigida, a qual foi realizada por entrevistadores previamente treinados para esse fim.

#### 4.5 Aspectos Éticos

---

Antes de ser iniciada a etapa de campo propriamente dita, o projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), em conformidade com o preconizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado na 54<sup>o</sup> reunião ordinária realizada em 04.05.2009.

#### 4.6 Procedimentos para a coleta de dados

---

Os procedimentos de coleta obedeceram as seguintes etapas: 1<sup>a</sup>) contato com a SMS de João Pessoa para explicar os objetivos do estudo e a sua viabilidade; 2<sup>a</sup>) conhecimento da relação dos participantes da TC e das USF sorteadas pela

SMS; 3ª) realização de contato com os terapeutas das USF sorteadas para explicação dos objetivos do estudo 4ª) planejamento das estratégias para contato com os participantes da TC por meio de visita domiciliar ou na própria USF.

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2009, e se deu de forma individual, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da amostra. A Satis-BR foi aplicada por um grupo de estudantes de Graduação em Enfermagem que recebeu treinamento de dezesseis horas, pelas pesquisadoras, para compreensão dos objetivos do estudo e do instrumento de pesquisa, bem como para uniformização da linguagem por ocasião da aplicação do questionário e do procedimento nas entrevistas com os terapeutas. A aplicação dos questionários para os participantes da TC ocorreu por ocasião de visitas domiciliares, muitas vezes, acompanhadas do Agente Comunitário de Saúde – ACS, e as entrevistas com os terapeutas comunitários foram realizadas nos locais onde ocorriam as rodas de TC.

Antes da aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, a garantia do sigilo das informações e o direito de não aceitar participar da pesquisa. Após esses esclarecimentos e tendo a pessoa concordado em responder o questionário, foi, então solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

#### 4.7 Análise dos dados

---

Concluída a coleta de dados, o instrumento de avaliação (SATIS-BR) foi armazenado em um banco de dados com auxílio dos softwares *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows* e do *Alceste 4.8*.

Foi feita a análise exploratória dos dados e a verificação de erros e inconsistência de preenchimento de questionário e digitação. Foi feita, ainda, a análise descritiva dos dados com os cálculos de frequências, médias, desvios-padrões, e consistência interna da escala de avaliação.

Para análise dos dados quantitativos, utilizando-se do SPSS, em que se calculou, as frequências absolutas e relativas e, para aferir a consistência interna, foram realizadas análises propriamente ditas dos índices Alfa de Cronbach obtidos nessa amostra e foram conduzidas estatísticas preliminares que fundamentam esse

índice de consistência interna, já que este estudo tem o objetivo de demonstrar a confiabilidade dos valores das médias observadas<sup>14</sup>. Se o Alfa estiver acima de 0,70, isso revela a consistência interna da escala.

No tocante à análise qualitativa dos usuários da TC, foi utilizado o software Alceste 4.8 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*), ou seja, Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto. Para Camargo (2005), o Alceste classifica de maneira semi-automática as palavras para o interior de um corpus a fim de compor um banco de dados. Para que isso seja possível, o Alceste segmenta o texto e estabelece as semelhanças entre os segmentos e hierarquias de classes de palavras. Esse método é chamado de classificação método descendente hierárquico e traça pressupostos ou trajetórias de interpretação, respeitando-se as quatro etapas de operação inerentes ao software (A, B, C e D).

O programa se utiliza de um único arquivo (txt) ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que são definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. Um conjunto de UCIs constitui um corpus de análise. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e constituição de um dicionário; segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto Elementares (UCE's); delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como das ligações estabelecidas entre elas; análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas e análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma)<sup>16</sup>.

Quanto à interpretação das entrevistas dos terapeutas comunitários foram analisados à luz da Análise de Conteúdo que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com vistas a obter, por procedimentos, seja sistemáticos ou objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, o que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, bem como às situações de vida que estão envolvidas com o objeto do estudo. A técnica de análise de conteúdo temática categorial foi desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: Pré-análise, que por sua vez subdivide-se em: seleção das unidades de análise, para a divisão do corpus em unidades de contexto (parágrafos) e unidades de registro (frases); recorte; codificação; classificação; categorização. Para tanto, partiu-se do processo categorial empírico, definido a *priori* no presente estudo.

## 5 ARTIGOS PRODUZIDOS

### 5.1 Artigo Publicado

#### **PSYCHIATRIC QUARTERLY**

ISSN 0033-2720

DOI 10.1007/s11126-011-9202-2

Springer Science+Business Media, LLC 2012

Volume 83, Número 1, p. 82-96, 2012

#### **EVALUATION OF PARTICIPANT SATISFACTION WITH COMMUNITY THERAPY: A MENTAL HEALTH STRATEGY IN PRIMARY CARE**

Fábia Barbosa de Andrade<sup>1</sup>

Iris do Céu Clara Costa<sup>2</sup>

#### **ABSTRACT**

Actions aimed at health promotion and disease prevention must prioritize the entry point to the health system. In this sense, it is proposed that Community Therapy (CT) be inserted as a mental health care tool in Primary Care. The purpose of this study is to assess user satisfaction with Community Therapy (CT) in Primary Care. It is an assessment, cross-sectional study with a representative sample of users of Community Therapy services in Primary Care in the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. Of the 198 interviewees, 165 (83.3%) of the sample reported that they were always respected, evidenced by aspects of respect and dignity; 109 (55.1%) individuals stated they were listened to, revealing internal consistency of 0.7187, and in turn, exhibiting the true validity of the user satisfaction construct with respect to Community Therapy. Thus, users displayed positive satisfaction, reflected by respect, dignity, receptiveness, resolution, listening and comprehension received at CT, where empathy is exhibited and mental suffering is relieved. Moreover, CT is an important mental health tool in primary care.

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/UFRN. E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia pela UNESP-Araçatuba-SP. Pós Doutora em Psicologia Social pela UAb-Lisboa, Portugal. E-mail: irisdoceu@ufrnet.br.

**Descriptors:** Patient Satisfaction, Mental Health, Primary Health Care.

## INTRODUCTION

Since the emergence of the Brazilian sanitary reform movement in the 1970s, changes in the health area have caused society, especially health professionals, to reconsider the role of the state and other institutions and entities in the construction of a political project aimed at citizens' rights, in particular the right to health.

For these changes to occur, several political, economic and educational strategies were drawn up. Plans, projects and actions that influenced how people thought and behaved, mainly health services administrators and health professionals, were reformulated to guarantee the right to health, a provision contained in the 1988 Brazilian Constitution. The last decade of the 20<sup>th</sup> century was marked by profound transformation in the Brazilian Constitution to ensure the implementation and strengthening of the National Health System (SUS), created by Law 8.080/90. SUS proposed radical changes in health care delivery. This includes the inversion of the private health care model, which is perpetuated by corporate lobbies, to a universal, integral and equitable health system. Another important inversion was directed towards the axis of care, which is centered, a priori, on the individual and curative model, changing the priority to a community and preventive model (1).

The search for a democratic health model led the government to establish long-term priorities and strategies for the hitherto uncovered population. As health services were still too scarce to provide universal coverage, the Family Health Program (FHP), currently called Family Health Strategy (FHS) was created in 1994 to ensure that primary health care services were made available to families and communities, primarily those economically underprivileged and at greater risk of disease.

The FHS expanded the primary care service network, directing it towards health promotion and disease prevention, in an attempt to decrease hospital expenses and thereby ensure more resources for the community model. The implementation of this model also meets WHO/POHA recommendations, which since the Alma Ata International Conference have encouraged countries to provide better primary care through health promotion and disease prevention.

Successes have occurred in practically all the states, suggesting that the development of primary mental health care actions by the FHS is an important complementary strategy for the consolidation of a community-based health care model, where health promotion and disease prevention, including Community Therapy (CT), are considered strategic actions for maintaining better quality of life.

CT originated 21 years ago in Fortaleza, Brazil at the Federal University of Ceara. This health strategy was instituted in communities exhibiting emotional suffering. The experience spread to other cities and eventually became part of the health agenda of 21 Brazilian states, in addition to France and Switzerland.

CT is conducted at community meetings where participants report anxieties and daily problems that often become emotional suffering. Through their dialogue residents exhibit fortitude and increasingly solidified community identity.

By virtue of the implantation of the Community Therapy service in the city of Joao Pessoa, Brazil and given the need to gauge user satisfaction with CT, the present study aimed at measuring the satisfaction of participants with this primary mental health care tool.

## METHODS

This is an evaluative study with quantitative, cross-sectional and observational design, representative of the population served by Community Therapy in Primary Care in the city of Joao Pessoa, Paraiba State. The present investigation is part of the project entitled *“Assessment of user satisfaction with SUS mental health services: Community Therapy strengthening primary mental health care.”*

The population was composed of CT participants/users enrolled in the Family Health Units of Joao Pessoa (estimated at 5000 participants) and the 113 community therapists that belong to the Family Health Strategy (FHS) teams. The study sample consisted of Community Therapy participants and community therapists. An expected satisfaction rate of 80% was used to calculate the participant sample. The confidence level was set at 95% and the maximum acceptable error at 7%, considering sample calculation corrected for finite populations. The minimum number of participants was estimated at 189; however, this was increased to 198 to compensate for sample losses. Subjects were collected from 13 randomly selected Family Health Units (FHU). The instrument used was the validated Brazilian Mental



Health Services User Satisfaction Scale (Satis-BR) (2). The scale was adapted to replace the term mental health services with Community Therapy.

The 44-question SATIS-BR user scale contains quantitative subscale questions and the global scale, which aim at assessing the degree of user satisfaction with mental health services; descriptive and qualitative questions related to the perception of users about different aspects of services received, as well as sociodemographic questions. The subscales and global scale are composed of 13 items, scored on a 5-point Likert scale, that measure user satisfaction with mental health services. These were the only items retained after analysis of internal consistency and are part of the dimensional structure or factors of the present scale. They are therefore the only items that can be used to calculate user satisfaction level. For concomitant validation of participant satisfaction with CT, 8 questions were added from the CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), a standardized assessment scale of participant satisfaction with CT. Their inclusion allows comparison between user responses on the present scale and those on the CSQ-8, which will serve to constantly reevaluate the concomitant validity of the present scale (2).

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 software was used to analyze quantitative data, calculating frequencies, means and internal consistencies of questions related to the degree of participant satisfaction. This study was approved by the Research Ethics Committee of the State Health Secretariat of Paraiba.

## **RESULTS**

Most of the sample (198) was composed of women (87.4%); age range between 41 and 60 years (35.9%) age above 61 years (31.8%); married (43.4%); owned their own home/apartment (71.2%); elementary schooling level (53.5%); unemployed (67.2%) and lived with spouse (40.4%).

Data showed that 165 individuals (83.3%) reported always being treated with respect and dignity; 109 (55.1%) said that they were adequately listened to; 87 (43.9%) were carefully listened to; 110 (55.6%) describe being very well understood, followed by 85 (42.9%) persons who were well understood.

With respect to the understanding exhibited by the team at Community Therapy meetings, it was revealed that 98 (49.5%) said they were very well understood, followed by 92 (46.5%) who were well understood; in regard to the support received at CT, 122 (61.6%) of the participants report always obtaining considerable assistance; 110 (55.6%) never had difficulty obtaining information from community therapists; 105 (53.0%) were fairly satisfied and 93 (47%) were very satisfied; 146 (73.7%) were always helped by community therapists.

We also found that 138 (69.7%) participants reported receptivity at CT meetings was very friendly, while 57 (28.8%) classify it as friendly; 122 (61.6%) said the community therapists were very competent and 75 (37.9%) rated them as competent; 116 (58.6%) individuals revealed that the person who greeted them was very competent, while 82 (41.4%) classified this person as competent; 132 (66.7%) of the subjects reported being satisfied, followed by 65 (32.8%) who were very satisfied; 102 (51.5%) rated Community Therapy meeting facilities as good and 55 (27.8%) considered them excellent. Means are shown in Table 1.

The measures of thirteen questions ranged between 4.2 and 4.9 and standard deviation between 0.4 and 0.6. These items involve user satisfaction, allowing analysis of the psychometric qualities of Community Therapy data. The Internal Consistency (CI) Index of thirteen items using Cronbach's Alpha showed an Alpha ( $\alpha$ ) of 0.7745, placing it at the limit of the ideal range (3).

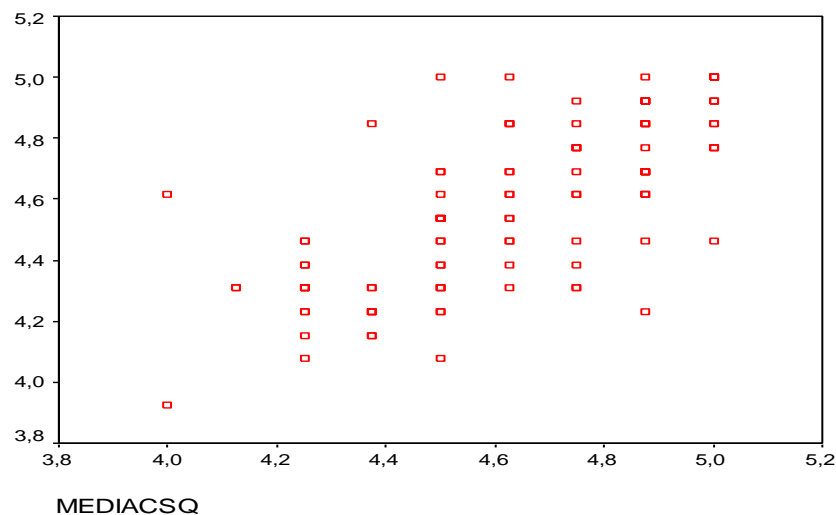
In relation to concomitant validity we recorded that 146 (73.7%) of individuals were satisfied and 52 (26.3%) were very satisfied with therapists' listening skills; 145 (73.2%) reported having been considerably helped at CT; 142 (73.7%) were certain they received the type of assistance needed at CT; 118 (59.6%) considered receptivity at CT to be excellent.

**Table 1:** Means and standard deviations of the thirteen questions on the user satisfaction scale. João Pessoa, Brazil, 2009.

Questions	Measures	Mean	Standard Deviation
5. What is your opinion about the way you were treated, in terms of respect and dignity?		4.8125	0.4356
6. When you spoke to the person who greeted you at Community Therapy, did you feel he/she listened to you?		4.5536	0.4994
8. To what extent did the person who greeted you at Community Therapy seem to understand your problem?		4.5714	0.5149
9. In general, how well do you think the Community Therapy team understands the type of help that you needed?		4.4107	0.6917
11. What is your opinion about the type of support given to you at Community Therapy?		4.6964	0.5171
13. Have you had any difficulty in obtaining information from the Community Therapy team, about questions of health, when you asked for it?		4.9464	0.4211
14. To what extent were you satisfied with the lectures on anxiety (suffering, pain, problems, dilemmas ...) given at Community Therapy?		4.5446	0.5002
16. Do you consider that the Community Therapy team was helping you?		4.7411	0.4400
17. In general, how would you classify receptivity of the Community Therapy professionals?		4.6429	0.5982
20. In general, how would you classify the competence of the Community Therapy team?		4.6161	0.4885
21. In your opinion, what level of competence did the person who worked most closely with you have?		4.5714	0.4971
25. Were you satisfied with the comfort and appearance of the facilities where Community Therapy took place?		4.3929	0.4906
26. How would you classify the overall conditions of the facilities where Community Therapy took place?		4.2143	0.6497

**Table 2:** Means and standard deviations of the eight questions contained on the concomitant validity scale of user satisfaction. João Pessoa, Brazil, 2009

Questions	Measures	Mean	Standard Deviation
10. To what extent did the therapist listen to you and the discourse of other participants help meet your needs?		4.2626	0.4412
12. Did the support you received at Community Therapy help you cope more effectively with your problems?		4.7020	0.5492
15. Did you receive the type of support you thought you needed at Community Therapy?		4.7172	0.4515
23. How would you classify the quality of receptivity you received at Community Therapy?		4.5960	0.4919
24. What is your level of satisfaction with the quality of care you received at Community Therapy?		4.4798	0.5009
27. If you need help in the future, will you return to Community Therapy?		4.8586	0.3493
28. If a friend or relative needed this same type of help, would you recommend Community Therapy to him/her?		4.8990	0.3021
29. What is your overall level of satisfaction with the services you received?		4.5051	0.5012



**Chart 1:** Distribution of the average level of satisfaction on the scale of concurrent validity in relation to Community Therapy. João Pessoa, Brazil, 2009.

In terms of satisfaction, 95 (48.0%) CT participants were very satisfied with the quality of care received, and 103 (52.0%) considered it to be good; 170 (85.9%) were certain they would return to CT if they needed help; 178 (89.9%) would recommend CT to a friend or relative who needed help; 100 (50.5%) reported being very satisfied with CT meetings and 98 (49.5%) were satisfied. Means are illustrated in Table 2.

The chart 1 shows that the average overall satisfaction versus concurrent validity of the scale, which reveals the spatial distribution of points ranging between 4 and 5. This leads to affirmation of the positive aspects of CT satisfaction by participants, thus becoming a tool of care focused on prevention of mental illness in the care perspective in horizontal.

The table above revealed that the mean of the eight questions ranged between 4.2 and 4.8 in the construct and standard deviation varied between 0.3 and 0.5. Cronbach's alpha was 0.7187, demonstrating internal consistency and construct validity of true user satisfaction with Community Therapy.

## **DISCUSSION**

Community Therapy (CT) in Brazil was created by psychiatrist and anthropologist Dr. Adalberto de Paula Barreto. Based on systemic thinking, cultural anthropology, the pragmatics of human communication according to Watzlavick (1981), the pedagogy of Paulo Freire (1997) and resilience, for more than 21 years CT has been applied among groups of people within communities that share common experiences of suffering resulting from daily adversities (4).

TC groups are open, meet twice a week and can be mixed or specific, that is, either characterized by individual diversity in terms of age, sex, ethnicity, social class and religion, or by similarity with regard to daily experiences, among them: low self-esteem, female victims of violence, individuals suffering from cardiovascular disease, elderly with unsatisfactory quality of life and people diagnosed with depression, anxiety, psychosis and panic disorder. Such gatherings are characterized as support groups (mutual assistance), since individuals feel strengthened when listening to accounts related by those who have experienced them, as well as by overcoming traumatic situations or those causing emotional suffering. By applying the theoretical framework of CT, the therapist – responsible for directing CT – learns to guide therapy so that participants are encouraged to reflect on situations that cause

suffering and overcome them using their individual inner strength – resilience. As each encounter takes place, community therapists assess improvements in the quality of life of participants and the formation of bonds with other members of the community.

CT applies a unique method consisting of 5 phases: welcoming, selecting a theme, contextualization, problematization and closing. Each phase has a specific progression and sequence of actions, leading participants to observe themselves through accounts of personal experiences (5).

There is no maximum number for these groups; rather it depends on the space available to therapists for accommodating participants, who generally sit on removable chairs in a circle, to facilitate face-to-face contact. Therapy sessions are conducted by professionals or community leaders with Community Therapy training recognized by the Brazilian Association of Community Therapists (ABRATECOM). The CT method is also known and applied by skilled professionals in other countries, such as: France, Switzerland, Uruguay, Argentina and Chile.

Although this form of care technology is still little known internationally, in Brazil it is recommended by the Ministry of Health – institution responsible for developing public policies in all areas, including mental health – as a strategy for dealing with illness in the field of primary healthcare. The number of qualified therapists already exceeds 25,000. Most are active in community services within health, education or other public arenas that endeavor to recover and strengthen mental health by building cultural relationships which seek to establish important human attributes, such as strengthening, empowerment, solidarity and quality of life.

In relation to sociodemographic aspects, social segments are evident where exclusion processes are multiple and their consequences almost always lead to the same conclusion: solitude. Helplessness nearly always predominates, except where groups transform public places into living spaces. Moreover, exposure to violence – physical and symbolic – produced in the most part by the state itself, is common and the response is often silence and conformity (6).

From the literary viewpoint, satisfaction is the act of satisfying, providing joy and satiety, corresponding to what is desired (7). Based on this definition, several aspects are involved in characterizing the satisfaction level of an individual. Analysis of these elements in health service users is therefore essential.

Satisfaction studies gained importance in the late 1990s, with the introduction of health promotion measures and strengthening of community participation in planning and assessment processes. These have grown significantly, becoming widespread and complex. Indeed, incorporating the user into evaluation has increased not only because it is a sensitive indicator of the quality of services provided, but above all because of the improved results observed from the use of a given service. These include behavior-related aspects, such as adhering to the orientation provided, which often leads users to commit to the evaluation process (8).

The concept of dignity is considered a moral principle and a basic human right. This author understands that dignity, as an autonomous and specific value, is inherent to human beings, as a result of their personality. Human dignity, thus understood, is preserved when professionals focus on interpersonal relationships, attributing importance and respecting values, beliefs and desires, in defense of autonomy and respecting people's choices and their care. Individuals must be respected for the simple fact of being.

Integration policies must be based on a good understanding of stress situations that generate marked inequities in complex modern societies. The breakdown of family structure and social support networks, absence or loss of community associations and the end of stable employment are elements that usually lead to frequently irreversible vulnerability processes (6).

With respect to user satisfaction level, we must also consider receptivity as a decisive factor. A literature review shows innumerable concepts, using different approaches. Reflecting on the concept of receptivity reveals two possible meanings. One of these understands receptivity as an attitude in relation to users and their needs, requiring continuous investigation and negotiation of health needs and ways of meeting them at all points in the health care production process. The other views receptivity as a mechanism to reorganize work, that is, a step in the work process aiming at meeting spontaneous demand, which increases access and humanizes user receptivity (8).

The literature on assessment instruments underestimated the importance of the evaluative process for a long time. The main reason for theorizing in the field of health service assessment is to convert concepts into strategies, criteria and measurement Standards. This contributes to the production of useful measures that help the decision-making process and enhance services. The use of concepts

becomes important as they represent aspects of reality, through logical constructions established according to the theoretical framework of reference. Satisfaction can also be classified as a wider dimension that depends on the following aspects: relational, understood as respect, consideration, receptivity, kindness; organizational such as organization of services; professional; socioeconomic and cultural (aspects related to the life conditions of individuals). Communication between health professionals and users has acquired relative autonomy among the dimensions of satisfaction, especially in its measurement (8).

Any discussion of receptivity also involves listening. Feeling that one is being heard is an essential factor for users to be satisfied with the service provided. In addition to generating satisfaction and security, making users feel accepted and close to their caregivers, listening to them helps create a bond with the health service (therapy), promoting optimization of the health care process and providing professionals with information about their patients (9).

These data reveal that CT meetings have instilled in their participants feelings of satisfaction, of their needs being met and above all of a strengthened sense of belonging through the help provided by community therapists and the community itself, thereby functioning as health care technology.

Reflecting on care from a technology perspective leads us to reconsider the inherent capacity of human beings to seek innovations capable of enhancing their quality of life and personal satisfaction. In order to understand the current context that reflects health care inserted into a technological world, it is also necessary to understand the historical and cultural development of society (10).

User satisfaction can be observed from the reaction exhibited within the context, the process and the overall result of their experience with a given service. This assessment is based on subjective standards, suggesting, therefore, cognitive and affective psychological activities (in the perception field), engaged in a comparative process between the experience and subjective criteria of the user (11).

This satisfaction has a direct relationship with care (Community Therapy). Care understood in a redemptive dimension of human presence in care models is essential in order to resist its control. This is because relational processes contain many challenges that must be constantly overcome for care to become a continuous non-coercive action from the health services point of view. The dynamics of



continuity generates a collaborative and solidarity relationship, where bonds become part of the care scenario.

Technology cannot be seen as only something concrete, a palpable product, but rather as a result of work involving a set of abstract or concrete actions that achieve finality – in this case, health care. Technology, therefore, permeates this process, contributing to the construction of knowledge (in its own expression); it is present from the moment of the initial idea, elaboration and implementation of the knowledge and results from this same construction. In other words, it is simultaneously the process and the product. Furthermore, technology also appears in the way relationships are established among agents and how health care is provided, understood as a work in progress (10).

It is important to reflect on the existence and duration of team meetings, as well as the participation of all individuals in collective decisions, the indispensable dialogue between the different clinical approaches, and above all the strategies used to welcome and monitor users who seek consistent and appropriate language from professionals comprising the multidisciplinary team (12).

Establishing and nurturing the health service-user bond is very important, since it allows the team to meet user needs, making them feel that their problems are understood. It is therefore essential from the onset to take stock of characteristic public health service limitations.

Under these conditions, communities are often unaware of their stored potential, which when mobilized and explored, may represent a driving force capable of promoting the transformations needed for individuals to regain their rights as citizens and their human dignity.

In this sense, Community Therapy emerges as a technological health care tool that has given satisfactory responses to its users. This work instrument can be used by health professionals and the community itself to construct their collective identity without losing sight of their uniqueness.

Community Therapy is a space for sharing, where moments marked by subjectivity make up the scenario of users seeking this primary health care service to improve their mental suffering.

For many years managed health care organizations have attempted to influence the behavior of providers and control costs, providing feedback about their use of resources. Because of public concern about quality, many managed health

care organizations are now giving feedback to providers regarding their quantitative performance, measures based on the quality rate, often simply called quality (13).

It is hoped that the present study will lead to investigations into Community Therapy actions implemented in primary care, in terms of its services, as well as implementation of this strategy in communities where it is not part of basic care.

## **CONCLUSION**

Analysis of the data obtained here reveals important attributes in mental health services and primary care, such as respect, dignity and receptivity. These attributes are indispensable for implementing health care measures with a focus on constitutional principles that guarantee access and resolvability.

Disregarding the factors involved in the concept of mental health perpetuates the ineffectual public health model. Satisfaction involves a set of elements that are not isolated, but rather complement one another in the provision of health care. Friendship can be understood as a strengthening strategy, since, in addition to favoring solidarity bonds, it leads to the construction of a cultural and relational identity based on important principles that must be considered in the realm of mental health.

CT is a model in which observing problems and difficulties predominates, often very accurately, but whose analysis does not include any perspective or resolution alternatives. Thus, it can be inferred that the increased power of communities by means of ownership and control of their own efforts and destiny produces concrete and effective community actions when developing priorities. These are evidenced in empowerment actions consisting of strengthened personal and collective autonomy, influencing decision making, coping strategies and strengthening of mental health.

## **REFERENCES**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

2. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2000; 49(8): 293-300.
3. Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*. 1989; 30 (1): 662-680.
4. Barreto A. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.
5. Barreto A. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, maio; 2008: 38-43.
6. Carneiro Junior N, Andrade MC, Luppi CG, I; Silveira C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde soc*. 2006; 15(3): 30-39.
7. Ferreira ABH. *MiniAurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa*: Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001
8. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(supl):303-312.
9. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 331-340.
10. Rocha PK, Prado ML, Wall ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6.
11. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002, 7(3): 581-589.

12. Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl. 1):16-22.

13. Valenstein M et al. Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? Am J Psychiatry 2004; 161:146–153.

## 5.2 Artigos Submetidos (em avaliação)

Periódico escolhido: *JOURNAL OF PROFESSIONAL NURSING*

### HEALTH PROMOTION: CONSTRUCTION OF A SOLIDARITY NETWORK IN PRIMARY HEALTH CARE

Fábia Barbosa de Andrade

Postgraduate doctorate student at the Federal University of Rio Grande do Norte,  
Health Sciences College of Trairi, Santa Cruz/RN, Brazil.

Iris do Céu Clara Costa

Postdoctorate in Social Psychology from UAb-Lisbon, Portugal. Postgraduate in  
Health Sciences Program, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal/RN.  
Brazil.

Correspondence to:

Fábia Barbosa de Andrade

Rua: Trairi, S/N.

CEP: 59200-000

Santa Cruz – Rio Grande do Norte - Brasil

E-mail: [fabiarbarbosabr@yahoo.com.br](mailto:fabiarbarbosabr@yahoo.com.br)

## ABSTRACT

**Introduction:** The effects of alienation, aggravated by socioeconomic conditions, are known to lead not only to economic poverty, but also to cultural poverty in terms of social bonds, capacities of organizations and above all, a negative self-image. Aimed at understanding the contributions of Community Therapy promoted in Primary Health Care of the participants in the city of João Pessoa, Brazil.

**Methods:** This is a qualitative study, conducted with 198 subjects who were participating in the Community Therapy. Alceste 4.8 software (Contextual Lexical Analysis of a Collection of Text Segments) was used in qualitative analysis

**Results:** Community Therapy enables the creation of a social relations network that strengthens the exchange of experiences, recovery of skills and overcoming of adversities based on the formation of socioemotional resources and achievement of individual and collective power.

**Conclusiones:** This enhances the quality of life of National Health System (SUS) users, and in turn, results in the social inclusion of mental health actions in primary health care.

## INTRODUCTION

The effects of alienation, aggravated by socioeconomic conditions, are known to lead not only to economic poverty, but also to cultural poverty in terms of social bonds, capacities of organizations and above all, a negative self-image. This often culminates in loss of identity itself. When institutional resources are both inadequate and difficult to obtain, abandonment and suffering increase in large portions of the population. This is because they are excluded from the economic system and relegated to the margins of social policies and the benefits of democracy. Under these conditions, communities are often unaware of their stored potential, which, when mobilized and exploited, may represent a driving force capable of promoting the transformations individuals need to regain their citizen rights and human dignity.

The Community Therapy (CT) as an instrument that will promote closer and stronger human relations in an increasingly individualist and conflictive world. The community is known to act when the family and political policies fail. Resolvability is then found in the collective, in sharing, coping and respecting individual differences<sup>1</sup>.

In this sense, CT emerges as a health care technology that has produced satisfactory results in its participants. This instrument can be used by a wide range of health professionals and the community itself to construct and strengthen bonds of solidarity, leading individuals and the community to collective identity building processes, without losing sight of the inherent uniqueness of people<sup>2</sup>. By caring for others human beings develop the dimensions of otherness, respect and fundamental values of human experience<sup>3</sup>.

CT is characterized by three basic components: 1) commitment of all active cultural and social elements to encourage the discussion and execution of mental health measures; 2) strengthening of the group, in order to promote the gathering of

men, women and the elderly, functioning as an instrument of social integration; 3) the creation of a social conscience, so that individuals become increasingly aware of misery and human suffering, facilitating the discovery of its therapeutic potential<sup>1</sup>.

In this respect, we underscore relation networks where people are united around a common goal, giving rise to changes in social reality. Thus, CT promotes the creation of a social relations network, enabling individuals to exchange experiences, regain skills and overcome adversities, based on the formation of socioemotional resources and acquiring individual and collective power.

Care must be constructed based on the health needs of users, with a focus on creating a large solidarity network in the community. The topic of a network is in fact the production of a grid in which integrality of health care services is achieved, as well as the set of necessary actions required. To accomplish health care integrality between the set of services and actions, one cannot rely on a referral-based strategy, but rather on a strategy that progressively changes from regionalization to integrated hierarchization. This results in a network of uninterrupted care, organized not by growing complexity but by progressive care<sup>4</sup>.

Community Therapy meetings create support networks and awaken possibilities of change, since community individuals belong to the same culture, share communication resources and identity bonds among themselves, exhibiting affinity for each other's suffering and seeking solutions to ease it<sup>5</sup>.

The present study aimed at understanding the contributions of Community Therapy promoted in Primary Health Care of the participants in the city of João Pessoa, Brazil.

## **MATERIAL AND METHODS**

This is a qualitative study, conducted with 198 subjects who were participating in the Community Therapy. Alceste 4.8 software (Contextual Lexical Analysis of a Collection of Text Segments) was used in qualitative analysis. According to Camargo<sup>6</sup>, Alceste classifies words semi-automatically to form a databank. For this to occur, Alceste segments the text and establishes similarities between segments and hierarchies of word classes. This method, called the hierarchical descending classification method, traces assumptions or interpretation trajectories, following four operation stages inherent to the software (A, B, C and D).

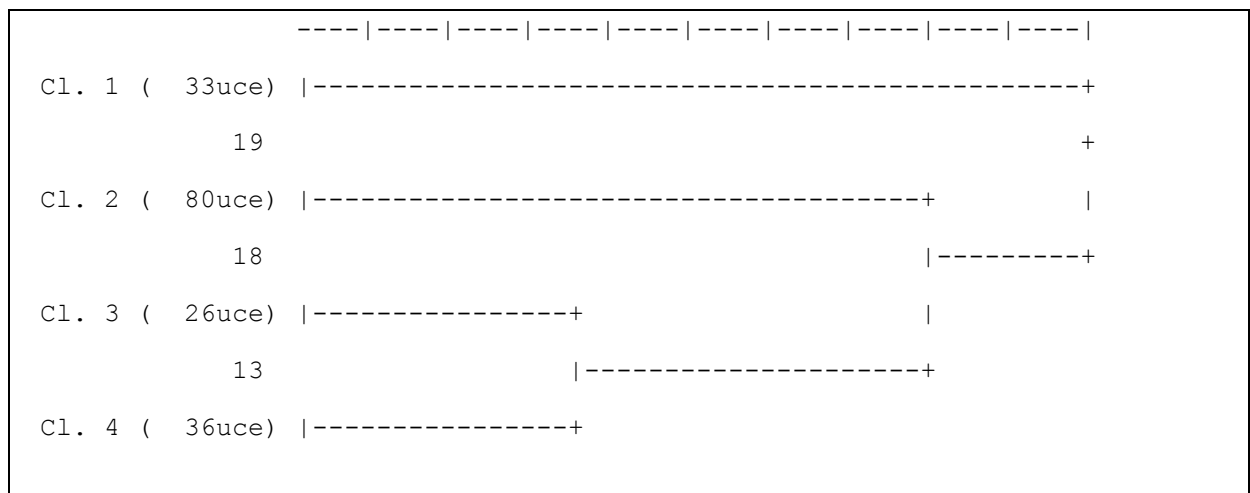
The program uses a single file (txt) or initial context units (ICU), determined by the researcher and the nature of the research. A set of ICUs constitutes a corpus analysis. The analysis process consists of the following stages: identification of words and their root forms and creation of a dictionary; segmentation of the discursive into elementary context units (ECUs); delimitation of semantic classes, followed by their description using quantification of root forms and function of the ECUs, as well as the links established between them; analysis of the association and correlation of variables for the classes obtained and analysis of the links established between typical words as a function of class (dendrogram)<sup>5</sup>. This study was approved by the ethics committee because it was the use of human beings. It was observed the signing of the informed consent of research subjects.

## RESULTS AND DISCUSSION

The *corpus*, consisting of 198 initial context units (ICUs) or interviews, emerged after analysis with Alceste software. This indicated the corpus was divided into 204 elementary context units (ECUs), corresponding to 100% of the material analyzed, including 175 classified ECUs (85.78%).

The empirical material evaluated revealed a dendrogram consisting of four classes (Fig. 1).

**Figure 1.** Dendrogram – Descending Hierarchical Classification.



The dendrogram is represented by four stable classes based on descending hierarchical classification (DHC). Their contents are shown in the interclasses.



The four classes shown in Figure 1 demonstrate interdependence in the conjuncture of Community Therapy, since care provided in the horizontal perspective promotes feelings of well-being in the community and the construction of solidarity bonds, creating feelings of empowerment.

This interdependence restores the integrality of mental health care, thereby meeting user needs when resources are no longer available in the family health strategy (FHS). Integrality acts with solidarity and commitment in caring for the user, problem resolution, professional technical knowledge, receptivity and bonds that are established between users and the health team<sup>7</sup>.

### **Classes and their meanings.**

The four classes or categories are described and denominated according to semantic contents to follow, presented along with the topics corresponding to each one.

**Chart 1.** Semantic classes/categories.

<b>Semantic Classes/Categories</b>	
<b>Class 1</b>	<b>Listening in horizontalized care</b>
<b>Class 2</b>	<b>Feeling of well-being</b>
<b>Class 3</b>	<b>Construction of solidarity bonds</b>
<b>Class 4</b>	<b>Feeling of empowerment</b>

**Class 1: Listening in horizontalized care**, composed of 33 ECUs, accounts for 18.86% of classified ECUs, according to the sample in Table 8.

**Table 1:** Significant words from class 1.

<b>Word</b>	<b>Frequency</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Learned	04	6.99
Achieved	04	12.58
Recount	04	17.61
Forget	05	22.15

Listen	09	23.29
History	06	26.73
People	10	30.94
Circles	15	43.10

After the CT meetings, parts of the collective become important to one another, in a continuous and dynamic relationship process, as shown in the following discourse.

[...] listening more was another thing I learned in the community therapy circles [...] we ended up absorbing the stories told by people in the community therapy circles [...] in community therapy we have the opportunity to speak and listen to stories told by others, because everyone learns a lot from this [...] I feel that in community therapy people really understand us [...] I think that as people tell their stories in community therapy, we grow a little with each experience [...] I think that a lot of people need to be heard and community therapy provides this opportunity to listen to daily problems [...].

The aforementioned examples indicate that CT participants emphasize aspects associated to: *forgetting listening, people and circles*, which reflect the cumulative power of this therapy in its moments of listening and discourse in the community. These are understood as important listening and life history attributes in the discussion circles formed by individuals to share their joys and sufferings.

Listening to one another's life stories makes everyone co-responsible for overcoming daily challenges, promoting solidarity, sharing, recognizing the internal dynamic of each human being, as well as their capacity for social and collective transformation, resulting in a culture of peace and an experience of spiritualization<sup>8</sup>.

Amongst the tools used in health care production, Community Therapy is a simple technology capable of constructing solidarity bonds, receptivity and responsibility, producing transformations in health practices.

According to Merhy<sup>9</sup>, simple technology refers to relationships that are essential to health care production, in which professionals give priority to dialogue, listening and receptivity while attending a patient. The technology of relationships is a humanized care device that meets user need with respect to disease prevention and health care promotion.

**Class 2: Feeling of well-being**, consisting of 80 ECUs, equivalent to 45.71% of the classified ECUs, as per Table 2.

**Table 2:** Significant class 2 words.

Word	Frequency	X <sup>2</sup>
I believe	08	7.13
When	18	11.30
I like	21	9.99
I will go	15	11.44
Well	23	12.31
I feel	22	21.02
Very good	13	8.96

Table 2 shows that the most significant words in the construction of this class are *when*, *I like*, *well* and *I feel*. These data may reveal the independence and feeling of well-being in CT participants not only in terms of a primary care strategy, but also as a mental health care tool, evidenced in the following discourses:

[...] in community therapy I always feel wanted, I believe that they would also feel that way [...] going to community therapy is very good for health, I always feel better when I go [...] we only get good things out of community therapy, I think they would like it [...] I think that if they went to community therapy they would feel as good as I do [...] community therapy is very good for me [...] it rekindles the humanity that we had left behind, as well as the happiness and feelings that it causes [...] when I go to community therapy I always feel very good, it's something I enjoy taking part in [...].

These data show that in CT, each group member is seen as a being replete with knowledge and feelings, in which open and reflexive dialogue about their anxieties and fears experienced in the group are discussed. An exchange of knowledge occurs, generating important points for human identity, such as the joy of living and feeling well, along with other feelings such as happiness, comfort and security<sup>10</sup>.

In health care and receptivity, the feeling of well-being is considered a good reception capable of evoking positive feelings by means of qualified listening aimed at resolving user needs. The professional will be promoting user welfare, thereby eliciting their self-confidence as well as consolidating CT in primary health care.

**Class 3: Construction of solidarity bonds**, composed of 26 ECUs, equivalent to 14.86% of classified ECUs, as displayed in Table 3.

**Table 3:** Significant class 3 words.

Word	Frequency	X <sup>2</sup>
Help	21	83.29
Friends	02	4.00
It succeeded	04	10.31
Large	07	16.88
Win	04	17.27
Need	11	31.21
Life	05	5.23

Table 3 demonstrates that the words that most contributed to the formation of this class were *help*, *large*, *win* and *need*, where the formation of solidarity bonds in the community is revealed in the following discourses:

[...] life is significantly benefitted by community therapy, everything seems to get better [...] it succeeded in giving me the help I needed at the right moment, so I always recommend it [...] when we share our problems we always get a lot of help [...] everyone is concerned with helping others, it's a very large friendship network [...] besides help, I also made a lot of friends [...] taking part in community therapy helped me see life in a different way [...] I am very satisfied with the help I received at community therapy [...] the good thing is that, besides getting things off my chest, I made some great friends at community therapy [...].

In this sense, the model for extending and qualifying community health care services is designed for care to follow the family, social and cultural network as closely as possible. This aspect is important in regaining one's life history and

understanding the disease process. Moreover, the concept that health production is also produced by the subjects themselves must also be put forth. Knowledge and purely technical practices must be combined with a process that values subjectivity. Thus, health services may become more receptive, with the possibility of creating bonds<sup>11</sup>.

Community Therapy enables the creation of a social relations network that strengthens the exchange of experiences, recovery of skills and overcoming of adversities based on the formation of socioemotional resources and achievement of individual and collective power.

Bonds allow the construction and strengthening of a solidarity network. The institutionalization of this network refers to a pattern of interdependence in which actors involved in the process describe collective actions planned and deliberately directed towards the search of common objectives. This results in a strengthening of social transformation, whose actors and organizations may promote changes in human identity patterns<sup>12</sup>.

**Class 4: Feeling of empowerment**, represented by 36 ECUs, equivalent to 20.57% of classified ECUs. The most significant words for this class are exhibited in Table 4.

**Table 4:** Significant class 4 words.

Word	Frequency	X <sup>2</sup>
Cope	03	11.79
I think	06	5.62
Speak	09	15.61
I'll stay	05	11.54
Power	08	14.42
Problem	28	94.56
Resolve	05	19.87

Table 4 shows manifestations of empowerment represented by the words *cope*, *Power*, *problem* and *resolve*, evidenced in the following discourses:

[...] we are strengthened when we see other people's problems, we always learn a lot at community therapy [...] when we talk and cry about our problems at community therapy, we feel better [...] as we talk about our problems we feel better [...] community therapy is a space where we can talk freely about our problems, maybe they would like to take part[...] one of the most important things I learned at community therapy was how to cope with my problems, everybody should participate and learn this lesson [...] our problems and anxieties are dealt with at community therapy, we often end up identifying with other people's problems [...] at community therapy we can speak freely about our suffering, and this makes us feel better [...]

It can be inferred that at moments of discourse and listening in CT meetings, self-recognition, acceptance of weaknesses, decisive action and strengthening may emerge in the human condition. In CT, the community becomes the link of strength and empowerment for users treated in that facility, considering their similarities and differences<sup>13</sup>.

These meetings generate a feeling of belonging that stimulates users to be actors in their own life stories, becoming capable of identifying their emotional needs. They can therefore intervene in the construction of coping strategies, generating empowerment in the users participating in CT meetings.

To ensure the construction of empowering practices, it is necessary to change the health care model. In order to achieve this, health care technologies must be substituted by more simple versions. The service must be a producer of health care<sup>7</sup>.

"Health care production is seen as a system integrated to other levels of care. Thus, all available resources must be integrated and guided by a therapeutic project directed towards the user. These resources must be able to ensure access to the necessary health care technologies".

Starting from the viewpoint of current health technologies, it can be concluded that professionals need to work with simple technologies, in combination with other types offered by health services<sup>14</sup>.

Thus, CT is in fact a mental health care technology as it deals with the daily reality of the population in their social context and the forms of personal value given by members of the CT group. These values are continuously examined, promoting the development of humanized relations as well as mobilizing social and cultural resources in the community. This enhances the quality of life of National Health

System (SUS) users, and in turn, results in the social inclusion of mental health actions in primary health care.

## **FINAL CONSIDERATIONS**

This study aimed to measure the contributions of Community Therapy (CT) in the lives of the participants who attended the Primary Health Care, where one can observe that fail to consider the factors involved in the concept of mental health is still dealing with the public health model, yet so incipient. The biggest challenge, perhaps, be coupled to the deconstruction of the psychiatric model that has long prevailed and still insists on keeping upright. Then comes the need to learn to work in the relational culture community in order to alleviate the suffering of those who seek mental health services often requiring not only of the biological approach but above all to feel listened to with respect to their fears, anxieties, sorrows, and others.

Be well heard and understood in the health unit which is considered the gateway network of care should be practiced in daily practice to be considering the participants' satisfaction of CT in primary health care tool. Speaking in host also implies listening. Feel what is heard is a fairly representative factor for users to feel satisfied with the service you provided.

CT has been strengthening mental health care, as it constitutes itself as a technology for preventing, reducing the consumption of psychotropic drugs and strengthening the gateway to the network of mental health and psychosocial support.

## **REFERENCES**

1. Barreto A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.
2. Ferreira Filha MO, Dias MD. A Terapia Comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Texto mimeo. UFPB/CCS/DESPP/PGGENF; 2007.
3. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 7.ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de Aprendizagem – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Camarotti MH. A doença como fonte de transformação: um estímulo a resiliência comunitária. Artigo do mês [online]. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br>. (08 out.2008).
6. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP. (org). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005, p. 511-539.
7. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na Assistência à saúde: A organização das linhas de cuidado. In: Campos GWS et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003.
8. Alves R, Elóis JLM. Terapia comunitária: espaço de fala, escuta e crescimento. Associação Brasileira de Terapia Comunitária. Disponível em [http://www.abratecom.org.br/artigo\\_detalhe.asp?art\\_ID=10](http://www.abratecom.org.br/artigo_detalhe.asp?art_ID=10). (15 dez.2008).
9. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP; 1997.
10. Rocha IA et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 687-94.
11. Ministério da Saúde (BR). Dados em Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnash.pdf>. (18 nov.2007).
12. Teixeira SMF, Fleury AMO. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.



13. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. Rev. Eletr. Enf. [on line]. 2009; 11(4):964-70.

14. Pinheiro R, Gomes APCM. Acolhimento e Vínculo: Práticas de Integridade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro: [ s.n] 2005. Disponível://www.isc.ufba.br/arquivos/pdf/Texto%20C4%20v9n17%20Interface.pdf. (01 mar.2009).

Periódico escolhido: *EVIDENCE-BASED NURSING*

**COMMUNITY THERAPY: IMPROVING MENTAL HEALTH CARE IN BASIC HEALTH**

Fábia Barbosa de Andrade<sup>1</sup>, Iris do Céu Clara Costa<sup>2</sup>, Maria de Oliveira Ferreira Filha<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nurse. PhD in Health Sciences from the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN). Professor of Nursing at the Trairi University of Health Sciences (FACISA)/UFRN. E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Dental Surgeon. PhD in Dentistry from UNESP. Post Doctorate in Social Psychology from the UAb-Lisbon, Portugal. E-mail: iris\_odontoufrn@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Nurse. Community Therapist. PhD in Nursing from Federal University of Ceara (UFC). Professor of Nursing at the UFPB. Member of the Panel of Experts in Mental Health Nursing Education of the Americas. OPS/OMS. E-mail marfilha@yahoo.com.br.

**ABSTRACT**

The present study aims to discuss how Community Therapy (CT) improves mental health care in basic health. This is a qualitative study conducted with 13 community therapists serving the municipality of João Pessoa in Paraíba state, Brazil using thematic category analysis. Results show that in order to promote improved mental health care in basic health, three thematic categories emerge: CT: a prevention tool; reduced use of psychotropic medication and; improving the gateway to the mental health and psychosocial support network. Thus, we concluded that mental health care can be improved at CT meetings, since these encounters encourage individuals to share their lives and empowers them to deal with emotional suffering.

**Descriptors:** Mental Health, Basic Care, Nursing.

## INTRODUCTION

Mental healthcare has been supported by the hospital-centered model since the 1980's. This process, known as deinstitutionalization of the mentally ill or psychiatric reform, has gained the attention of government leaders and professionals in the field and is backed by Mental Health Conferences, legislation and ministerial decrees. An important theoretical framework in Mental Health for Latin America is the Declaration of Caracas, which condemns the previous exclusivity given to psychiatric hospitals as the only source of assistance for the mentally ill<sup>1</sup>.

Developments in psychiatric reform have seen the emergence of the concept of Mental Health as a new object, overcoming the notion of preventing mental disorders, to achieve a project of mental health promotion. Mental health is a broad concept in that it considers the psychological and social dimensions of health and the psychosocial factors that determine the health and disease process<sup>2</sup>.

The Caracas Declaration and National Mental Health Conferences, as well as practical landmarks such as the creation of the Psychosocial Care Center (CAPS), provided the legal foundation for the onset of psychiatric reform. Furthermore, a new mental healthcare model began to form, replacing the asylum model with a network of community-based regional services. This gave users access to interdisciplinary teams to monitor therapy, allowing them to become agents and subjects of the treatment itself, providing them with dignity in their search for social inclusion<sup>3</sup>.

However, several weaknesses or contradictions can be identified to improve mental health care, and appear similar to difficulties encountered in the operationalization of mental health policies in the country. Among these are: verticalization and normatization of the Family Health Strategy (ESF), which reinforce the prescriptive and authoritarian character typical of traditional programs developed by the Ministry of Health, hindering appropriate care in accordance with local realities; incapacity of professionals to deal with content associated to psychological distress and the subjective needs of daily care; tendency towards medicalization of symptoms and; difficulty in establishing reference and cross-reference services, requiring flexibility in carrying out ESF<sup>4</sup>.

Research by PAHO/WHO indicate that in 2000, mental and neurological disorders accounted for 12% of all disability-adjusted life years (DALY) lost due to incapacitating disease (depressive disorders, schizophrenia, substance abuse,

epilepsy, mental retardation, childhood and adolescent disorders, and Alzheimer's) and by 2020, the burden of these diseases will grow to 15%, with only a minority of individuals receiving adequate care<sup>5</sup>.

Successful experiments conducted in several Brazilian municipalities, from almost all the country's states, show that the development of basic mental health protocols by the ESF appears as a complementary and fundamental strategy for consolidation of the community-based healthcare model. In this model, health promotion and disease prevention are essential activities in maintaining better quality of life; among these is Community Therapy (CT).

CT is undertaken through community gatherings where participants relate their everyday concerns and difficulties, which often translate into emotional distress. The dialogue at these encounters demonstrates the strength of participants, who experience the vital components of their community identity on a daily basis.

The results of these meetings showed that both CT professionals and participants perceived positive impacts, including less emotional suffering among users, greater strength in the face of difficulties and hope for the future.

The technology of care within basic health is understood through its material and non-material development in the production of healthcare services. Thus, work practices at this level of care should include several technologies adapted to health needs, represented by the strategies and healthcare services necessary to improve individual living conditions without compromising care that requires the latest technology<sup>6</sup>.

In this mental healthcare scenario, the ESF is considered a primary level of care, that is, a gateway for community health needs, where healthcare professionals implement the technology of care in order to prevent mental illness. Thus, the present study aimed to discuss how Community Therapy improves mental health care in basic health.

## **METHODS**

This is a qualitative study, performed from May to July 2009 in the city of João Pessoa, Paraíba state. The sample consisted of thirteen randomly selected community therapists. Data were assessed by Thematic Analysis<sup>7</sup>, which involves a set of communication analysis techniques that use systematic or objective

procedures to describe the content of statements. This allows the inference of knowledge regarding conditions in which they were produced, as well as the life situations involved in the object of study.

Thematic analysis was developed in the following stages: Pre-analysis, which was subdivided into selecting units of analysis to separate the corpus into units of context (paragraphs) and units of record (phrases); outline; coding; classification; categorization<sup>7</sup>. To that end, we began with the categorical empirical process, defined a priori in this investigation. The present study is part of the research project entitled *Community therapy as an instrument for including Mental Health in Primary Care: evaluating user satisfaction*, which was approved by the Research Ethics Committee. Subjects were identified by the letter S in order to ensure anonymity.

## RESULTS AND DISCUSSION

Following empirical analysis, three thematic categories emerged to promote improved mental health care in basic health: *Community Therapy: a prevention tool*; *Reduced use of psychotropic medication*; and *Improving the gateway to mental health and psychosocial support networks*, which are discussed below.

<b>THEMATIC CATEGORY 1</b>
<b>COMMUNITY THERAPY: A PREVENTION TOOL</b>

Thematic category 1 was compiled after analyzing subject statements and denominated **COMMUNITY THERAPY: A PREVENTION TOOL**, which identified important elements in good mental health care practice. Statements related to this category are detailed below:

[...] “*in my field there are a number of idle individuals suffering from anxiety, with an obvious need to be heard*” [...]. S1

Illness is alleviated when it can be shared, characterized as sharing not only pain, but also lives; evidenced in the following statements below:

[...] *“CT prevents the suffering that leads to illness from progressing. It allows us to hear other people’s stories and shows us that everyone has problems and that we are capable of overcoming them”*. S2

[...] *“Therapy is undoubtedly an excellent curative and preventive tool in mental health. Most of those who participate in group therapy have shown significant improvement”*. S3

[...] *“The opportunity to vent your suffering and share your frustrations, and the knowledge that someone will listen and that others also experience the same difficulties provides great relief!”* S4

[...] *“CT helps people realize that everyone has problems and this alleviates their suffering”*;

Community mental health care aims to prevent and treat the cases identified, in addition to improving or maintaining the health of the population. Prevention in mental health has been widely discussed, from Leavell and Clark’s Levels of prevention to the Caplanian consultation. However, this study considers prevention as a strategy allowing systematic dialogue, but within a historical, political, economic, social and cultural context where subjects feel their health has been affected by their everyday problems, resulting in mental suffering<sup>8</sup>.

This strategy consists of providing a welcoming environment for subjects to express their emotions without fear of criticism or judgment, helping them to reflect on their pain and offering a collective space to exchange enriching experiences that can shed light on the problem.

Community Therapy is not intended to solve problems, but rather to form networks of solidarity that improve the self-esteem of individuals, families and communities. However, the current health model in ESFs focuses on providing care in terms of the number of consultations performed by professionals. This results in greater burdens on doctors who are unable to satisfactorily treat users by offering a qualified listening space. Thus, it is said that the medical model of care is a triad: complaint, consultation, prescription<sup>8</sup>.

Emotional suffering is often identified through clinical complaints, of organic or emotional origins, which reveal the impact of contextual variables and situations that demonstrate daily suffering. These include lack of housing, food, work, a reasonable wage, respect, tolerance, dignity, justice and peace.

To understand mental suffering one must consider important attributes in its composition, which can function as risk factors. Daily living situations that favor illness are often unknown to the user and professional teams must understand the origin of emotional suffering in order to consider the peculiarities of this illness in their action plan. This distress is alleviated through the possibility of dialogue, as demonstrated in the following section.

Each person within a community needs to be understood as an individual and collectively heard in regard to their personal, professional and family experiences, that is, as part of a human community that views them as a vital element of society, continuously building and maintaining social bonds. If these bonds weaken for any reason, individuals will begin to feel separated from their identity. If this separation is not shared and addressed, and coping strategies developed, the subject may begin to feel lonely, believing their problem has no solution and they are no longer important. Thus, they take refuge in their fears and disappointments, closing themselves off from the outside world.

Suffering is a condition experienced by everyone, and leads to self-knowledge. It allows individuals to live more fully since the greater the self-knowledge, the better the acceptance and growth of cultural identity.

Alleviation of suffering occurs when sufferers perceive that pain has decreased in intensity and relevance when expressed orally. CT enables participants to express their daily suffering and, in turn, contributes to alleviating emotional distress.

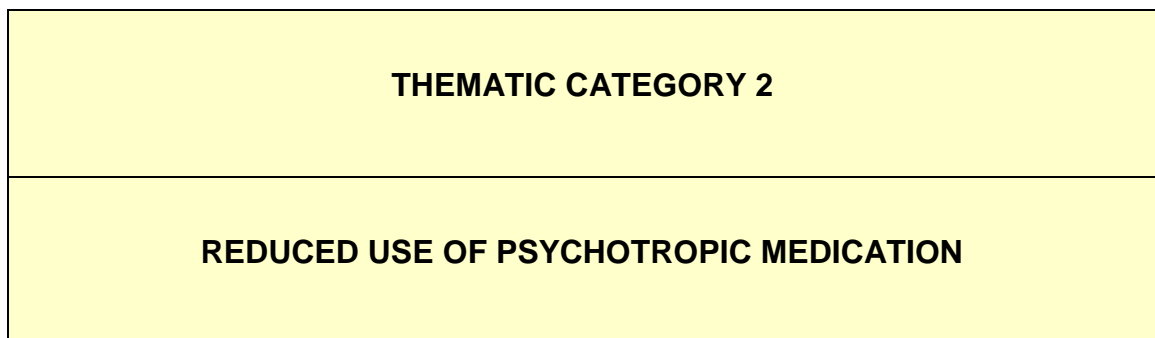
Psychological suffering in humans is genetically inherited and caused by an excess of, in Freudian terms, pathos, a central ingredient of the human essence. Thus, the psychological organization of each individual must be understood as a unique and unparalleled creation in order to guarantee survival of the species. Freud also states that neuroses, perversions and psychoses are modes of subjectivity encountered by individuals when faced with uncontrollable urges<sup>9</sup>.

It is important to underscore that CT is not only a tool in caring for the mental health of participants, but also for that of the therapist, as demonstrated below:

[...] *“CT not only helps users to identify the causes of problems, but also how to deal with them, in addition to strengthening us as professionals”;*

[...] *“Yes, it is a care technique that benefits not only the users, but also members of the professional team”;*

It is known that caregivers, in this case the therapist, require constant inner strength since dealing with individuals suffering from serious emotional difficulties, such as hunger, drugs, family violence, the breakdown of family and social structures, and situations of loss, can impact their own lives. Such problems are encountered by healthcare teams on a daily basis.



Thematic category 2 was compiled after studying the statements made and was denominated **REDUCED USE OF PSYCHOTROPIC MEDICATION**, identifying aspects such as lower consumption of psychotropic drugs by community members.

All interviewees reported reduced use of psychotropic medication by participants of CT groups. Although there are no evidence-based studies that confirm the reliability of this information, it appears in the present study as an indicator worthy of further investigation. Therapists revealed that:

[...] *“some individuals have reported that participating in CT has improved their quality of life and self-esteem, and as a result, reduced their dependence on medication”;*

[...] *“Users who regularly attend CT have not only decreased their visits to the Family Health Unit, but also reduced their medication”;*



[...] “Yes, but this number is still very low due to several factors: dependence, fear of interrupting medication; constant medical prescription and frequent prescription of psychotropic drugs. Those prescribed treatment by a psychiatrist continue this treatment without evaluation due to a shortage of these professionals in the health network. Demand remains high, hampering return assessments and making individuals increasingly more dependent”.

Increased modernization has resulted in significant lifestyle changes, including a rise in social inequality, violence, poverty, unemployment, alcoholism, and competition, among others. These affect quality of life, making individuals anxious about everyday events and promoting the use of other strategies to cope with their daily reality, such as the use of psychotropic medication.

Psychopharmacology occupies a singular, and possibly more difficult, position than other classes of pharmacological therapy. This is because pathology, the object of psychiatric drugs, is less defined, either due to its origin or the factors that determine its evolution<sup>10</sup>.

Psychotropic drugs act on the Central Nervous System (CNS), causing changes in behavior, moods and cognition<sup>11</sup>. These medications are prescribed to those experiencing emotional and psychological suffering, or other problems that affect the functioning of the mind. They are not always recommended as exclusive therapy, and all professionals caring for patients using this medication should evaluate the interaction between psychotropic drugs and other preventive, therapeutic and rehabilitative intervention techniques in order to assess their effectiveness as treatments<sup>10</sup>.

The growing consumption of psychotropic medication by the Brazilian population appears to be correlated to financial and emotional difficulties. Often their manner of dealing with these problems, which cause emotional suffering, has been to seek out medication that alleviates this emotional pain.

CT provides a basis for developing networks of solidarity, strengthening the identity and cultural diversity of communities, given that they address loss and crises, and value individual and family abilities. Dialogue is the essence of education as a practice of freedom, and it is believed that overcoming difficulty requires experiencing and identifying with emotion, allowing resignification to ensure deeper knowledge of issues related to the Self<sup>12</sup>.

Thus, when individuals discover the origin of their suffering through a decision and define their own coping strategies, they free themselves from pain and medication becomes unnecessary. Statements made by therapists illustrate this situation:

[...] *“Definitely. Many individuals realized they needed psychological help and not medication to overcome their problems”*;

[...] *“Yes, there have been two cases of users who found inner strength through CT and stopped using medication”*.

It is in subjectivity that one achieves the imaginary and finds the strength needed to break with old dogmas. Subjectivity refers to a necessary part of understanding how individuals express the attempt to act in the world. This subjectivity arises and is strengthened on a daily basis through life events, as well as the feelings, thoughts and feelings attributed to them by individuals, cooperating to form a cultural and historically specific conscience<sup>13</sup>.

Thus, the concept of subjectivity is substantiated based on principles of interiority, considered in historical, social and political terms. From a critical standpoint it is viewed as an alternative to the questioning of identity, attempting to understand the differences present at the core of society<sup>14</sup>.

As an orchestrator, therapists enable participants to recover their cultural, emotional and family identity, awakening memories. It therefore falls to the therapist to facilitate the empowerment process, which occurs primarily through subjectivity: *“I can, I am capable”*<sup>8</sup> !!! The therapist interviewed offered the following statement:

[...] *“emotional feelings emerge during the group session, people converse and learn to deal with a number of difficult situations in their own lives”*.

Empowerment occurs when individuals believe, as subjects in an essential dynamic process, that they belong to a social group. This group is in turn capable of accepting individual differences, valuing each individual and learning to live with diversity<sup>9</sup>.

It is important to note that CT is not intended to replace treatment with medication, but rather as a complement to treatment with psychotropic drugs to

prevent dependence resulting from prolonged use. This role of CT is acknowledged by therapists:

[...] *“In primary care, CT is a necessary instrument and can prevent mental illness, even aiding treatment and recovery, resulting in improved quality of life”;*

<b>THEMATIC CATEGORY 3</b>
<b>IMPROVING THE GATEWAY TO THE MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT NETWORK</b>

Thematic category 3 was compiled based on an analysis of statements given and titled **IMPROVING THE GATEWAY TO THE MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT NETWORK**, demonstrating important elements of strengthening the care network, with primary care as a gateway. The statements below substantiate this thematic category:

In order to guarantee healthcare services, the National Health System (SUS) mandates that the healthcare network be designed in accordance with organizational principles, including hierarchization and regionalization. These establish a system of reference and cross-reference that occurs when healthcare services receiving users are unable to achieve their goal of meeting the individual’s needs. This scenario can be improved by including CT in primary care, as demonstrated by the following statements given by therapists:

[...] *“I have already referred a patient to Psychosocial Care Centers (CAPS)”;*

[...] *“Yes, there have been cases of referrals to the Social Inclusion Center (CAIS) and subsequently to child CAPS”;*

[...] *“Indeed, even though people are not yet sensitized to the work performed by CAPS, they continue to overestimate psychiatric consultations and report that CAPS prioritize professionals who monitor that service”.*

According to the World Health Organization (WHO), *“health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity”*, and is influenced by socioeconomic and economic factors: food, housing, education, income, environment, work, transportation, employment, leisure, freedom, access to and ownership of land, and healthcare service facilities. Finally, health is a dynamic process in which man struggles against forces that tend to alter the balance of their health<sup>15</sup>.

CT is not an isolated service, despite occurring in different urban areas, and therapists acknowledge its role as a mediator and social facilitator. Problems aired by participants during sessions are often economic and social in nature, such as unemployment, difficulty owning their own home, and lack of neighborhood security, among others. In such cases, therapists must be familiar with the support services comprising the local network in order to refer patients to competent authorities and help them find a solution for their problems. This is evidenced by the accounts below:

[...] *“during CT, identifying individuals who require help from other services”;*

[...] *“because CT situations assist professionals in referring the user to another service”.*

In CT encounters, bonds between individuals are strengthened as each subject is broached. CT serves as an instrument of reflection on the reality of the population treated at the ESF, and facilitates the work of professional teams by improving their relationship with the community through understanding their needs.

Participants in this therapy are men and women of different ages, who are able to recover their self-esteem by recognizing their abilities resulting from the resilience acquired. All group members share responsibility for seeking solutions, building solidarity and overcoming daily challenges. This promotes positive action in mental health, which translates into empowerment and, in turn, improves collective quality of life<sup>16</sup>.

This enables the formation not only of a network of solidarity, but above all the discovery of others strengths and weaknesses. These function as a driving force in the empowerment of users who deal with social and emotional difficulties, revealed through the subjectivity of all CT participants.

Statements made by therapists evidence the recovery of the wealth of human identity, improving their relationship with other community members and developing support strategies for difficulties that may cause suffering in those under their care.

CT was also shown to provide family support, as demonstrated below:

[...] *“Therapy is a support network for families experiencing difficulty. By participating I discovered the importance of listening to and sharing the hardships of others. It is a door of opportunity transforming those willing to participate into unique, enlightened individuals”.*

The family is the focal point from which both suffering and solutions emerge, since this context presents a mixture of human relations, where the combination of family bonds and the values of each element set the stage for emotional agreement and disagreement.

CT receives a number of individuals, but the majority of accounts are related to family situations, understood not only as difficulties of coexistence, but primarily how each individual uses CT to develop strategies for strengthening his or her family.

The ideas of healthcare professionals and technicians regarding mental health in primary care are permeated by impasses, given the ESF commitment to community and family health protocols. It is important to focus debate on the theme of mental health, acknowledging it as essential to understanding the process of health and disease, which is often closely linked to pain and emotional suffering<sup>4</sup>.

## **CONCLUSIONS**

In regard to how CT improves mental health care in basic health, this tool focuses on preventing psychological illness and promoting mental health, since it allows individuals to vent their frustrations, verbalizing emotional conflicts and sharing life stories. This enables community members to develop coping strategies and feel empowered. CT also promotes reduced use of psychotropic medication by

alleviating psychological suffering through sharing, allowing individuals to intervene in the disease process.

CT is a mild care technology since it corroborates operational guidelines of the National Mental Health Policy and leads to less consumption of psychotropic drugs. This improves the gateway to mental health care, greeting individual specificities with resolution and referring them to other services within the mental health network, ensuring accessibility and universality of care.

Therapy also encourages the implementation of regionalization, given that its goal is consistent with the organizational model of health services within Regionalization Regulations (PDR). In this document each state defines the services able to operate within the SUS in each municipality, specifying the path users should follow, respecting levels of care, in order to ensure that their health complaints are resolved.

CT gatherings are important in that they can identify risk or vulnerability to illness in psychological, biological and biological fields. They facilitate the orientation of users and prioritize their needs through referrals that respect the psychosocial support network in order to resolve their problems.

## REFERENCES

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990.
2. Amarante P. *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
3. Consoli GL, Hirdes A, Costa JSD. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (1): 117-128. [ Acesso em: 20 out. de 2009 ]. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14131232009000100017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232009000100017&lang=pt)>

4. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva* 2009 Jan-Fev; 14(1): 139-148. [ Acesso em: 20 out. de 2009] . Disponível em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14131232009000100019&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232009000100019&lang=pt)>
5. Organização Panamericana de Saúde (OPS)/Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Suíça: OMS; 2001.
6. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1523-1531.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
8. Barreto A. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, maio, 2008, p. 38-43.
9. Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicol. estud.* 2005,10(3). [ Acesso em 10 jun. de 2009] . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072009000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>
10. Ministério da Saúde (BR). *Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [ Acesso em: 10 jan. de 2009 ] . Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf)>

11. Delgado PGG et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In.: Melho MF, Melho AAF, Kohn R (orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
12. Silva MAB, Borges MH. Integração e Cidadania: investindo nas pessoas. In: Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2): 331-340; 2007.
13. Ortner SB. Subjetividade e crítica cultural. *Horiz. antropol.* 2007; 13(28): 375-405. [ Acesso em 05 de jun. de 2009 ] . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041832007000200015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041832007000200015&lang=pt)>
14. Prado Filho K, Martins S. A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). *Psicol. Soc.* 2007, 19(3):14-19. [Acesso em 05 de jun. de 2009 ] . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01021822007000300003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01021822007000300003&lang=pt)>
15. Kawawoto EE. Saúde. In.: Kawawoto EE, Santos MCH, Mattos TM. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU; 1995.
16. Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da Terapia Comunitária no cotidiano de seus participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006; 8(3): 404-414.



## 6 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

A partir do projeto inicial, foi possível desenvolver uma base de dados que deu subsídios para encontrar resultados relevantes, bem como gerou artigos e alguns trabalhos que foram publicados em eventos científicos.

Para o desenvolvimento deste estudo foram encontradas dificuldades inerentes à coleta de dados, especificamente para encontrar os sujeitos da pesquisa. A escolha do método avaliativo correspondeu às expectativas planejadas. A realização de ajustes dos instrumentos de coleta de dados, modificados após a realização do teste piloto, evidenciou a necessidade de alterações em algumas questões do estudo.

Após a publicação dos artigos, percebeu-se que os resultados foram fundamentais para nortear o entendimento da aplicabilidade das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), consideradas tecnologias leves, baratas e viáveis para a execução no primeiro nível de atenção de base comunitária. O estudo fora realizado com delineamento estatístico adequado no estudo de escala psicométrica. A publicação traz dados originais e que contribuirão para o norteamento de uma atenção integral, universal e direcionado para a necessidade de saúde mental da população que reside na comunidade, de modo que trarão enriquecimento intelectual e científico para os estudos da rede de pesquisa em Atenção Primária à Saúde.

A execução do estudo foi possível graças à colaboração dos seguintes grupos de estudo: Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); e grupo de estudos e pesquisas em saúde mental comunitária, também da UFPB, que impulsionaram a publicação dos artigos.

A base de estudos dos atributos da APS se encontra cadastrada como projeto de pesquisa e extensão no banco de dados da UFRN, a saber, o Sistema Integrado de Gestão da Atividades Acadêmicas (SIGAA), para construção e validação de um instrumento que possa identificar as potencialidades e fragilidades percebidas na atenção à saúde de base comunitária. Essa pesquisa vem sendo desenvolvida no âmbito da FACISA/UFRN, onde participam alunos do curso de graduação em Enfermagem que manifestam interesse na iniciação científica com vistas à pós-graduação.

Essas informações vêm impulsionar a construção de uma base de dados no intuito de fortalecer um dos tripés da Universidade – a pesquisa – respeitando a área de concentração direcionada pela Capes/CNPq, quais sejam, Enfermagem, Saúde Coletiva e Medicina II, conforme área do programa de pós-graduação. Esse fato também irá fomentar a publicação e fortalecimento da base de pesquisa na FACISA/UFRN, por meio do desenvolvimento de estudos semelhantes que a fim de realizar a sondagem dos problemas de saúde, traçar possíveis intervenções e nortear um cuidado de modo integral e de qualidade.

## 7 REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública, 24(1): 21-23; 2008.
2. Ferreira Filha MO, Dias MD. A Terapia Comunitária no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Texto mimeo. UFPB/CCS/DESPP/PGGENF; 2007.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Panamericana de Saúde (OPS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: OMS; 2001.
4. Hildebrandt LM, Leite MT, Piovesan SMS, Stumm LK. Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal de saúde. Disponível: <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496> (acessado em 20/jul/2009).
5. Ministério da Saúde (BR). Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925)>. (acessado em 20/jan/2008).
6. Ministério da Saúde (BR). Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf)>. (acessado em 10/jan/2009).
7. Alencastre MB. Estudos sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil. Rio Grande do Sul: Unijui; 2000.
8. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (PB). Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação de Terapia Comunitária; 2009.

9. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005, 10(1): 303-312.
10. Rebouças R, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):624-632; 2008.
11. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, 61(1): pp. 113-116.
12. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. saúde coletiva, 10(3): 599-613, 2005.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Panamericana de Saúde (OPS). Programa para Análise Epidemiológica e Dados Tabulados-EDIPAT versão 3.1. Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde; 2006.
14. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16(3): 297-334; 1951.
15. Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne, 30(4): 662-680; 1989.
16. Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP (org). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005: 511-539.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre *AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE* e está sendo desenvolvida por Fábيا Barbosa de Andrade, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-Nível Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação da Profa Dra Iris do Ceu Clara Costa. Os objetivos do estudo são: mensurar os atributos que levam a satisfação dos participantes em relação à Terapia Comunitária (TC) na Atenção Primária à Saúde; medir o nível de satisfação dos participantes da TC em relação a essa ferramenta do cuidado; identificar elementos importantes para a avaliação da satisfação em relação à TC por parte dos participantes. A finalidade deste trabalho é contribuir para o fortalecimento da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).

Solicitamos a sua colaboração para responder os questionários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

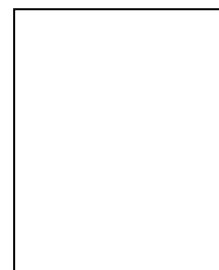
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

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

Fábيا Barbosa de Andrade  
Contato: 8800-6151  
E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br



## **ANEXOS**

**Anexo I****ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

Município/Distrito Sanitário/Bairro: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome do usuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

**SATIS-BR**

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por \_\_\_\_\_.

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com serviços de saúde mental, com a perspectiva de estar melhorando-os posteriormente.

Este questionário foi adaptado e validado à partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigação em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial da Saúde. A permissão de utilizar este questionário foi concedida por Dr. J.M.Bertolote da Unidade de Luta contra as Doenças Mentais da Divisão de Saúde Mental da OMS.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido, se assim você desejar).

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está gastando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.



**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**Adaptado para avaliação da satisfação do usuário em relação a Terapia  
Comunitária**

Nome do Serviço: \_\_\_\_\_

Tipo de serviço: \_\_\_\_\_

Unidade de Tratamento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o serviço onde ocorre a Terapia Comunitária. Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Quería responder de acordo com a sua opinião pessoal.**

**1. Quem encaminhou você a este serviço onde ocorre a Terapia Comunitária?**

Minha própria decisão	1
Uma pessoa da família	2
Um amigo	3
Um médico/terapeuta	4
Um serviço de referência	5
A polícia	6
Uma ordem judicial	7
Outro (especificar) _____	8
Não sei	9

*Se foi ordem judicial, indicar quem a pediu*

**2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?**

Transporte próprio	1
Transporte da família	2
Transporte de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5
Outro	6
Especificar _____	9

**3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até à Terapia Comunitária?**

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
Mais que 60 min	5

**4. Até que ponto é fácil para você chegar à Terapia Comunitária?**

Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito Fácil	5

**5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?**

Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

**6. Quando você falou com a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária, você sentiu que ele/a ouviu você?**

Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5

**7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi acolhido na Terapia Comunitária? Marcar apenas uma resposta.**

Um problema físico de saúde	1
-----------------------------	---

Um problema psicológico	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5
Um problema no trabalho	6
Não sei	7
Outro (especificar)_____	8

**8. Até que ponto a pessoa que acolheu você na Terapia Comunitária pareceu compreender o seu problema?**

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5

**9. Em geral, como você acha que a equipe da Terapia Comunitária compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?**

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito	5

**9a. Trata-se de seu primeiro encontro na Terapia Comunitária?**

Sim	1
Não	2

**9b. Há quanto tempo você freqüenta a TC (Período considerado a partir de julho de 2008)?**

2 meses	1
4 meses	2
6 meses	3
Mais de 6 meses	4

**10. Até que ponto a escuta do terapeuta, e a fala dos outros participantes, ajudou na satisfação de suas necessidades?**

Muito insatisfatórios	1
Insatisfatórias	2
Mais ou menos	3
Satisfatórias	4
Muito satisfatórias	5

**11. Qual a sua opinião sobre o tipo de apoio dado a você na Terapia Comunitária?**

Parece que eles pioraram as coisas	1
Não obtive nenhuma ajuda	2
Não obtive muita ajuda	3
Senti que obtive alguma ajuda	4
Senti que obtive muita ajuda	5

**12. O apoio que você recebeu na TC ajudou você a lidar mais eficazmente com seus problemas?**

Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5

**12 a .Você necessitou de encaminhamento para outros serviços?**

Sim	1
Não	2

**12 b. Se sim para onde você foi encaminhado(a)?**

CAPS	1
NASF	2
Ação Social	3

Outro (especificar)\_\_\_\_\_ 4

**13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe de Terapeutas Comunitários, sobre questões de saúde, quando você pediu a ela?**

Muito frequentemente	1
Freqüentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5
Eu nunca pedi	9

**13.1 Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?**

---



---



---

**14. Até que ponto você está satisfeito com a reflexão que foi feita na TC sobre a inquietação (sofrimento, dor, problema, dilema...) que foi apresentado na Terapia Comunitária?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**15. Você obteve na Terapia Comunitária o tipo apoio que você achava que precisava?**

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

**16. Você considerou que a equipe de Terapeutas Comunitários estava lhe ajudando?**

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

**17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais na Terapia Comunitária?**

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

**18. Por que você escolheu participar das rodas de Terapia Comunitária? (Pode-se marcar mais de um item).**

A TC foi fortemente recomendado por alguém	1
Eu conhecia alguém que estava indo para as rodas de TC	2
Eu confiei na recomendação da pessoa que referiu a TC	3
A localização é muito conveniente	4
Estava dentro de minhas possibilidades	5
Eu não tive outra escolha	6
Outro (especificar)_____	7

**19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos na Terapia Comunitária?**

Muito desfavorável	1
Desfavorável	2
Indiferente	3
Favorável	4
Muito favorável	5

**20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe de Terapeutas Comunitários?**

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

**21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem trabalhou mais de perto?**

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

**22. O que você acha de participar do processo de avaliação da Terapia Comunitária?**

Em total desacordo	1
Em desacordo	2
Indiferente	3
De acordo	4
Totalmente de acordo	5

**23. Como você classificaria a qualidade do acolhimento que você recebeu na Terapia Comunitária?**

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

**24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à qualidade da ajuda que você recebeu na Terapia Comunitária?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2

Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do local onde ocorreu a Terapia Comunitária?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**26. Como você classificaria as condições gerais das instalações onde ocorre a Terapia Comunitária?**

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

**27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria à Terapia Comunitária?**

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

**28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando desde mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou a ela a Terapia Comunitária?**

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4



Sim, com certeza 5

**28.1 Por quê?**

---

---

---

---

**29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?**

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

**30. De que você mais gostou na Terapia Comunitária?**

---

---

---

---

**31. De que você menos gostou na Terapia Comunitária?**

---

---

---

---

**32. Na sua opinião, o local onde ocorre a Terapia Comunitária poderia ser melhorado?**

Sim	1
Não	2
Não sei	3

**32.1 Se sim, de que maneira?**

---

---

---

---

**Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral**

**33. Que idade você tem?** \_\_\_\_\_

**34. Sexo:**

Masculino	1
Feminino	2

**35. Qual é o seu atual estado civil?**

Solteiro	1
Casado ou vive c/ companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro (especificar)_____	9

**36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?**

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1° grau)	2
Escola secundário (2° grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar)_____	9

**37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?**

Jornada integral remunerada	1
Jornada parcial remunerada	2
Jornada integral não-remunerada	3
Jornada parcial não-remunerada	4

Não trabalha	5
Outro (especificar)_____	9

**38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,...):**

Casa/apartamento própria	1
Casa/apartamento alugado por você mesmo	2
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa dos pais	4
Abrigo de emergência	5
Hospital ou instituição	6
Pensão (alimentação e moradia)	7
Rua	8
Outro (especificar)_____	9

**39. Com quem você vive atualmente?**

Sozinho	1
Cônjuge	2
Com filho/filha	3
Outros membros da família	4
Amigo(s), fora do ambiente institucional	5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional	6
Mãe, Pai	7
Outro (especificar)_____	9

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!!!**

**Anexo II**

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**C E R T I D ã O**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 53ª Reunião Ordinária realizada em 04.05.09, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto: **Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do SUS: A Terapia Comunitária Fortalecendo a Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica** da pesquisadora responsável Fábria Barbosa de Andrade.

Este Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 05 de Maio 2009.

  
Coordenadora do CEP-SES/PB

A553a Andrade, Fábila Barbosa de.  
**Avaliação da Terapia Comunitária na Atenção Primária à Saúde / Fábila Barbosa de Andrade. Natal, 2012. 92p.**

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Iris do Ceu Clara Costa

1. Atenção Primária à Saúde – Tese. 2. Satisfação do Paciente Tese. 3. Saúde Mental. I. Título.

CCS – UFRN

CDU: 613.86