

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ENEIDA REGINA FABIAN HOLZMANN

**APROXIMAÇÕES DOS CONCEITOS DE COMUNIDADES DE PRÁTICA
E INTERVISÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPARTILHAMENTO E A PRODUÇÃO
DE CONHECIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO PARANÁ**

CURITIBA

2013

ENEIDA REGINA FABIAN HOLZMANN

**APROXIMAÇÕES DOS CONCEITOS DE COMUNIDADES DE PRÁTICA
E INTERVISÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPARTILHAMENTO E A PRODUÇÃO
DE CONHECIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação, Área de Concentração Gestão da Informação e do Conhecimento, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena de Fátima Nunes
Silva

CURITIBA

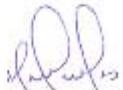
2013

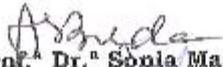
TERMO DE APROVAÇÃO

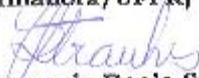
Enaida Regina Fabian Holzmann

"APROXIMAÇÕES DOS CONCEITOS DE COMUNIDADES DE PRÁTICA E INTERVISÃO EM TERAPIA COMUNITÁRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPARTILHAMENTO E A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO PARANÁ"

DISSERTAÇÃO APROVADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, GESTÃO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a Helena de Fátima Nunes Silva
(Orientadora/UFPR)


Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Breda
(Examinadora/UFPR)


Prof. Dr. Faimara do Rocio Strausz
(Examinador/UTFPR)


Prof.^a Dr.^a Tania Madureira Dallalana
(Examinadora/UFPR/HC)

28 de março de 2013

A minha mãe, Maria Eneida, por ter me transmitido a paixão pela pesquisa
e pela ciranda de roda.
A meu pai, Edison (*in memoriam*), por ter me transmitido a paixão pela escrita
e pela roda de samba.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Duarte Freitas pela condução e incentivo para a realização deste mestrado, pela amizade e conselhos de vida.

Agradeço ao Prof. Dr. Celso Y. Ishida por me receber como orientanda e me acompanhar durante o primeiro ano do mestrado, com atenção e abertura para a pesquisa na área da saúde mental.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Helena de Fátima Nunes Silva, pelas contribuições preciosas ao estudo, pelo seu olhar de verdadeira educadora, que me fortaleceu, deu confiança, autonomia e estímulo para a realização desta pesquisa.

Agradeço à Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação.

Agradeço aos colegas de mestrado, pelo carinho e amizade.

Agradeço aos meus filhos, Ricardo, Victor e Deborah, pelo carinho, compreensão e apoio durante todo o período do mestrado.

Agradeço a todas as pessoas participantes da intervenção e rodas de terapia comunitária, que têm enriquecido minha vida pessoal e profissional.

Lua nova

Trabalhando para um mundo novo
às vezes pegamos armas velhas.

Na mudança da lua, a lua nova
viaja uma noite inteira
de braço dado com a lua velha.

Juntar urgência e paciência,
impulso com aprendizado.

Destruir teias de aranha
com método, não a vassouradas.

Avançar para o futuro
com a nossa velha História
à luz de novas ideias.

E mesmo assim esperar
boa meteorologia,
um ator sempre atrasado
e a compreensão da plateia.

(Domingos Pellegrini)

RESUMO

Analisa os elementos das comunidades de prática correlacionados à terapia comunitária no contexto de grupos de intervisão. Pauta-se pela Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, que exige a criação de uma diversidade de serviços extra-hospitalares e de base comunitária. Discute a necessidade de dispor de instrumentos que facilitem a comunicação e a troca de conhecimentos, e de promover a colaboração entre os diversos atores que compõem o Sistema Único de Saúde: políticos, profissionais, usuários, familiares, rede social e institucional envolvida. Apresenta o estudo e a análise dos dados coletados por meio da observação direta, análise documental e entrevistas narrativas, relativos aos grupos de intervisão em terapia comunitária, para aproximação com o conceito de comunidades de prática. Constata, por meio da categorização estabelecida no roteiro para observação e entrevista narrativa, a presença de características básicas das CoPs (domínio, comunidade, prática) e os modos de participação e relacionamento (engajamento mútuo, empreendimento conjunto e repertório compartilhado) no contexto dos grupos de intervisão. Conclui que existe forte conexão entre os participantes, sua prática e a comunidade, que atendem com paixão, dedicação, entusiasmo, associando seu crescimento pessoal, familiar e profissional à prática em terapia comunitária. Finaliza confirmando a valorização da intervisão como recurso para compartilhamento e produção de conhecimento em saúde.

Palavras-chave: Criação do conhecimento. Compartilhamento do conhecimento. Intervisão. Comunidades de prática. Terapia comunitária.

ABSTRACT

This dissertation assesses the elements that comprise the communities of practice (CoPs) associated with community therapy services within the context of the intervention groups. The study was carried out in the light of the national Brazilian Mental Health Policy that calls for creating a wide range of extra-hospital services and grassroots. It discusses the need of having tools at hand that will facilitate communication and knowledge exchange, and foster cooperation among the different actors that are part of the Unified Health System (*SUS*), e.g. politicians and professionals, users and family members, social and institutional network involved. It presents the study and assessment of data collected via direct observation, documentary analysis and interviews related to community therapy intervention groups in order to become closer to the concept of communities of practice. It identified via the classification determined by the observation and interview script the presence of basic CoP characteristics, e. g. domain, community, practice; and means of participation and relationship, e. g. mutual engagement, joint enterprise and shared repertoire. Findings show a strong connection between the participants, their practice and the community to which they provide committed, dedicated and enthusiastic services, associating their personal, domestic and professional growth to the practice of community therapy. The study concludes confirming the significance of intervention as a resource for sharing and producing health related knowledge.

Keywords: Knowledge creation. Knowledge sharing. Intervention. Communities of practice. Community therapy services.

LISTA DE SIGLAS

ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi– Centro de Atenção Psicossocial – Infantil

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – para aditos à droga

CoPs – Comunidades de Prática

GC – Gestão do Conhecimento

HD – Hospital Dia

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

SESA – Secretaria do Estado da Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Terapia Comunitária

TCI – Terapia Comunitária Integrativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 JUSTIFICATIVA	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 A CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES	23
2.2 COMUNIDADES DE PRÁTICA	29
2.2.1 Bases Teóricas das Comunidades de Prática	30
2.2.2 Características Básicas das Comunidades de Prática	34
2.2.3 Modos de Participação e Dimensões de Interesses nas Comunidades de Prática	36
2.2.4 Comunidades de Prática e Aprendizagem	38
2.3 SAÚDE MENTAL	41
2.3.1 Conceito de Saúde	41
2.3.2 Promoção da saúde	42
2.3.3 Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental	44
2.4 TERAPIA COMUNITÁRIA	47
2.4.1 Conceito	47
2.4.2 Intervisão em Terapia Comunitária	51
2.4.3 Eixos Teóricos da Terapia Comunitária	52
2.5 ALINHAMENTO TEÓRICO	60
3 METODOLOGIA	66
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	66
3.2 AMBIENTE DA PESQUISA	67
3.3 COLETA DE DADOS	68
3.3.1 Observação Direta	69
3.3.2 Entrevistas Narrativas	70
3.3.3 Análise Documental	71
3.4 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	72

4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE	78
4.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS	78
4.1.1 Domínio	78
4.1.2 Comunidade	79
4.1.3 Prática	81
4.1.4 Identidade.....	82
4.2 MODOS DE PARTICIPAÇÃO E RELACIONAMENTO	85
4.2.1 Engajamento Mútuo	85
4.2.2 Empreendimento Conjunto e Negociado.....	86
4.2.3 Repertório Compartilhado	87
4.3 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À FUNÇÃO DO COORDENADOR NA INTERVISÃO	89
4.4 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À INTERVISÃO E À PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES	103

1 INTRODUÇÃO

A geração e disseminação do conhecimento, sempre tão importantes para a tomada de decisões clínicas, tornaram-se essenciais no âmbito da estruturação da rede de atenção à saúde mental. No Brasil, a política nacional de saúde mental exige a criação de uma diversidade de serviços extra-hospitalares de base comunitária. Em um contexto de completa descentralização, é necessário dispor de instrumentos que facilitem a comunicação e a troca de conhecimentos, e promover a colaboração entre os diversos atores que compõem o sistema único de saúde: políticos, profissionais, usuários, familiares, rede social e institucional envolvida.

A gestão do conhecimento passa a ser vital para a estruturação e a sustentabilidade dos serviços por objetivar a criação de uma cultura organizacional voltada para o conhecimento. Malhotra (1998) explica que a expressão envolve processos organizacionais que buscam a sinergia entre a capacidade de processar recursos informacionais e tecnológicos, e a capacidade criativa dos seres humanos.

A organização voltada para o conhecimento necessita, segundo Nonaka e Takeuchi (1997), promover o aprendizado continuado, facilitar a comunicação entre os seus agentes e disponibilizar espaços para o desenvolvimento de novos conhecimentos. Nesse sentido, as comunidades de prática têm-se revelado espaços facilitadores da produção do conhecimento por valorizar o conhecimento tácito, pessoal e singular e por oportunizar a troca de experiências direcionada ao aprimoramento de práticas.

Para Wenger (1998), os interesses comuns na solução de problemas coletivos motivam a formação contínua e espontânea dessas comunidades, que se traduzem em comunidades com potencial para a criação de novas práticas, serviços e processos que beneficiam a organização e a comunidade.

Na área da saúde mental, a necessidade criada pelo modelo de atenção de trabalho interdisciplinar e em rede justifica esforços para a busca de estratégias de compartilhamento e troca de experiências entre os seus agentes.

Para estimular o desenvolvimento de respostas estratégicas adequadas à política de saúde mental, defende-se aqui a criação de pontes entre usuários, profissionais e organizações na construção de uma base para constante avaliação do processo de implantação da rede.

Existe a necessidade de promover a saúde mental e trabalhar pela inclusão social do usuário com transtornos mentais, mas isso hoje implica considerar e interligar os saberes de todas as pessoas envolvidas com o sofrimento mental.

Para interligar saberes, é fundamental manter a escuta e a sensibilidade frente às diferenças culturais, sociais e políticas para a tomada de decisões. Faz-se necessário que os profissionais, o usuário dos serviços de saúde mental, sua família e a comunidade tenham voz na planificação, implementação e avaliação das novas políticas. Se, em um primeiro momento, essa diversidade de serviços, de profissionais, de realidades econômicas e culturais presente na rede de atenção pode representar fator negativo, em um segundo momento pode-se revelar, por meio da valorização do conhecimento tácito e do conhecimento produzido em conjunto pelos atores envolvidos, uma oportunidade única de aprendizagem.

As políticas que incentivam o desenvolvimento de serviços de caráter comunitário nas instituições de saúde mental são, portanto, essenciais para garantir que as pessoas que sofrem de transtornos mentais tenham participação plena e equitativa na sociedade. Sobre a orientação para o trabalho em terapia comunitária, Barreto (2008) enfatiza que a comunidade precisa ser vista como agente terapêutico no processo de inserção social, na mobilização de recursos e competências culturais locais, para que seus participantes sintam-se membros efetivos da comunidade.

É preciso que as organizações de saúde mental reconheçam que a prática em saúde mental centra-se na busca de ferramentas, de ações, de estratégias que permitam não só articular os saberes da família, comunidade e profissionais, como também disponibilizar espaços próprios para o aprendizado, voltados à melhoria na qualidade do atendimento ao usuário e à equalização da demanda.

Acredita-se que a intervisão – espaço de troca de experiências entre terapeutas e de aprimoramento da prática – em terapia comunitária apresenta elementos comuns às comunidades de prática e pode contribuir para a produção de conhecimento e resolução de problemas na área da saúde mental.

Ao investigar as aproximações entre os conceitos de comunidades de prática e de intervisão em terapia comunitária, recorreu-se aos trabalhos de Wenger (1998) para a conceitualização e desenvolvimento das comunidades de prática, e aos de Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2006) para o entendimento do processo de desconstrução do conhecimento. Para desenvolver o conceito e fundamentação teórica da terapia comunitária, levou-se em consideração a obra de Barreto (2005).

Buscaram-se, ainda, outras bases teóricas referentes à produção do conhecimento, como o pensamento de Paulo Freire (1987), Maturana e Varela (2001), Morin (1996; 2011) e Capra (1998; 2006), todos autores de visão sistêmica, eixo teórico da terapia comunitária. Consultou-se Delgado *et al.* (2007) e Bezerra (2007) para considerações sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil e, ainda, Czeresnia e Freitas (2003) para a conceitualização da promoção de saúde – estratégia mundial em saúde pública que orienta a terapia comunitária e vê a saúde como processo e produção sociais.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (10.216) foi sancionada em 6 de abril de 2001 e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa legislação prevê a responsabilização do Estado pelo desenvolvimento de políticas públicas para a área, a implantação de serviços comunitários de saúde mental e a internação hospitalar como última alternativa para tratamento, dando ênfase à reinserção social (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, maio/jun. 2011).

Na Reforma Psiquiátrica pressupõe-se uma equipe ampliada e complexa (assim como o objeto), tanto no que se refere à diversificação de profissões/atuações, quanto de possibilidades de ‘olhares’ diferentes e diversificados sobre o objeto de intervenção – sujeito que sofre mentalmente – com vistas à produção de vida, ao incentivo à sociabilidade e ao desenvolvimento da potencialidade máxima do sujeito/cidadão, no seu processo individual de ‘invenção da saúde’, inserido numa sociedade que almeja relações mais justas e solidárias. (OLIVEIRA, 2003, p. 61).

Nesse aspecto, a rede de serviços em saúde mental vem progressivamente substituindo o modelo hospitalocêntrico, de características excludentes e opressoras, por um atendimento extra-hospitalar e de base comunitária. De acordo com Amarante (2007), no lugar do isolamento, trata-se de oferecer o convívio com a família e comunidade.

A estrutura do novo modelo inclui os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Centros de Convivência, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Essa rede caracteriza-se como essencialmente pública, de base municipal e

com controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, set./out. 2010).

Os Centros de Saúde Psicossociais referem-se a serviços de saúde municipais abertos e comunitários que oferecem atendimento diário a pessoas com transtornos mentais. Têm como objetivo, além do acompanhamento clínico, a reinserção social dos usuários por meio de facilitação do acesso ao trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos vínculos familiares e sociais (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, set./out. 2010).

Como esta pesquisa pauta-se pela lei que rege o processo de estruturação da rede de saúde mental do Paraná, enfatiza-se aqui a complexidade do avanço da rede de serviços por implicar trabalho interdisciplinar e em rede, o que requer melhor capacitação dos profissionais de saúde para atuar nesse modelo. Confirmam essa observação a coordenadora do Programa de Saúde Mental de Curitiba, Cristiane Vinitikides, para quem “a questão é preparar melhor essa rede para o atendimento e não somente aumentar a oferta”, e a coordenadora municipal de Saúde Mental de Londrina, Angela Maria Gruener Lima, segundo a qual um dos desafios na saúde mental é conseguir a integração dos equipamentos da rede:

Em Londrina defendemos a territorialização, integralidade da assistência e cuidado continuado (pronto socorro integral, leito em hospital geral, atenção em saúde mental na atenção básica integrados aos CAPS, ou seja, que os usuários em saúde mental sejam atendidos nos mesmos equipamentos de forma integrada com os serviços especializados (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, mar./abr. 2011, p. 23).

O modelo de atendimento, de alta complexidade em relação aos serviços oferecidos e grande diversidade no que se refere a profissionais, necessita apoio das organizações de saúde estruturadas para o aprendizado continuado, voltadas ao incentivo à participação da sociedade no cuidado e reabilitação psicossocial. Nesse sentido, espera-se que a pesquisa possa fomentar a constituição de espaços próprios à criação e compartilhamento do conhecimento nas organizações de saúde mental.

Partindo da perspectiva da gestão do conhecimento com foco no aprendizado e considerando um contexto de mudança nos serviços em direção a uma cultura de rede, apresenta-se a seguir o problema que dá origem à questão de pesquisa.

Segundo documento da Secretaria de Estado da Saúde, a OMS – Organização Mundial de Saúde reverencia a necessidade do desenvolvimento de pesquisa na área de saúde mental quando apresenta estimativa de que, até 2030, a depressão será a segunda maior causa de doença em países de renda média e a terceira maior em países de baixa renda. Os transtornos mentais e de conduta estão presentes em algum momento da vida em 10% da população adulta em nível mundial, e cinco em cada dez das principais causas de incapacidade estão relacionadas com transtornos mentais, entre eles depressão, consumo de álcool e drogas, esquizofrenia e transtornos compulsivos (PARANÁ, 2011b). No Paraná, a ocorrência de doença mental segue a média nacional de 12% da população (PARANÁ, 2011a).

Quanto aos serviços, a Comissão de Psicologia Clínica do Conselho Regional de Psicologia do Paraná entende que “o processo de implantação da rede substitutiva vem sendo gradativo e ainda é insuficiente para dar conta da demanda e das necessidades da população” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, maio/jun. 2011, p. 19). Vê necessidade de captação de recursos para a implantação da rede, bem como para ampliação do número e qualificação de trabalhadores em saúde mental.

Considerando o índice de ocorrência de doença mental e a complexidade da rede de serviços, observa-se a necessidade de compreensão do lugar privilegiado do conhecimento nas organizações. Nesse sentido, Silva (2004) enfatiza:

o compartilhamento ou a troca de conhecimentos passa a ser, então, o elemento vital para a criação de novos serviços ou processos. Essa troca ocorre, na maioria das vezes, a partir da realização prática do próprio trabalho e tem sido conduzida de forma mais sistematizada nas comunidades de prática. (SILVA, 2004, p. 14).

Nas organizações, ainda de acordo com Silva (2004), as comunidades de prática são vistas como redes não formais de colaboração e comunicação, que coexistem com a estrutura formal da empresa, mas que possuem normas, valores e padrões de interação próprios.

Inserir-se nesta pesquisa a terapia comunitária pela possível relação com o conceito de comunidades de prática e pelo fato de ser política pública prioritária nacional do Ministério da Saúde desde a sua aprovação, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental–Intersectorial, realizada entre 27 de junho e 1.º de julho de 2010.

Barreto (2005) define a terapia comunitária como uma técnica de trabalho com grupos

[...] onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do quotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso. (BARRETO, 2005, p. 35).

A Associação Brasileira de Terapia Comunitária – ABRATECOM integra polos formadores de terapeutas comunitários em todo o território brasileiro. No Paraná, organiza-se em polos instalados em Curitiba e Londrina, responsáveis pela formação de novos terapeutas. Esses polos oferecem grupos permanentes de intervenção (que agregam terapeutas já formados e iniciantes) e realizam grupos de terapia comunitária junto às comunidades envolvidas.

Os grupos de intervenção, segundo Barreto (2008), traduzem-se em espaços para a expressão de problemas e soluções encontradas pelo profissional na sua prática em saúde mental. Têm como intenção a facilitação para a troca de experiências e a busca conjunta de aperfeiçoamento na atuação dos terapeutas comunitários.

Ainda sobre os grupos de intervenção, Barreto (2008) enfatiza que a prática do diálogo proporciona um contexto colaborativo de aprendizagem onde todos ensinam e aprendem. Os aspectos afetivos e a interação dos múltiplos contextos em que cada terapeuta está envolvido trazem uma pluralidade de significados e promovem a ressignificação, o aprendizado.

A partir dessas considerações, observa-se que uma questão de pesquisa a ser resolvida é:

De que forma os conceitos de comunidades de prática e intervenção em terapia comunitária estão relacionados?

Acredita-se que o presente estudo possa ajudar na valorização do conhecimento tácito e na sua socialização, para a geração de novo conhecimento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar os elementos que constituem as comunidades de prática e correlacioná-los à terapia comunitária no contexto de grupos de intervenção.

1.2.2 Objetivos Específicos

a) descrever as bases teóricas das comunidades de prática e da terapia comunitária;

b) identificar as características de domínio (conhecimento), a comunidade e a prática no grupo de intervenção;

c) verificar no grupo de intervenção os modos de participação (engajamento, imaginação e alinhamento) e as dimensões de interesse (engajamento mútuo, empreendimento negociado e repertório compartilhado);

d) correlacionar os conceitos de comunidades de prática e de intervenção em terapia comunitária.

1.3 JUSTIFICATIVA

Dados levantados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Paraná dão conta de uma rede de atenção à saúde mental com 2.542 unidades básicas de saúde, 94 CAPS (13 em Curitiba), 76 Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs), 22 residências terapêuticas, 54 ambulatórios em saúde mental no Estado do Paraná, 15 hospitais psiquiátricos (com 2404 leitos) e 6 hospitais dia (PARANÁ, 2012)¹.

Apesar dos avanços, a demanda continua crescente para o atendimento psiquiátrico e psicológico. A título de exemplo, o Ambulatório de Adultos, responsável pelo atendimento à Região Metropolitana de Curitiba, realizou, no ano de 2011, 16.925 atendimentos nas áreas de psiquiatria, psicologia, serviço social e terapia ocupacional para usuários com transtornos mentais (PARANÁ, 2011a).

¹ Disponível em: <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 02 fev. 2013.

De acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental,

Apesar da implantação dos vários serviços extra-hospitalares com a lógica territorial, ainda se faz necessária a mudança do olhar e da postura dos profissionais e da sociedade para ultrapassar a tendência em continuar buscando a 'institucionalização da loucura' e, principalmente, consolidar os avanços alcançados, garantindo o cuidado integral na área de saúde mental e promovendo a sustentabilidade da Reforma Psiquiátrica. Este é um processo em contínua construção, onde as ações, juntamente com a reflexão, devem permear todo o caminho (PARANÁ, 2012)².

Daí a relevância da pesquisa, que busca demonstrar o potencial da intervisão em terapia comunitária para contribuir para a reflexão, adequação de ações e criação de conhecimento voltado ao fortalecimento da rede de cuidados e equalização da demanda.

A pesquisa pauta-se pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que tem como objetivo o resgate da cidadania do usuário dos serviços de saúde mental. A escolha do tema justifica-se pela complexidade em encontrar novas estratégias para a melhoria dos serviços voltados à saúde mental, com base no investimento em duas direções principais: a da integralidade e a da intersetorialidade.

A integralidade, um dos desafios do Sistema Único de Saúde, pode ser entendida, segundo Franco e Magalhães Junior (2003), como o cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo-se o usuário como sujeito histórico, social e político, com a sua própria experiência e saberes, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Nesse cenário, Machado (2010) chama a atenção para a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que produz autonomia e emancipação para o indivíduo, a família e a comunidade.

O modelo de atenção à saúde mental implica, ainda, o desenvolvimento da intersetorialidade, que significa a convergência de iniciativas para otimizar esforços e investimentos, ampliando os resultados das políticas públicas de assistência social. De acordo com Inojosa (2010), o desafio da intersetorialidade é “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (2010, p. 26). Nesse sentido, espera-se que o aprofundamento em Wenger (1998) auxilie na compreensão do processo de produção coletiva do

² Disponível em: <www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 02 fev. 2013.

conhecimento e na criação de espaços facilitadores para a colaboração entre a rede de serviços de atenção à saúde mental.

Segundo documento da Secretaria de Estado da Saúde, nas pesquisas divulgadas pela OMS, os fatores de risco para que uma pessoa desenvolva transtornos mentais estão relacionados com o uso de álcool ou drogas, falta de acesso à educação, separação ou divórcio, circunstâncias sociais deficientes, pobreza, injustiça racial e discriminação, violência, estresse no trabalho e desemprego. Já os fatores de proteção estão relacionados com interações interpessoais positivas, participação social, apoio da família, participação em serviços sociais e apoio em redes comunitárias (PARANÁ, 2011b).

Acredita-se que a terapia comunitária representa fator de proteção, à medida que favorece o acolhimento, a criação de ambiente interativo e de escuta, de valorização da experiência pessoal e coletiva.

Grandesso (*apud* BARRETO, 2005³, contracapa) define a terapia comunitária como a “prática popular de terapia que respeita a diversidade e apela para o sentido humanitário, unindo o saber popular com o conhecimento científico”.

Para Guimarães (2008),

A avaliação da Terapia Comunitária, após 21 anos de aplicação, é que ela se constitui em um instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública, que não pretende substituir outros serviços de saúde, mas complementá-los, de modo a ampliar as ações preventivas e promocionais. O sofrimento, por sua natureza subjetiva, tende a não ter espaço de acolhimento na atenção básica dos serviços públicos de saúde. Entretanto causa incapacidades e leva ao aumento de demanda de atenção médica. A TC funciona como uma primeira instância de atenção básica, porque acolhe, escuta e cuida dos sujeitos e de seus sofrimentos e, desse modo, possibilita direcionar melhor as demandas. Com isso, permite que só afluam para os níveis secundários de atendimento situações que, devido a sua complexidade, exigem a intervenção complementar do especialista. (GUIMARÃES, 2008, p. 3-4).

Sobre a síntese entre sociedade e conhecimento, Baumgartem (*apud* CASTRO, 2003, p. 18) afirma que “emerge, cada vez mais, a necessidade de o conhecimento ser apreendido à luz de sua dimensão social”. Nesse sentido, a TC pode servir de instrumento para essa apreensão, além de instrumento para a prevenção e intervenção psicossociais, pois a reflexão produzida pelos usuários nos grupos de terapia comunitária pode complementar informações técnicas.

³ BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária**: passo a passo. Fortaleza: LCR, 2005.

Quanto ao processo de descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observa Castro (2003):

Para tomada de decisão local, com profissionais da área, gestores e tomadores de decisão em saúde precisam ampliar seus conhecimentos sobre a realidade por meio de busca, coleta e análise de informações nas mais variadas formas de apresentação. E, na maioria das vezes, a informação disponível não é informação por si mesma, ou não é suficientemente conhecida e divulgada. (CASTRO, 2003, p. 13)

A compreensão da necessidade do processo de descentralização para a tomada de decisões no SUS justifica a pesquisa com os profissionais da área de saúde mental que, reunidos nos grupos de intervisão, buscam a sistematização do trabalho e novas soluções a partir do compartilhamento das experiências para diferentes contextos, apoiados nos alicerces teóricos, na metodologia e na ética da terapia comunitária.

Ainda, sobre o desafio da intersetorialidade, a I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde tem, nos seus Anais, a recomendação para “se construir pontes entre os universos atualmente isolados do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema de Ciência e Tecnologia, criando-se mecanismos de articulação entre os atores envolvidos” (*apud* CASTRO, 2003, p. 56)⁴.

É importante lembrar, diante do novo paradigma da sociedade do conhecimento, que

A utilização de novas metodologias e tecnologias da informação deverá permitir a consolidação e expansão de um espaço coletivo que experimentará novas formas de organização e tratamento da informação descentralizadas e interativas que poderão estimular o processo de tomada de decisão em saúde e de socialização da resolução de problemas. (CASTRO, 2003, p. 27).

Acredita-se que este estudo apresente resultados que indiquem a intervisão em terapia comunitária como facilitadora da produção de conhecimento, com potencial para auxiliar na gestão das organizações de saúde e contribuir para a consolidação da rede de atenção à saúde mental. Por outro lado, espera-se que possibilite reflexões teóricas e metodológicas na Linha de Pesquisa Informação, Conhecimento e Estratégia, do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação.

⁴ CASTRO, R. C. F. **Comunicação científica na área da saúde pública**: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2003.

A motivação da autora advém de sua atuação como psicóloga no atendimento a usuários portadores de transtornos mentais. A experiência no serviço ambulatorial com a realização de grupos de terapia comunitária desde 2009 indica, para a autora, o potencial dessa metodologia para contribuir, além do tratamento, na produção de conhecimento, de novas soluções para problemas crônicos e também para a prevenção de novas crises, o que reforça a necessidade e interesse na realização desta pesquisa.

O estudo justifica-se pelo esforço em criar espaços para a produção e compartilhamento de conhecimento que atendam tanto usuários e comunidade como os profissionais de saúde para apoiar a tomada de decisões.

Este trabalho foi organizado em cinco capítulos. Desses, o presente capítulo, a Introdução, compõe-se do problema de pesquisa, objetivos e justificativa. No capítulo 2, apresenta-se o referencial teórico, que abrange as teorias do conhecimento, comunidades de prática, terapia comunitária, saúde mental e reforma psiquiátrica. O capítulo 3 traz a metodologia, incluindo a caracterização, o ambiente da pesquisa, a coleta e a sistematização dos dados. O capítulo 4 apresenta a análise dos dados e correlaciona os elementos que constituem as comunidades de prática à teoria e prática da terapia comunitária no contexto de grupos de intervenção. O quinto capítulo, das considerações finais, trata do atendimento aos objetivos, traça considerações sobre a metodologia e sobre os resultados obtidos, apresentando, por fim, sugestões para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta-se a seguir o referencial teórico sobre a criação do conhecimento nas organizações relacionado à base conceitual das comunidades de prática, seguido dos conceitos de saúde, política de saúde mental e eixos teóricos da terapia comunitária.

2.1 A CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES

Para a fundamentação da sua teoria, Nonaka e Takeuchi (1997) trazem a visão japonesa com relação ao conhecimento, que enfatiza a unidade entre o homem e a natureza, entre o corpo e a mente, e, ainda, entre a unidade do eu e do outro. Essa concepção traduz-se por uma sensibilidade sofisticada em relação à natureza, que abraça uma visão circular de tempo: “O tempo, para os japoneses, é entendido como um fluxo contínuo de um ‘presente’ permanentemente atualizado” e “...a realidade definitiva é confinada no aqui e agora” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 32-33).

O conhecimento, segundo a tradição japonesa, significa sabedoria adquirida a partir da perspectiva da personalidade como um todo. “Essa orientação proporcionou uma base para a valorização da experiência pessoal e física em detrimento da abstração indireta e intelectual” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 33). Valoriza-se a incorporação da experiência para o desenvolvimento pessoal e das práticas gerenciais.

Segundo os autores, a visão japonesa enfatiza o coletivo: “...o ideal de vida japonês é existir entre outros harmoniosamente como um eu coletivo (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 36). O conhecimento subjetivo e a intuição fazem parte de uma visão orgânica de mundo. O japonês vê a realidade na interação física com a natureza e com os outros seres humanos, valorizando o momento.

Para os autores, o conhecimento 1) diz respeito a crenças e compromissos, ocorrendo em função de uma atitude, perspectiva ou intenção específica; 2) está relacionado à “ação” – é sempre o conhecimento “com algum fim”; 3) assim como a informação, tem a ver com o significado. Tanto a informação como o conhecimento são específicos ao contexto e são relacionais à medida que são criados de forma dinâmica na interação social (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 63).

A informação é a base do conhecimento, “é o meio ou material necessário para extrair e construir conhecimento” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 63). A conversão da informação em conhecimento é um processo. “O fluxo de mensagens trazido pela informação encontra as crenças e compromissos de quem o recebe, transformando-se em conhecimento” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 63).

Nonaka e Takeuchi (1997) apoiam-se em Berger e Luckmann (1966) quando argumentam que as pessoas interagem em determinado contexto histórico e social, compartilhando informações, o que resulta em uma construção social da realidade e influencia o julgamento, o comportamento e as atitudes do indivíduo.

Essa teoria enfatiza que “o segredo para a criação do conhecimento está na mobilização e conversão do conhecimento tácito” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 62). Com base na distinção feita por Polanyi (1966)⁵ entre conhecimento tácito e explícito, os autores explicam que o conhecimento tácito é pessoal, subjetivo e, assim, difícil de ser formulado e comunicado, enquanto o conhecimento explícito ou “codificado” é objetivo e pode ser traduzido em uma linguagem formal e sistemática. Para Polanyi (1966), no entanto, o conhecimento expresso codificado representa apenas uma parte do conjunto de conhecimentos de uma pessoa. Inicia suas considerações com a afirmação de que podemos saber mais do que o que podemos falar, ou expressar. “Conhecemos um rosto, somos capazes de reconhecê-lo entre outros mil ou milhões de rostos, no entanto, muitas vezes, não somos capazes de dizer como reconhecemos o rosto que conhecemos” (POLANYI, 1966, p. 4). Polanyi (1966) partiu da observação de que os seres humanos adquirem conhecimento criando e organizando ativamente as suas experiências.

A seguir, o Quadro 1 apresenta de forma resumida as diferenças entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito.

⁵ POLANYI, M. **Tacit dimension**. New York: Doubleday, 1966.

QUADRO 1 – DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTO TÁCITO E EXPLÍCITO

CONHECIMENTO TÁCITO	CONHECIMENTO EXPLÍCITO
Subjetivo	Objetivo
Da experiência (corpo)	Da racionalidade (mente)
Simultâneo (aqui e agora)	Sequencial (lá e então)
Análogo (prático)	Digital (teoria)
Envolve percepções, modelos mentais, emoções, crenças, valores e ideais.	Envolve conhecimento de fatos.
Adquirido principalmente pela prática.	Adquirido principalmente pelas informações.
Difícil de expressar e transmitir por métodos sistemáticos ou lógicos.	Facilmente expresso em palavras e números.
Difícil de articular, codificar e formalizar.	Facilmente articulado, codificado e formalizado.
De difícil compartilhamento, exigindo participação e envolvimento.	Facilmente compartilhado.

FONTE: Drago (2011), adaptado de Nonaka; Takeuchi (1997, p. 67).

Essa compreensão enfatiza que o conhecimento está essencialmente relacionado com a ação e interação humanas. A conversão do conhecimento é, portanto, um processo social, que ocorre “*entre* indivíduos e não confinada *dentro* de um indivíduo” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 67).

Por trabalharem com o conhecimento organizacional, os autores focam a criação do conhecimento nos níveis individual, grupal organizacional e interorganizacional, e descrevem quatro diferentes modos de conversão do conhecimento. Esses modos de conversão compreendem o que “o indivíduo experimenta. São também os mecanismos por meio dos quais o conhecimento individual é articulado e ‘amplificado’ na organização” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 62):

- 1) socialização – de conhecimento tácito em conhecimento tácito; refere-se a um processo de compartilhamento de experiências que gera conhecimento e novos modelos mentais simplesmente pela possibilidade de tomar contato e compartilhar ideias e práticas; um indivíduo pode adquirir conhecimento tácito diretamente dos outros, através da observação, imitação e prática;
- 2) externalização – de conhecimento tácito em conhecimento explícito; processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos, expresso na forma de metáforas, analogias, conceitos, modelos, linguagem falada e escrita, provocado pelo diálogo ou reflexão coletiva;

- 3) combinação – processo em que vários conhecimentos, depois de explicitados, são combinados para gerar novo conhecimento; os indivíduos trocam e combinam conhecimentos por meio de documentos, reuniões, conversas, redes virtuais de comunicação;
- 4) internalização – incorporação do conhecimento explícito em um novo conhecimento tácito, “intimamente relacionada ao aprender fazendo” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 77); processo pelo qual o conhecimento explicitado, combinado, ressignificado é internalizado, tornando-se novo conhecimento tácito e constituindo a base do que os autores denominam *espiral do conhecimento* (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 77).

FIGURA 1 – OS PROCESSOS DE CONVERSÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL



FONTE: Nonaka; Takeuchi (1995).

Nessa mesma linha, Choo (2006) desenvolveu a teoria de ação, segundo a qual o conhecimento é produzido a partir de processos que demandam “a combinação entre criação de significado, construção de conhecimento e a tomada de decisões em ciclos contínuos de interpretação, inovação e ação adaptativa” (CHOO, 2006, p. 339).

O autor parte do princípio de que existem três tipos de conhecimento: o conhecimento tácito (contido nos indivíduos), o conhecimento explícito (codificado em regras e normas) e o conhecimento cultural (expresso nas crenças e valores) (CHOO, 2006, p. 346).

Para Choo (2006), as organizações usam as informações para dar significado ao ambiente, para criar novos conhecimentos e para tomar decisões. “A criação de significados produz uma estrutura de significados e propósitos comuns, o que dá identidade e valor às atividades” (CHOO, 2006, p. 346). Também para Choo (2006), “a construção do conhecimento depende do conhecimento tácito de indivíduos ou grupos, e das ligações e alianças que eles e a organização desenvolveram interna ou externamente e com outros parceiros” (CHOO, 2006, p. 346).

A tomada de decisões é estruturada por regras e rotinas e orientada por preferências, baseada em uma compreensão comum dos propósitos e objetivos da organização. Para Choo (2006), “O conhecimento organizacional é visto como processo social que é mediado e situado num sistema de atividades socialmente distribuídas” (CHOO, 2006, p. 346). A geração do conhecimento, segundo o autor, está vinculada a objetivos comuns e requer clima de confiança mútua entre os colaboradores.

É interessante a reflexão de Choo (2006) a partir de Argyris e Schön (1978)⁶: Os autores observam que toda organização mantém duas versões da sua teoria da ação. A teoria adotada contém tudo o que está formalizado, explícito e codificado. A teoria em uso, por outro lado, é aquela que se revela nas ações e comportamentos da organização e de seus membros. Argyris e Schön (1978) sugerem que “a teoria em uso quase sempre é tácita, e pode continuar sendo tácita quando sua incompatibilidade com a teoria adotada não é discutida” (1978, p. 347, *apud* CHOO, 2006). Cada pessoa na organização constrói uma representação parcial da teoria em uso, uma imagem particular, com o objetivo de entender como sua atividade e sua identidade se relacionam com o contexto geral da organização. Para Choo (2006), a organização precisa aprender construindo, testando e reconstruindo sua teoria da ação.

De acordo com Choo (2006),

⁶ ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. **Organizational learning**: a theory of action perspective. Reading: Addison-Wesley, 1978.

a verdadeira aprendizagem organizacional, portanto, exige que os membros analisem suas suposições e crenças, avaliem objetivamente seu conteúdo e sua validade à luz das condições vigentes e de novas evidências, reestruturem ou rejeitem normas e aspirações que não são mais viáveis, configurem novos objetivos e aprendam novos métodos para alcançá-los (CHOO, 2006, p. 350).

Mais: como o conhecer está relacionado ao fazer individual e coletivo, que utiliza recursos mentais, materiais e sociais (inclusive linguagem, ferramentas e papéis), Choo (2006) estuda o conhecimento organizacional a partir da teoria da atividade, cujos fundamentos estão em Vygotsky (2005 [1934]), que buscava romper com a dicotomia característica do pensamento ocidental entre pensamento e ação, e entre indivíduos e a sociedade.

A teoria da atividade, conforme descrita por Choo (2006), examina a natureza das atividades práticas em termos de suas origens sociais e trata da relação entre o pensamento, o comportamento, as ações individuais e as práticas coletivas. “É dentro dessa rede de interações mediadas entre sujeito, objeto (ou atividade) e comunidade que o sistema de atividades/ação/produção/invenção cria coerência” (CHOO, 2006, p. 353).

Choo (2006) adota, portanto, “uma visão do conhecimento como um contínuo processo de construção social e ação coletiva incorporado nas tarefas, nos relacionamentos e nos instrumentos da organização” (CHOO, 2006, p. 351). O conhecimento organizacional combina sentir, conhecer e fazer em ciclos contínuos de interpretação, inovação e ação.

Nas duas teorias apresentadas, a gestão do conhecimento organizacional é vista como processo que amplia o conhecimento criado a partir dos indivíduos em relação, no envolvimento em propósitos comuns, constituindo a rede de conhecimentos da organização.

Para Nonaka e Takeuchi (1997), a gestão do conhecimento implica uma interação contínua e dinâmica entre conhecimento tácito e explícito. O conhecimento tácito, pessoal, como lembram os autores, está ligado à experiência e à ação do ser humano, assim como a ideias, valores e emoções (*apud* Alvares *et al.*, 2010, p. 244).

Já para Choo (2006) o processo de gestão do conhecimento, além de considerar os conhecimentos tácito e explícito, deve enfatizar o conhecimento cultural. A GC, para o autor, abrange ainda os processos de criação,

compartilhamento e utilização do conhecimento no ambiente organizacional (com sua missão, objetivos, estratégias, políticas, habilidades e ferramentas).

A gestão do conhecimento nas organizações, segundo Alvarenga Neto (2008),

ultrapassa temas que tocam a questão da informação e do conhecimento, e inclui a criação do conhecimento e o seu uso; a gestão da criatividade; a troca de informações; a criação e manutenção de repositórios de conhecimento e de condições favoráveis para que ele aflore. (ALVARENGA NETO, 2008, p. 38).

Brown e Duguid (2001)⁷, *apud* ALVARES *et al.*, 2010) consideram como principal desafio da GC o aprendizado ou aquisição de conhecimento, pois, segundo os autores, é isso que torna os bens intelectuais utilizáveis. Enfatizam que o aprendizado tornou-se o principal desafio do gerenciamento do conhecimento quando as empresas compreenderam que o conhecimento reside mais nas pessoas do que em sistemas de informação. Adotando essa perspectiva, a presente investigação apoia-se no conceito de comunidades de prática, relacionado à criação de contexto facilitador para a interação e a produção de conhecimento. O conceito, apresentado a seguir, começou a ser difundido no final da década de oitenta e, a partir de então, sustentou, segundo os autores, inúmeras ações de GC (Brown e Duguid, 2001, *apud* ALVARES *et al.*, 2010).

2.2 COMUNIDADES DE PRÁTICA

O conceito de comunidades de prática nasceu com os estudos realizados por Etienne Wenger, junto com outro antropólogo, Jean Lave, publicados no livro *Aprendizagem situada* (1987)⁸. Os autores inicialmente deram destaque às relações entre professores e aprendizes mais avançados como fonte primordial de aprendizagem. Mais tarde, Wenger (1998) criou uma abordagem inovadora sobre o tema aprendizagem, centrada no conceito de comunidades de prática. Nesta seção apresentam-se as bases teóricas, as características básicas, os modos de participação e de interesse e considerações sobre aprendizagem nas CoPs.

⁷ BROWN, J. S.; DUGUID, P. **A vida social da informação**. São Paulo: Makron Books, 2001.

⁸ LAVE, J.; WENGER, E. **Situated learning**: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

2.2.1 Bases Teóricas das Comunidades de Prática

Entre os teóricos que fundamentam o livro de Wenger *Comunidades de prática* (1998), destacam-se alguns que estudaram, no século XX, a aprendizagem como produção/construção coletiva de conhecimento. Vale dizer que Wenger (1998) tem como ponto de partida a obra de Polanyi (1966), que foca a dimensão tácita do conhecimento.

De acordo com Woolfolk (2000), Bandura (1977) formulou a teoria social da aprendizagem, baseada na concepção de que interagem no processo: 1) eventos ambientais (recursos, consequências de ações e ambiente físico); 2) eventos pessoais (crenças, expectativas, atitudes, conhecimento); 3) comportamentos (atos individuais, escolhas, declarações verbais). Bandura (1977) denominou de *determinismo recíproco* a interdependência desses fatores:

O aprendizado seria excessivamente trabalhoso, para não mencionar perigoso, se as pessoas dependessem somente dos efeitos de suas próprias ações para informá-las sobre o que fazer. Por sorte, a maior parte do comportamento humano é aprendido pela observação através da modelagem. Pela observação dos outros, uma pessoa forma uma ideia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação codificada serve como guia para a ação. (BANDURA, 1977, p. 22, *apud* WOOLFOLK, 2000).

Woolfolk (2000) lembra que inicialmente Bandura (1977) estudou o efeito da exposição a modelos agressivos sobre o comportamento das crianças. Utilizou o termo *modelagem* para a mudança no comportamento, pensamento ou emoções que ocorre por meio da observação de uma outra pessoa (modelo). A aprendizagem por observação se dá por intermédio do reforço indireto, recompensa ou punição, pela expectativa de ser reforçado por esse conhecimento ou pela identificação com o modelo “admirado”. A técnica da modelagem é utilizada hoje em programas de treinamento, aplicada ainda amplamente, como, por exemplo, para fazer um modelo do comportamento mostrado em um comercial determinar a compra do produto que está sendo anunciado.

Para Woolfolk (2000), o autor desenvolveu também o conceito de *autoeficácia*, que se refere ao senso de uma pessoa, à capacidade de lidar efetivamente com uma tarefa particular, que embasou técnicas de terapia comportamental. No ambiente educacional, observa Woolfolk (2000), Bandura (1977) mostrou a importância dos modelos positivos, não só familiares, mas sociais

(professores, colegas). Seus estudos foram importantes por não estarem centrados no comportamento individual, mas na observação da aquisição de um comportamento por meio da interação com outras pessoas. Por abordar o comportamento de forma mais ampla, orientada pelo social, chamou sua teoria de teoria social da aprendizagem.

Dewey (2010 [1922]) considera que a interação entre condições objetivas e condições internas constitui o primeiro princípio fundamental para a interpretação de uma experiência:

a experiência só é verdadeira quando as condições objetivas estão subordinadas ao que ocorre no interior dos indivíduos que passam pela experiência, influenciando na formação de atitudes, de desejos e de propósitos (DEWEY, 2010, p. 42).

O segundo princípio refere-se à continuidade de experiências, processo por meio do qual a aquisição de conhecimento ou habilidade em uma determinada situação torna-se um instrumento para compreender e lidar com a situação posterior. Para o autor, os princípios de continuidade e interação, enquanto critérios de valor da experiência, estão intimamente conectados. Dewey (2010) considerava que o sucesso do processo educativo estava associado à troca de ideias, sentimentos e experiências sobre as situações do dia a dia, relacionando-se, portanto, à socialização.

Também Vygotsky (2005 [1934]) vê a consciência humana como produto da história social. Para o psicólogo russo, o processo de construção do conhecimento apoia-se na integração da ação e seu significado para a construção da identidade dentro de uma perspectiva social. Sua abordagem sociointeracionista defende a ideia de que o pensamento adulto é culturalmente mediado, e a linguagem é o meio principal dessa mediação. “Isso nos leva a um fato inquestionável e de grande importância: o desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, isto é, pelos instrumentos linguísticos do pensamento e pela experiência sociocultural da criança (VYGOTSKY, 2005 [1934], p. 62).

Vygotsky (2005 [1934]) procura integrar, em uma mesma perspectiva, o homem enquanto corpo e mente, enquanto ser biológico e social. Ao examinar a origem do psiquismo humano em relação às condições sociais de vida historicamente construída, acrescenta que estas estão relacionadas ao trabalho social, ao emprego de instrumentos e ao surgimento da linguagem. Segundo o

autor, ao longo da história, a linguagem e o emprego de instrumentos fazem a mediação entre o homem e o mundo e estruturam o seu comportamento.

Schön (1983)⁹, outro autor que integra a base conceitual das CoPs, critica a racionalidade técnica, propondo a racionalidade prática ou o desenvolvimento de uma nova epistemologia da prática ou do conhecimento prático, dentro do marco da investigação reflexiva. Segundo Schön (1983), existem três conceitos básicos que se incluem no conceito mais amplo do pensamento prático: “o conhecimento na ação; a reflexão na ação e a reflexão sobre e na ação” (SCHÖN, 1983, p. 21, *apud* MINIOLI, 2011, p. 42). Schön, ao deixar de lado a racionalidade técnica, passa a pensar na prática inteligente, referindo-se ao conhecimento na ação “como uma aplicação do conhecimento para as decisões instrumentais” (SCHÖN, 1983, p. 51, *apud* MINIOLI, 2011, p. 42). Para o autor, o componente inteligente que orienta toda a atividade humana manifesta-se no saber-fazer. Schön afirma que “nosso saber é normalmente tácito, implícito em nossos padrões de ação e em nosso tato para as coisas com as quais estamos lidando” (SCHÖN, 1983, p. 49, *apud* MINIOLI, 2011, p. 43).

O livro *A construção social da realidade* (1983), de Berger e Luckmann¹⁰, é outra base teórica importante para entender as comunidades de prática. Os autores apresentam uma distinção teórica entre a socialização primária e secundária, segundo a qual a socialização primária é definida pela imersão da criança em um mundo social no qual vive como único mundo existente e concebível.

Sobre a socialização primária para esses autores, Setton (2005) descreve o processo como uma imersão que se faz a partir de um conhecimento de base que, com o decorrer do tempo, serve de referência para que a criança consiga “objetivar o mundo exterior, organizá-lo por intermédio da linguagem, bem como refletir e projetar ações passadas e futuras” (SETTON, 2005, p. 340).

Por meio desse processo, segundo Vitale (2000), “A criança vai identificando-se, por inúmeros mecanismos emocionais, absorvendo papéis e as atitudes das pessoas significativas na sua existência e assim desenvolve-se o processo de construção de sua identidade” (VITALE, 2000, p. 90).

De acordo com Vitale (2000), o mundo interiorizado na primeira infância por meio da socialização primária é fortemente mantido na consciência enquanto novas

⁹ SCHÖN, D. A. **The reflective practitioner**: how professionals think in action. New York: Basic Books INC, 1983.

¹⁰ BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1983.

interiorizações ocorrem, novas identificações, que se referem à socialização secundária, fundamental para garantir a adaptação do indivíduo a novos papéis.

Setton (2005), discorrendo sobre Berger e Luckmann (1983), explica que os autores partem da concepção de que os saberes básicos incorporados pelas crianças dependem não somente das relações entre a família e o ambiente escolar, mas de sua própria relação com os adultos responsáveis pela socialização.

No entanto, segundo a autora, “o interesse essencial desse livro reside na tentativa de construir uma teoria operatória da socialização secundária, aqui definida como a “interiorização de submundos institucionais especializados” e/ou a “aquisição de saberes específicos e de papéis direta ou indiretamente enraizados na divisão do trabalho” (SETTON, 2005, p. 340). Tais saberes compreendem um vocabulário, um programa formalizado, um universo simbólico que veicula uma nova concepção de mundo.

A coerência entre os saberes de base (socialização primária) e os saberes especializados (socialização secundária) estaria sujeita “a uma série de fatores conjunturais da história biográfica e da trajetória social dos indivíduos” (SETTON, 2005, p. 340).

No processo de construção da identidade, os autores enfatizam a trajetória do indivíduo na sua relação familiar e social e embasam os processos de significação da experiência e ressignificação no decorrer da vida, por meio das relações, no contexto histórico e social.

Por fim, compõem a base teórica do conceito de comunidades de prática os estudos de Maturana e Varela (2001), que chamam atenção para o fato de o conhecimento precisar ser, obrigatoriamente, avaliado em um contexto relacional. O sistema social humano amplia a criatividade individual de seus componentes por meio da linguagem, num processo contínuo de aprendizagem social.

Não prestar atenção ao fato de que todo conhecer é um fazer, não perceber a identidade entre ação e conhecimento, não ver que todo ato humano, ao construir um mundo na linguagem, tem um caráter ético porque ocorre no domínio social- tudo isso é igual a não permitir-se ver que as maçãs caem para baixo. (MATURANA; VARELA, 2001, p. 270).

Wenger (1998), a partir dos teóricos citados acima, não vê a aprendizagem como processo individual, com começo e fim, separado do resto das outras atividades, resultado de um processo de ensino, mas adota uma perspectiva

segundo a qual a aprendizagem ocorre no contexto da experiência de vida e participação no mundo, ou seja, “essencialmente, a aprendizagem constitui um fenômeno social” (WENGER, 1998, p. 3-4). A produção do conhecimento, segundo o autor, está vinculada a um processo de aprendizagem coletiva.

Pertencer a uma comunidade de prática implica um fazer que, segundo Silva (2004), considera o contexto histórico e social que dá significado a essa ação. Referindo-se ainda a Wenger (1998), explica que embasam essa prática o conhecimento tácito e explícito, bem como as relações implícitas, convenções tácitas, intuições, diferentes percepções e visões de mundo dos participantes.

Descrito por Wenger (1998) como um fenômeno social já estabelecido nas e entre as organizações, o conceito passou a ser utilizado para “qualquer comunidade que opera dinamicamente, em todos os lugares, mesmo não existindo uma relação sistemática entre as pessoas” (SILVA, 2004, p. 72).

2.2.2 Características Básicas das Comunidades de Prática

Para Wenger (1998), todos nós pertencemos a comunidades de prática. Em casa, no trabalho, na escola, nos nossos *hobbies*, pertencemos a várias comunidades de prática em dado momento.

As famílias, como comunidades de prática, desenvolvem suas próprias práticas, rotinas, rituais, artefatos, símbolos, convenções e histórias (WENGER, 1998, p. 6). O autor também observa que, no ambiente de trabalho, mesmo em uma grande instituição, as pessoas trabalham com e, de certo modo, para um grupo bem menor de pessoas e comunidades. Desenvolvem ou preservam uma consciência de si mesmas e criam uma prática para fazer o que é necessário (WENGER, 1998, p. 6). Na *web*, as pessoas se encontram em espaços virtuais e partilham interesses. Na escola, os alunos se reúnem em grupos que se espalham por todo canto – na sala de aula, no *playground*, oficialmente ou nas drogas. Apesar do curriculum, das disciplinas e da orientação, “a aprendizagem mais transformadora vem a ser aquela que envolve os relacionamentos nessas comunidades de prática” (WENGER, 1998, p. 6).

Wenger (1998) reconhece que “o conceito de comunidades de prática não é novo nem velho”. Tem tanto o caráter de uma novidade como uma familiaridade

esquecida, de obviedade, mas talvez essa seja a marca da maioria dos nossos *insights*.

As comunidades de prática são parte da nossa vida diária. Elas são tão informais e disseminadas que raramente se tornam um foco explícito, mas pelas mesmas razões são familiares. 'Embora o termo possa ser novo, a experiência não é'. (...) todos nós podemos construir um quadro razoavelmente bom das comunidades de prática às quais pertencemos neste momento, aquelas a que pertencemos no passado, e aquelas às quais gostaríamos de pertencer no futuro. Também temos uma ideia razoavelmente boa de quem pertence às nossas comunidades de prática e por quê (...). Além disso, podemos provavelmente distinguir algumas comunidades de prática nas quais somos membros nucleares de um grande número de comunidades nas quais temos uma participação periférica. (WENGER, 1998, p. 7).

Nas comunidades de prática, segundo Wenger (1998), os relacionamentos acontecem imbricados com atividades e se mantêm por determinado tempo para possibilitar a transmissão e criação de conhecimento.

As três características para a existência de uma comunidade de prática são:

1) o domínio do conhecimento de interesse comum ao grupo: "as comunidades de prática envolvem a participação das pessoas em uma atividade na qual todos os participantes têm um entendimento comum sobre o que é a prática e qual o sentido para as suas vidas" (SILVA, 2004, p. 73); 2) a comunidade formada em torno do domínio desse conhecimento, na qual as pessoas mantêm troca de informações, diálogos, que giram em torno de necessidades específicas do seu contexto; 3) a prática propriamente dita, que, para Wenger (1998), inclui as experiências, as maneiras de resolver problemas recorrentes da prática, já compartilhados e traduzidos em um repertório comum.

Segundo Wenger (1998), a identidade é construída por meio da experiência de participação ativa de pertencimento nessa comunidade, nas relações com os membros da comunidade. O significado único, pessoal, adquirido pelas histórias compartilhadas, as dificuldades, as superações vividas no grupo e internalizadas trazem uma noção, para o participante, de quem ele é.

Sobre os estágios típicos de desenvolvimento, Silva (2004) apresenta um quadro adaptado de Wenger; MacDermotte e Snyder (2002, p. 69, *apud* SILVA, 2004, p. 75), segundo o qual a comunidade de prática se forma a partir de interesses e relacionamentos preexistentes. Esses motivadores devem, necessariamente, estar aliados à percepção dos participantes sobre a importância de realizar empreendimentos mútuos. Em um segundo momento, a comunidade pode se

expandir e seguir rumo a um estágio de maturação, que envolve práticas e estabelecimento de padrões e rotinas. É chamado de fase ativa o estágio em que se observa, além das práticas, a renovação de interesses, a capacitação de novos participantes e a conquista de maior influência na comunidade pela ampliação das práticas. O último estágio, denominado de dispersão, diz respeito a quando a comunidade deixa de ter utilidade na vida de seus participantes.

Vistas as características básicas das CoPs, descrevem-se a seguir os modos de participação e dimensões de interesses, com o objetivo de preparar terreno para inserir as questões ligadas à aprendizagem.

2.2.3 Modos de Participação e Dimensões de Interesses nas Comunidades de Prática

As comunidades de prática permitem diferentes níveis de participação: 1) a participação nuclear, quando o membro é reconhecido como praticante comprometido e ajuda na definição da comunidade; 2) a participação periférica, quando há uma relação com menos engajamento e menos autoridade do participante em relação ao grupo; 3) a participação transacional, “que se refere a uma relação estabelecida ocasionalmente para receber ou prestar serviço, sem que a pessoa se torne um membro efetivo da comunidade” (WENGER, 1998, p. 167).

A participação acontece simultaneamente ao processo da reificação, que Wenger (1998) define como a transformação de uma abstração, algo internalizado, em uma projeção sobre o mundo, em um novo código de comunicação, em uma produção concreta. *Reificar* significa *coisificar*, dar forma à experiência por meio da produção de objetos concretos. A reificação é decorrente da participação na comunidade.

Wenger (1998) apresenta três caminhos, maneiras diferentes por meio das quais uma comunidade possibilita a participação: 1) o engajamento, ou envolvimento ativo, que promove o aprendizado por meio da negociação de significados; 2) a imaginação, que diz respeito à possibilidade de criação de imagens do mundo e de novas conexões; 3) o alinhamento, que pressupõe a habilidade de comunicar objetivos, necessidades, métodos e critérios de forma coerente, organizada.

No esforço de traduzir dimensões de interesse, o autor qualifica três formas de pertencimento à comunidade de prática:

- a) engajamento mútuo – diz respeito à habilidade para comprometer-se com outros membros e apresentar resposta adequada às ações. Considera a expressão da competência de cada participante em uma diversidade de competências que se complementam. É importante lembrar que “o resultado do engajamento reflete uma grande complexidade de fazer as coisas juntos” (SILVA, 2004, p. 84);
- b) empreendimento conjunto e negociado. Segundo Wenger (1998), a comunidade de prática não pode ser compreendida de forma isolada, pois está necessariamente inserida em um contexto histórico, social, cultural e institucional. Só pode existir, portanto, como resultado de um empreendimento conjunto e negociado em relação às suas demandas. “Sua prática diária, com sua mistura de submissão e asserção é uma responsabilidade complexa, negociada coletivamente” (WENGER, 1998, p. 78). Embora a comunidade de prática exista a partir de uma demanda externa, ela se organiza para gerar as próprias respostas;
- c) criação de um repertório compartilhado. Com o tempo, o empreendimento conjunto possibilita a construção de um repertório compartilhado de ações, de rotinas, gestos, conceitos, símbolos. “O repertório inclui discursos e estilos. Pelo discurso, os membros criam e declaram o significado sobre o mundo; pelos estilos eles expressam suas formas de relacionamento e suas identidades como membros” (SILVA, 2004, p. 86).

Na Figura 2, estão reunidos os modos de participação e as atividades possíveis de cada um deles.

FIGURA 2 – COMUNIDADES DE PRÁTICA



FONTE: Bolzani Júnior; Sousa; Nascimento (2010, p. 11).

A próxima seção detém-se no aporte de Wenger (1998) para a compreensão do processo de aprendizagem por meio do exercício de pertencimento a uma comunidade.

2.2.4 Comunidades de Prática e Aprendizagem

O conceito de comunidades de prática baseia-se na concepção adotada por Wenger (1998) de que a aprendizagem ocorre por meio da prática socializada. Assim, a aprendizagem é vista como processo de participação social, pois a pessoa aprende e desenvolve sua identidade por meio da participação em um grupo.

Wenger (1998) adota as seguintes premissas sobre a aprendizagem:

1) Somos seres sociais e esse fato é um aspecto central da aprendizagem. 2) O conhecimento é uma questão de competência com respeito a atividades valorizadas pela pessoa, tais como: cantar no tom, descobrir fatos científicos, consertar máquinas, escrever uma poesia, tornar-se pessoa de bom convívio, crescer como menino ou como menina e assim por diante. 3) Conhecer é uma questão de buscar a participação nessas atividades, ou seja, de ativo engajamento (envolvimento) no

mundo. 4) O significado depende da nossa habilidade em experienciar, vivenciar o mundo, “e o nosso envolvimento significativo com o mundo é fundamentalmente o que a aprendizagem deve produzir” (WENGER, 1998, p. 4).

O foco principal dessa concepção está, pois, na aprendizagem como processo de participação social. A participação aqui não se refere simplesmente a acontecimentos específicos de envolvimento em certas atividades com determinadas pessoas, mas a um processo mais amplo, pelo qual as pessoas têm participação ativa em práticas de comunidades sociais e constroem sua identidade na e a partir da relação com essas comunidades. Wenger (1998) cita o exemplo de um grupo no recreio da escola ou de um grupo de trabalho, ambos, segundo ele, ligados a um tipo de ação e a uma forma de pertencimento: “A participação molda não só o que fazemos mas também o que somos para nós mesmos, e como interpretamos o que fazemos” (WENGER, 1998, p. 4).

Wenger (1998, p. 4; 6) assim descreve os componentes do processo de aprendizagem, que são profundamente interconectados e se definem mutuamente:

- 1) significado (aprendizagem como fruto da experiência) - uma maneira de falar sobre nossa habilidade (dinâmica) individual e coletiva de experienciar nossa vida e o mundo como significativos;
- 2) prática (aprendizagem pelo fazer) - uma maneira de falar sobre recursos históricos e sociais compartilhados, sistemas e perspectivas que podem manter o engajamento mútuo na ação;
- 3) comunidade (aprendizagem como fruto do pertencer) - uma maneira de falar sobre as configurações sociais nas quais nossas atividades são definidas como de valor e nossa participação é reconhecida como competência;
- 4) identidade (aprendizagem como base para a construção da identidade) - uma maneira de falar sobre como a aprendizagem muda quem somos e cria histórias pessoais de transformação no contexto das nossas comunidades.

No entender de Wenger (1998), colocar a participação como foco primário no processo de aprendizagem tem as seguintes implicações: 1) para os indivíduos, significa que a aprendizagem é uma questão de engajamento, de envolvimento e contribuição às práticas de suas comunidades; 2) para as comunidades, significa que a aprendizagem é uma questão de refinamento, aperfeiçoamento de suas práticas e de garantir novas gerações de membros; 3) para as organizações,

significa que “a aprendizagem é uma questão de sustentar a interconexão de comunidades de prática levando em conta aquilo que a organização sabe que sabe, o que a torna efetiva, eficaz e de valor, enquanto organização” (WENGER, 1998, p. 7; 8).

Dessas implicações decorrem orientações de Wenger (1998) relativas ao processo de ensino e à sustentabilidade das comunidades para a valorização da própria organização.

No âmbito educacional, segundo Wenger (1998), é preciso encontrar maneiras de engajar, de prover acesso a recursos que aumentem a participação dos estudantes, envolvê-los em práticas significativas, abrir seus horizontes de modo que eles se coloquem em trajetórias de aprendizagem com as quais possam se identificar, e facilitar a sua participação em ações, discussões e reflexões que façam a diferença para as comunidades que eles valorizam.

No âmbito organizacional, é preciso valorizar o trabalho das comunidades envolvidas, assegurando que os participantes tenham acesso aos recursos necessários para desenvolver habilidades e conhecimentos que embasem a tomada de decisões. Wenger (1998) enfatiza, ainda, que as organizações que desenvolvem comunidades de prática têm condições de perceber com mais profundidade o conhecimento produzido em sua estrutura e, dessa forma, podem se tornar mais valorizadas no seu contexto. Para tanto, é fundamental o papel do coordenador nas CoPs.

Em artigo sobre a relação entre eventos/fóruns para a constituição de CoPs, Silva *et al.* (2012) chamam atenção para as características essenciais ao desempenho do papel de coordenador: ser uma pessoa mais experiente, capaz de motivar os integrantes do grupo; agir com autonomia; estabelecer uma relação de confiança e colaboração; ser um facilitador para a criação de conhecimento.

Descritas as características das CoPs, faz-se necessário, para facilitar a correlação dos elementos e base teórica das comunidades de prática com a teoria e prática da terapia comunitária, apresentar o conceito de saúde mental adotado para esta pesquisa.

2.3 SAÚDE MENTAL

Esta seção traz o conceito de saúde como processo, ressalta a promoção da saúde como estratégia voltada para a colaboração e participação social e, ainda, amplia a base conceitual da Política de Saúde Mental e da terapia comunitária.

2.3.1 Conceito de Saúde

A concepção tradicional de saúde, que a define como ausência de doença, apresenta-se limitada, por isso vem sendo gradativamente abandonada, sobretudo a partir da *Declaração de Alma Ata* (1978)¹¹, cujos itens iniciais reafirmam a definição de saúde defendida pela OMS, como o “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, e a defendem como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos.

A partir daí ampliam-se as concepções, prevalecendo a ideia de que saúde e doença não são estágios estanques e isolados, mas fazem parte de um mesmo processo. Processo aqui é entendido como “o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade” (ALMEIDA, 1988, p. 37).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) anuncia a nova concepção de saúde, entendida como um bem comum, um direito social, um componente da qualidade de vida. Um exemplo encontra-se no artigo 196, que diz:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 14).

Corroborar esse pressuposto a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao prever o dever do Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos

¹¹ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, famílias, das empresas e da sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Atrelado à concepção de saúde está o modelo de intervenção utilizado para atender a população. Para Mendes (2000), essa concepção de saúde abrange “a noção de que não é a ação individual sobre o indivíduo que elevará o nível de saúde das pessoas” (MENDES, 2000, p. 5). As comunidades também têm parcela de responsabilidade na conservação e promoção de sua própria saúde e devem instrumentalizar-se para poder exercer tal responsabilidade.

O conceito de saúde está, segundo Veiga (2010), em construção, pois depende de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. O autor acentua, porém, que se trata de uma relação harmoniosa, que oportuniza ao homem uma vida com qualidade, dependendo de um melhor conhecimento e aceitação de si mesmo, de relações mais solidárias, do respeito à natureza e responsabilidade ecológica e de relações cidadãs com o Estado, na perspectiva positiva para a vida e para o futuro. O significado dessas relações é a construção da saúde em um sentido mais amplo, que inclui a luta contra todas as desigualdades, a construção de cidadanias e a constituição de sujeitos.

Tal conceito, centrado na valorização do conhecimento popular, na criação de ambientes favoráveis, no desenvolvimento sustentável e na participação social para a construção da saúde, está relacionado com a promoção da saúde, tema da próxima seção.

2.3.2 Promoção da Saúde

A necessidade do desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde surge mais acentuadamente nos últimos vinte anos, particularmente no Canadá e Estados Unidos, como reação à acentuada medicalização nos sistemas de saúde. Por isso, segundo Czeresnia e Freitas (2003),

A ideia da promoção de saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, como “políticas públicas saudáveis”, “colaboração intersetorial”, “desenvolvimento sustentável”. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e ressalta-se o quanto múltiplos elementos – físicos, psicológicos e sociais – estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto do

desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais. (CZE RESNIA; FREITAS, 2003, p. 9).

Promover tem o significado de *dar impulso a; fomentar, originar; gerar*. A promoção da saúde tem sido preocupação de autores como Buss (2003), segundo o qual “a evolução do conceito transitou da medicina preventiva para um “enfoque político e técnico” do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos, desde as conferências de Alma Ata e Ottawa” (BUSS, 2003, p. 36).

A propósito de Alma Ata, vale lembrar que a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, em 1978, é considerada a primeira em que se enfatizou a importância da atenção primária em saúde, a chave da promoção da saúde para todos os povos do mundo. Dela resultou o documento *Declaração de Alma Ata*¹².

Quanto à *Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde*, de 1986, apresenta três desafios para alcançar a saúde para todos: reduzir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e incrementar a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde. Para tanto, na carta constam três mecanismos: “o autocuidado, a ajuda mútua e a criação de ambientes saudáveis, de entornos que favoreçam a saúde” (BUSS, 2003, p. 24).

Essa estratégia propõe a mobilização não só de recursos institucionais, mas comunitários, públicos e privados, para a saúde coletiva.

O conceito de promoção da saúde

[...] está associado inicialmente a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma ‘combinação de estratégias’: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a ideia de “responsabilização múltipla”, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. (BUSS, 2003, p. 16).

Segundo o autor, a estratégia preventiva centrada no conhecimento científico deu lugar à promoção da saúde, que “tem na sua base conceitual a valorização do conhecimento popular e a participação social” (BUSS, 2003, p. 16).

¹² Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

A promoção da saúde representa um desafio para os diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até os centros especializados e serviços de referência.

Quanto à Saúde, Promoção e Vigilância, é fundamental entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que é conquistado no dia a dia e envolve a intersetorialidade e a participação social; as pessoas são sujeitos e não apenas pacientes. (BRASIL, *apud* SOARES, 2008, p. 25).

Com relação à terapia comunitária, segundo Soares (2008), “é importante que esse instrumento seja reconhecido como uma prática de cuidado à saúde que se fundamenta nos conceitos de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico” (SOARES, 2008, p. 51). A sua divulgação contribui com os profissionais da área da saúde no conhecimento de novas abordagens de cuidado que atendam aos princípios do SUS e estimula o desenvolvimento ações de promoção da saúde.

Os conceitos de integralidade da atenção e as condições para a promoção da saúde, quais sejam, a intersetorialidade e a participação social, embasam a nova política de saúde mental, descrita a seguir.

2.3.3 Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental

A exclusão do convívio social das pessoas com transtornos mentais passou a ser fortemente questionada, segundo Delgado (2007), a partir do surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1973 por Franco Basaglia, na Itália.

Bezerra Jr. (2007), baseado em Henrique Caetano Nardi e Tatiana Ramminger (s. d.), fala sobre a mudança na relação com o sofrimento mental:

[...] passou do modelo religioso da salvação do louco, no período colonial, para o modelo médico da cura e do reparo, a partir do fim do século XIX, para chegar às proposições da Reforma, que buscam uma superação desse modelo não por uma recusa romântica do sofrimento provocado pela loucura, mas pela insistência na inclusão de formas de atenção fundadas no paradigma do cuidado (e não apenas na busca da cura) e na ancoragem de estratégias assistenciais e culturais de confronto com a loucura no processo mais geral de ampliação do exercício da cidadania. (BEZERRA JR., 2007, p. 4).

No Brasil, o avanço do movimento da Reforma está ligado à entrada em vigor da nova Constituição Brasileira, a Constituição Cidadã, de 1988, e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como premissas ser público, universal,

igualitário, regionalizado, descentralizado e hierarquizado. Esse sistema foi instituído pelas leis federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990 e, de acordo com Baptista (2005), foi inserido “em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social – que abrange, além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social” (BAPTISTA, 2005, p. 32).

Pela nova Constituição, o doente mental passou a ser visto como um ser social, não mais sob a perspectiva da violência, mas da tolerância, não da exclusão social, mas da sua inclusão no espaço social (BRASIL, 1988).

A lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, incluiu entre seus artigos a saúde mental, como forma de “garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (parágrafo único do art. 3º) (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Como resultado dessa lei foi instituída uma rede de atenção à saúde mental, regulada e organizada pelo SUS, mas regionalizada. Essa rede foi composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por centros de conveniência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais, todos caracterizados essencialmente como públicos e de base municipal (DELGADO *et al.*, 2007).

Os CAPS têm três modalidades de atendimento. O CAPS I é previsto para municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, para pacientes que apresentam transtorno mental severo e persistente e transtornos decorrentes do uso de álcool ou outras drogas; o CAPS II para municípios entre 70 e 200 mil habitantes, para o atendimento dos mesmos problemas, mas com serviços voltados especificamente para dependentes de álcool e outras drogas. São chamados de CAPSad; e o CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes, correspondendo a serviços de maior complexidade, que funcionam 24 horas. Outra das modalidades existentes é o CAPSi (Infantil), especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, set./out. 2010).

Todavia, como informa Andrade (2009),

[...] outros serviços ainda não se encontram configurados com equipamentos de atenção aos usuários portadores de transtorno mental, como os hospitais gerais e o mau funcionamento da atenção básica,

instituída como porta de entrada para a definição da necessidade desse usuário, situação melhorada, principalmente após inserção de outros profissionais especializados, através dos Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF), que complementam a qualidade da assistência prestada a esses usuários. Enfim, pontos que necessitam ser considerados e trabalhados para implementação de serviços equitativos e integrais. (ANDRADE, 2009, p. 51).

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica não se refere a uma simples reorganização dos serviços ou modernização do atendimento psiquiátrico, mas a um processo social complexo, que necessita do desenvolvimento de competências técnicas, políticas e sociais.

Andrade (2009), citando Franco e Magalhães Júnior¹³, observa que

O atual modelo assistencial desenvolveu-se no século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionado pelo complexo industrial, que mantém a acumulação no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos. (ANDRADE, 2009, p. 43).

Outra questão recorrente nos trabalhos publicados referentes ao tema é a dificuldade de integração dos diversos níveis de atenção à saúde mental para a resolução dos problemas de saúde. Costa (2009), por exemplo, chama a atenção para um desafio maior, que é “a articulação da rede de serviços em saúde para apoio e ampliação da capacidade de resolver problemas de saúde, articular com redes de urgência, de centros especializados, desenvolvimento social e outras” (COSTA, 2009, p. 23).

Costa (2009) enfatiza que a saúde dos usuários do SUS está atrelada essencialmente à capacidade de integração da rede de atenção à saúde mental, que inclui a atenção básica, os ambulatórios de especialidade, os hospitais e serviços de emergência.

No entendimento de Andrade (2009), fundamental para haver a integração seria proceder a uma avaliação

[...] das práticas de saúde que tenham competência reconhecida e que sejam compatíveis com os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, equidade. A terapia comunitária é uma ferramenta que atende a esses princípios e, ao longo de sua trajetória, tem demonstrado ser uma

¹³ FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

tecnologia de baixo custo para a população em situação de risco de adoecimento e com sofrimento emocional. (ANDRADE, 2009, p. 22).

Como estratégia do Ministério da Saúde, em consonância com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a pesquisa apresenta a seguir a terapia comunitária.

2.4 TERAPIA COMUNITÁRIA

2.4.1 Conceito

A terapia comunitária (TC) é constituída por uma técnica de trabalho com grupos e foi desenvolvida há mais de 20 anos pelo professor Adalberto de Paula Barreto, do Departamento de Saúde Comunitária do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como uma forma de “valorizar os recursos individuais e coletivos, na medida em que o grupo se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais. Pretende ser, portanto, um instrumento de construção de redes de apoio social” (BARRETO, 2005, p. 36).

Apresenta como características fundamentais

[...] o acolhimento do sofrimento humano, procurando reforçar no indivíduo as suas potencialidades, autoestima e capacidade para desenvolver sua autonomia. A terapia comunitária é utilizada em outros países, como França, Suíça e México. No Brasil, está presente em todos os estados brasileiros. Ela pode ser considerada uma tecnologia de cuidado ou um procedimento terapêutico grupal, cuja finalidade é promover a saúde e prevenir o adoecimento; pode ser desenvolvida na atenção básica em saúde mental; ajuda na promoção da cidadania, no fortalecimento da identidade cultural das comunidades, das redes sociais solidárias e possibilita aos indivíduos e famílias o desenvolvimento da autonomia e das bases necessárias para o equilíbrio pessoal e social. (GUIMARÃES¹⁴, *apud* SOARES, 2008, p. 39).

A TC é denominada terapia comunitária sistêmica integrativa. A palavra *terapia*, de origem grega (*therapeia*), significa *acolher, servir, atender*. A palavra *comunidade* é composta da palavra *comum* + *unidade*, ou seja, o que as pessoas têm em comum: afinidades, sofrimentos, dificuldades, etc. É chamada *sistêmica* porque na TC as crises e problemas só podem ser entendidos como partes integradas de uma rede complexa, que liga as pessoas a um único sistema, com

¹⁴ GUIMARÃES, F. J. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). 131 f. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

relação de interdependência das partes. A última denominação, *integrativa*, enfatiza um posicionamento de Barreto (2008): “Se o sofrimento humano é decorrente do macrocontexto socioeconômico, político e social, as respostas devem também ser *sistêmicas*, mobilizando recursos da multicultural brasileira” (BARRETO, 2008, p. 37). Para a promoção da saúde, segundo o autor, é necessário integrar saberes dos diferentes contextos socioculturais, ampliando as redes solidárias de promoção da saúde. Na TC a cultura é vista como um recurso que deve ser valorizado, mobilizado e articulado com conhecimentos técnico-científicos de outras áreas¹⁵.

A ênfase no trabalho em grupo busca ainda a criação gradual de consciência social. “A Terapia Comunitária resgata, também, a participação dos valores culturais de um grupo social e dos vínculos interpessoais e sociais, que unem, fortalecem e fazem o homem desse grupo descobrir o sentido de pertencimento à humanidade” (BARRETO, 2005, p. 38).

O procedimento de cada sessão de terapia comunitária comporta seis etapas, a saber: 1) acolhimento – momento de dar as boas-vindas e fazer uma atividade recreativa; 2) escolha do tema – momento em que cada participante explicita suas inquietações (motivo da consulta), escolhendo-se, em seguida, um tema para reflexão; 3) contextualização – quando cada participante esclarece a sua inquietação, colocando-se aberto às perguntas do grupo. Contextualizar significa pedir mais informações sobre o assunto para que se possa compreender o problema em seu contexto; 4) problematização ou partilha de experiência – etapa a partir da qual o terapeuta formula uma questão reflexiva relacionada ao tema levantado pelo grupo, que será respondida por cada participante; 5) encerramento – os presentes falam sobre o que aprenderam com as experiências de vida relatadas. Enfatiza-se, nesta etapa a conotação positiva, que facilita que os participantes repensem seu sofrimento de forma mais ampla, ultrapassem os efeitos imediatos negativos e encontrem sentido na crise, além de recursos pessoais para lidar com o problema; 6) apreciação – refere-se à avaliação do próprio terapeuta sobre sua atuação.

Utiliza-se esse processo, estruturado sempre nas mesmas etapas, nos diversos níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até os serviços especializados.

¹⁵ Nesta pesquisa, em lugar da expressão *terapia comunitária sistêmica integrativa*, optou-se pela forma abreviada, *terapia comunitária*, usual na literatura da área.

Conforme Soares (2008), a terapia comunitária pode colaborar para uma nova forma de intervenção na comunidade. Ela tem sido realizada por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em alguns estados do Nordeste, sendo um instrumento que utiliza tecnologias leves e de baixo custo.

As tecnologias leves que envolvem qualidades como compreensão, empatia, afetividade, capacidade de formar vínculos, escuta, compromisso com o paciente e respeito, precisam permear as relações dos profissionais de saúde com os usuários, principalmente com aqueles que precisam de cuidados específicos relacionados à saúde mental. (SOARES, 2008, p. 35).

Merhy (*apud* SOARES, 2008, p. 35¹⁶) entende tecnologias leves como “os modos relacionais de agir na produção de atos de saúde”, ou ainda, como “as intervenções que qualquer trabalhador ou profissional de saúde produz com o usuário, em ato; é um encontro onde duas pessoas atuam uma sobre a outra”.

Andrade (2009) amplia a discussão ao reconhecer que,

No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo das necessidades de uma unidade básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho nesse caso carece de interação de saberes e práticas necessárias ao cuidado integral da saúde. Prevalece no atual modo de produção em saúde, o uso de tecnologias duras (a que estão inscritas em máquinas e instrumentos) em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado do usuário. (ANDRADE, 2009, p. 46).

A cultura da medicalização, ainda presente na prática de assistência à saúde, precisa ser erradicada por políticas da promoção de saúde que buscam a relação do sofrimento com fatores sociais, em um esforço de entendimento do problema dentro de seu contexto.

Para que o modelo assistencial não se limite à medicalização, seria necessária “a inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção de saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, *apud* ANDRADE, 2009, p. 46¹⁷).

¹⁶ SOARES, C. S. D. A. **Terapia comunitária no programa estratégia saúde da família: implicações no modo de andar a vida dos usuários.** 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

¹⁷ FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

As tecnologias leves, ou apoiadas nas relações humanas de cuidado, podem representar uma alavanca para a consolidação da rede solidária de atenção à saúde. Ainda segundo Andrade (2009), “maior resolutividade de assistência prestada em níveis das unidades básicas de saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e por exames, especialmente aqueles de maior complexidade” (ANDRADE, 2009, p. 45).

Na perspectiva de redirecionamento da demanda, de fortalecimento da rede de cuidados, os resultados da pesquisa realizada pela Universidade Federal do Ceará (UFC), junto com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará (MISMEC-CE) nos anos de 2005 e 2006, para a qual foram coletados dados relativos a 12 mil questionários, mostram que apenas 11,5% das pessoas que frequentaram os grupos de terapia comunitária necessitaram de encaminhamento para os serviços de saúde. A pesquisa revela que 88,5% dos sofrimentos e dificuldades apresentados nos grupos encontraram solução na própria terapia comunitária (GUIMARÃES, 2008, p. 4).

Segundo Andrade (2009),

A Terapia Comunitária se constitui em uma tecnologia leve de cuidado, pois corrobora com as diretrizes operacionais da Política nacional de saúde mental, uma vez que leva a uma redução no consumo de psicotrópicos, fortalece a porta de entrada para a saúde mental e permite que as situações particulares do indivíduo sejam acolhidas com resolutividade e encaminhadas para os demais serviços que compõem a rede de saúde mental, garantindo a acessibilidade e universalidade do cuidado. (ANDRADE, 2009, p. 53).

A TC, enquanto estratégia terapêutica centrada no potencial das relações e não mais na medicalização, tem-se revelado apropriada ao modelo de atenção à saúde. Ferreira Filha e Carvalho (2010) avaliam da seguinte forma a experiência em terapia comunitária nos CAPS:

O modelo de atenção psicossocial, ao investir em novas modalidades de tecnologia em saúde, apostando especialmente nas chamadas tecnologias leves, a exemplo da TC, tem observado resultados muito positivos em mudanças de padrões interativos, relações interpessoais mais dialógicas e sensíveis, abrindo uma possibilidade de aceitar e interagir com a diferença por parte dos membros da sociedade. (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010, p. 236).

Para a compreensão mais aprofundada da terapia comunitária são apresentados a seguir seus eixos teóricos.

2.4.2 Intervisão em Terapia Comunitária

Na terapia comunitária, o termo *intervisão*, segundo Barreto (2008), “substitui a supervisão, que adquiriu conotação marcadamente tecnicista, controladora, colonizadora” (BARRETO, 2008, p. 356). Para o autor, os grupos de intervisão para terapeutas comunitários têm por objetivo proporcionar a sistematização do trabalho a partir da partilha de experiências, de soluções encontradas para problemas da prática cotidiana, constituindo uma prática democrática, na qual todos são valorizados em seus saberes.

A intervisão traduz-se em uma necessidade para o terapeuta em formação em função do seu envolvimento com o sofrimento e da grande diversidade sociocultural dos contextos nos quais atua. O conceito surge como forma de promover a horizontalidade nas relações entre terapeutas em formação e os mais experientes, e de facilitar a expressão de questionamentos e dúvidas. O termo refere-se a “um instrumento de aprendizado coletivo pelo exercício da escuta e respeito pelo saber do outro, em que se procura exercitar o diálogo para que todos os envolvidos na formação possam ter a liberdade de organizar suas ideias” (BARRETO, 2008, p. 359).

O processo de formação em terapia comunitária inclui conteúdos teóricos, vivências, a realização das sessões ou “rodas” de terapia comunitária e a participação nas intervisões. O grupo de intervisão, no entender de Barreto (2008), possibilita, por meio da prática em diferentes contextos, o aprimoramento profissional e melhora na qualidade do atendimento prestado para a comunidade envolvida.

Na perspectiva da valorização do autoconhecimento como recurso detransformação pessoal e social, Carício (2010) observa:

É esperado que ao final de cada curso os participantes tenham vivenciado um processo de transformação pessoal e profissional que proporcione a sua atuação como sujeitos críticos e reflexivos em relação ao próprio processo de trabalho em saúde, ampliando as possibilidades de construir vínculos e conquistar espaços de exercício da cidadania. (CARÍCIO, 2010, p. 43).

Barreto (2008) elabora o conceito de intervisão apoiado em Freire (1980), que enfatiza: “Na medida em que o homem, integrado em seu contexto, reflete sobre

este contexto e se compromete, constrói-se a si mesmo e chega a ser sujeito (FREIRE, 1980, p. 36).

Os encontros de intervisão contam com a presença do intervisor, terapeuta comunitário responsável pela coordenação do grupo. Carício (2010) destaca que o marco referencial entre um processo tradicional de supervisão e a intervisão em TC refere-se à forma de construção do trabalho nesse grupo, que segue as necessidades identificadas pelo terapeuta em formação, a partir da sua prática. A reflexão sobre as primeiras experiências na realização da TC é feita em grupo, assim como o exercício de construir caminhos de saída para os impasses gerados na comunidade.

Para Barreto (2008), a realização da TC permite a todo o grupo, inclusive o terapeuta, a oportunidade de ressignificação de suas histórias de vida, um amadurecimento pela convivência mais próxima com o sofrimento, a compreensão mais profunda sobre si mesmo e sobre o outro, a possibilidade de reconstrução da identidade. O contexto da intervisão repete a condição da abertura para a expressão de dificuldades, com isenção de julgamento, valorização das experiências de vida de cada terapeuta e de sua singularidade.

O contexto da intervisão permite, ainda, a reflexão sobre os eixos teóricos da TC para o embasamento do trabalho com os grupos e suas diferentes demandas, relacionados ao pensamento sistêmico, à teoria da comunicação, à antropologia cultural, ao conceito de resiliência e à pedagogia de Paulo Freire, apresentados a seguir.

2.4.3 Eixos Teóricos da Terapia Comunitária

A terapia comunitária, segundo Barreto (2005), constitui um instrumento de construção de redes solidárias e, para tanto, apoia-se em cinco grandes eixos teóricos, a saber: o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, o conceito de resiliência, a antropologia cultural e a pedagogia de Paulo Freire.

Apresenta-se a seguir a abordagem sistêmica, destacando Koestler (1981), Capra (1998), Morin (1996; 2011) e Esteves (2002), além de autores de referência em TC.

Segundo Morin (2011, p. 21), a sociedade pode ser concebida como um sistema cuja estrutura depende de uma alimentação externa - no caso dos sistemas

vivos, não apenas material/energética, mas também organizacional/informacional. Essa relação não é uma simples dependência: ela é constitutiva do sistema. “Logicamente, o sistema só pode ser compreendido se nele incluirmos o meio ambiente, que lhe é ao mesmo tempo íntimo e estranho e o integra sendo ao mesmo tempo exterior a ele” (MORIN, 2011, p. 22).

Capra (1998, p. 78), sintetizando sua visão da teoria sistêmica, denominada por ele de *ecologia profunda*, considera como fundamentais os conceitos de padrão, estrutura e processo. Para o autor, o padrão da vida é um padrão de rede capaz de auto-organização. O teórico define estrutura (1998) “como a incorporação física do padrão de organização do sistema e processo como a atividade envolvida na incorporação contínua do padrão de organização do sistema” (CAPRA, 1998, p. 135).

Além dessas, destacam-se outras ideias de Capra (1998) quanto aos sistemas:

1) “as propriedades das partes somente podem ser compreendidas na ampliação da organização do todo” (CAPRA, 1998, p. 41);

2) o princípio da interdependência: “Todos os membros de uma comunidade ecológica estão interligados em uma vasta e intrincada rede de relações” (CAPRA, 1998, p. 231). Para compreendê-los, é preciso estudar as relações;

3) os conceitos de flexibilidade e diversidade auxiliam os sistemas a enfrentar suas crises e suas dificuldades. No geral “a falta de flexibilidade se manifesta como tensão” (CAPRA, 1998, p. 234). No entanto, “a diversidade no enfrentamento de crises depende do sentimento de pertencimento da comunidade, construída como rede de relações” (CAPRA, 1998, p. 235);

4) devido à sua complexidade e imprevisibilidade, para manter a integralidade em seu desenvolvimento, “os sistemas caminham nos processos de estabilidade e mudança, ordem e liberdade, tradição e inovação” (CAPRA, 1998, p. 235).

Nesse caminho, a abordagem sistêmica amplia o olhar e a postura para o contexto e a multiplicidade de causas e efeitos – tudo está ligado a tudo. Igualmente oportuniza a crença de que os sistemas possuem capacidade de se autoavaliar e, conseqüentemente, de se auto-organizar e, posteriormente, o princípio de que as

famílias e os grupos se constituem em especialistas sobre as estratégias, os temas e caminhos para seu próprio desenvolvimento.

Retoma-se Koestler (1981, p. 33) quando, no desenvolvimento dos sistemas humanos, enfatiza as tendências integrativas e autoafirmativas, as quais indicam a importância do sentimento de pertencer – ou seja, o sentimento de estar vinculado e a aprendizagem de vincular-se afetivamente e conseqüentemente ampliar com qualidade a rede social pessoal – e o sentimento de ser, de autoafirmação, de poder ser o que se é, de autoconhecimento, de autoconfiança, de autorreconhecimento e de autoestima. Faz parte desses processos a experiência de cada pessoa de sentir-se reconhecida como única e inserir-se na possibilidade de reconhecer o outro.

Constrói-se um novo paradigma, segundo Esteves (2002), permitindo a assimilação de uma terceira dimensão: a intersubjetividade. Desse modo, a ciência integrou à dimensão da complexidade e da instabilidade, a dimensão da intersubjetividade, completando a mudança de paradigma, que era de simplicidade, objetividade e estabilidade.

Dentro desse paradigma, Morin (1996), estudando os sistemas humanos e sociais na visão da complexidade, explica: “há necessidade de exercitar-se em um pensamento capaz de tratar, dialogar, de negociar com o real” (MORIN, 1996, p. 22).

Morin (1996, p. 106-107) relaciona três princípios que podem ajudar a pensar a complexidade:

1) o princípio dialógico entre ordem e desordem: uma suprime a outra e, ao mesmo tempo, em certos casos, ambas colaboram e produzem a organização e a complexidade;

2) o princípio da recursividade organizacional: um processo recursivo é aquele no qual os produtos e os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquele que os produz;

3) o princípio hologramático, de acordo com o qual pode-se enriquecer o conhecimento das partes pelo todo e do todo para as partes, em um mesmo movimento produtor de conhecimentos.

Segundo Morin (1996), “a complexidade é o desafio, não a resposta; une os processos de simplificação (...) com outros contraprocessos que implicam a comunicação, a articulação daquele que está dissociado e distinguido” (MORIN, 1996, p. 144).

Na visão do novo paradigma, o grupo é um sistema aberto, em constante processo de mudança, organizado em relações complexas, que se desenvolve de acordo com princípios básicos de vida, elaborados na e a partir da sua história. Sistemicamente, segundo Capra (1998), movimenta-se nos princípios de transformação e coesão, tendo em vista o seu desenvolvimento pleno e a sobrevivência, vivência e convivência com os outros sistemas, buscando a melhor qualidade de vida possível e o atingimento de suas metas, baseadas em seus valores.

Sobre o enfrentamento de crises no paradigma sistêmico, Capra (1998) coloca como fundamentais a flexibilidade e a diversidade. O princípio da flexibilidade, para Capra (1998), “sugere uma estratégia correspondente para a resolução de conflitos”. O autor explica que conflitos inevitáveis são muito mais bem resolvidos estabelecendo-se um “equilíbrio dinâmico, em vez de sê-lo por meios de decisões rígidas”. E complementa: “contradições no âmbito de uma comunidade são sinais de sua diversidade e de sua vitalidade e, desse modo, contribuem para a viabilidade do sistema” (CAPRA, 1998, p. 235).

A diversidade é vista, nos grupos de terapia comunitária, como recurso para enriquecimento das soluções de problemas pessoais e da comunidade. O pensamento sistêmico, segundo Barreto (2008),

[...] indica que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se forem percebidos como partes integradas de uma rede complexa, cujas ramificações ligam e relacionam as pessoas num todo, que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. (BARRETO, 2008, p. 27).

A TC é uma estratégia de intervenção que traduz a visão sistêmica na própria forma como ocorre: as pessoas se reúnem e compartilham problemas e, ao mesmo tempo, soluções de enfrentamento desses problemas, como destacam Holanda, Dias e Ferreira Filha (2007):

A Terapia Comunitária apoia-se no pensamento sistêmico como mecanismo de intervenção na comunidade e no indivíduo, utilizando a teia infinita de padrões interconexos que permite ao grupo a reflexão dos problemas em todos os ângulos de um determinado contexto. Desse modo, as pessoas que vivenciam situações-problema tornam-se corresponsáveis e são estimuladas a refletir sobre o seu papel. Os acontecimentos passam a ser entendidos olhando-se o contexto e não como a soma de suas partes. (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007, p. 26).

O pensamento sistêmico implica um olhar em rede e o reconhecimento da comunicação como elo principal e recurso primordial para a reflexão. No novo paradigma da ciência, portanto, a comunicação é compreendida de forma complexa e ampliada: códigos, texto e contexto, o processo, os padrões, a história. Os envolvidos em um processo de comunicação se expressam e se fazem entender, ou não, pelo falar, agir, olhar, tons, toques em complexo processo de interações dentro do sistema.

O segundo eixo teórico da terapia comunitária, a teoria da comunicação, está fundamentada na pesquisa de Watzlawick, Beavin e Jackson (1973), que inovam a pesquisa com os seguintes axiomas: a) é impossível não comunicar – todo comportamento é comunicação; b) qualquer comunicação, além da informação, define a qualidade da relação e implica um compromisso. Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem (ou o conteúdo) e a relação entre os interlocutores; c) é importantíssimo o modo como a comunicação é pontuada, levando em consideração que cada interlocutor pode ter um ponto de vista diferente, o que gera uma grande dificuldade, caso não se atente para o modo como se pontua. Cada fenômeno pode ser visto por mais de um ponto de vista; d) existe a comunicação digital, objetiva, verbal (linguagem falada e escrita) e a analógica, que abrange todos os códigos de comunicação da expressão artística (posturas corporais, gestos, inflexão da voz, canto, dança, desenho, etc.).

Abordando as dificuldades da comunicação, Watzlawick *et al.* (1973) afirmam que “todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença” (WATZLAWICK *et al.*, 1973, p. 64). Segundo Barreto (2008), ambas constituem formas fundamentais de troca de informações, sendo a alternância entre a comunicação simétrica (onde há rivalidade) e a comunicação complementar (onde os papéis são diferentes e complementares) movimento fundamental para o equilíbrio da relação.

Para o terapeuta comunitário, todo sintoma tem valor de mensagem. Adota-se uma visão de circularidade: procura-se conhecer nos encontros a origem do sintoma, ou seja, o valor desse sintoma para o sistema familiar como um todo e depois, voltando-se para o participante, a função dessa comunicação para a própria pessoa.

Outra consideração importante dentro desse eixo é a de que as pessoas não se comunicam apenas para transmitir informações, mas para ganhar consciência de seu eu a partir de uma relação de comunicação com o outro (WATZLAWICK *et al.*, 1973). A confirmação do outro reforça a autoimagem do comunicador, reforça a sua identidade, a autoestima. Todas as pessoas necessitam de confirmação da visão que têm de si mesmos para, a partir disso, vincular-se ao grupo.

O terceiro eixo teórico a ser abordado é a resiliência. O termo foi inicialmente utilizado na Física e na Engenharia para referir-se à capacidade de um material absorver energia sem se deformar. Em inglês, a palavra *resilience* significa a capacidade de rápida recuperação, elasticidade. No campo do comportamento humano, esse termo tem sido relacionado à capacidade de superar adversidades.

Resiliência, na terapia comunitária, refere-se ao processo de transformação da carência e do sofrimento em competência para a geração de novo conhecimento. Esse processo é permeado pela articulação de saberes, criados na complexidade de diversos contextos culturais, explicitados no grupo. (BARRETO, 2008).

Barreto (2008) ressalta que são vários os caminhos para a produção do conhecimento e fala da necessidade que tem o ser humano de conciliar duas formas de conhecimento: o técnico-científico e o conhecimento produzido pela experiência da vida.

Outra fonte de produção do saber é a vivência pessoal ao longo da vida de indivíduos e de grupos sociais. Os obstáculos, os traumas, as carências e os sofrimentos superados transformam-se em sensibilidade e competência e essas habilidades construídas a duras penas são transmitidas, de geração a geração, pela tradição oral do 'ouvi dizer' e 'vi fazer'. (BARRETO, 2008, p. 101).

A terapia comunitária apoia-se na competência dos indivíduos e nos saberes produzidos pela experiência na superação de problemas, indissociados da referência cultural.

Trata-se de permitir que um método de cunho científico possibilite ao outro método de cunho mais intuitivo e cultural tomar corpo, consciência, consistência e reconhecimento de habilidades adquiridas por outras vias que não as convencionais. Trata-se de reconhecer que a cultura tem também seus processos e métodos geradores de habilidades e competências. (BARRETO, 2008, p. 103).

A promoção da resiliência nos grupos de terapia comunitária, segundo Barreto (2008), objetiva o resgate da autoestima, o fortalecimento dos vínculos interpessoais e o desenvolvimento da autonomia.

Chega-se assim ao quarto eixo teórico da TC, a antropologia cultural, em que o grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais é o referencial a partir do qual cada membro de um grupo constrói sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. A cultura é, portanto, um elemento fundamental na construção da identidade pessoal e grupal. Ainda, para Morin (2011), “A ideia de personalidade, na antropologia cultural, implica igualmente que esta seja um sistema aberto sobre a cultura” (MORIN, 2011, p. 22).

Segundo os autores, a terapia comunitária propicia ao participante a percepção de que ele está imerso em um conjunto de relações familiares e sociais, que abraça valores e crenças comuns e que todos esses vínculos pertencem a um único sistema, maior e complexo.

Na terapia comunitária, conforme Barreto (2008), “a cura passa pelo resgate das raízes e dos valores culturais que despertam no homem o valor e o sentido da pertença” (BARRETO, 2008, p. 235).

A pedagogia de Paulo Freire constitui, para Barreto (2005), o quinto eixo teórico da TC. Paulo Freire (1987), partindo da realidade nordestina, com os seus conflitos, riqueza e criatividade cultural, criou uma teoria/prática com contribuições ainda atuais e de reconhecimento internacional. Seus escritos, de acordo com Lima (2011), continuam sendo pesquisados por estudiosos de todo o mundo, abrangendo as áreas de educação, comunicação e cultura, e área social.

Dentro de uma concepção problematizadora e libertadora da educação, a proposta de Paulo Freire (1987) constitui um complexo estudo teórico/prático que enfoca o homem em suas dimensões de humanidade, como sujeito de sua ação, sujeito de sua aprendizagem, aprendiz que se desenvolve no diálogo e na relação com a vida, com o seu meio. Freire (1987) enfatiza, ainda, que esse sujeito é histórico, cultural, possuidor de sabedoria de vida e comunicativo, interagindo para o bem da coletividade.

Assim, a proposta investiga procedimentos, conteúdos, atitudes que auxiliem ou potencializem a experiência de educandos para se sentirem sujeitos do seu pensar, “abrindo espaço para discutir sua própria visão de mundo, manifestada de modo implícito ou explícito” (FREIRE, 1987, p. 120).

Dessa maneira, parte da convicção de que educadores, na elaboração de programas, têm que “buscá-lo dialogicamente com o povo”, e o povo deve participar de sua elaboração (FREIRE, 1987, p. 120).

Para o autor, “não há diálogo, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda” (FREIRE, 1987, p. 79).

Freire (1987) indica que, na investigação dos conteúdos, na busca de integrar a visão de mundo dos educandos-educadores com o conjunto de temas levantados, a proposta insere o conceito antropológico de cultura. Assim, se esclarece, “através da compreensão da concepção geral do mundo do grupo de educandos ou do educando, o papel dos homens no mundo e com o mundo, como seres de transformação e não da adaptação” (FREIRE, 1987, p. 117).

O diálogo é considerado por Freire (1987) uma prática de liberdade: todos ensinam e todos aprendem. Freire (1987) defende que o conhecimento é construído na horizontalidade, isto é, a partir da troca, da prática. Nas palavras de Lazarte (2011), sobre terapia comunitária,

Ninguém lhe pergunta a profissão, embora possa ser declarada. Mas quando alguém fala, os outros escutam. Todos têm algo a dizer. Todas as histórias, problemas, sonhos, anseios e ansiedades, são importantes. Ninguém dá conselhos nem interrompe quando os outros falam. Não há ninguém mais importante que os demais. Todos se tocam, se abraçam, trocam olhares e palavras de carinho, de afeto, de apoio, de compreensão. (LAZARTE, 2011, p. 95).

Freire (1980) explica que a conscientização crítica não é atingida apenas pelo esforço intelectual, e sim pela práxis, no estabelecimento de autêntica união entre reflexão e ação. O autor diz, ainda, que é “na incidência da ação transformadora dos homens sobre o mundo que resulta sua própria humanização” (FREIRE, 1980, p. 86).

Ampliando a ideia anterior, Freire (1980) afirma que

o homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto e quanto mais ele refletir sobre a sua situação concreta, mais ele emerge plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la. (FREIRE, 1980, p. 35).

Em Freire (1980), observa-se que a conscientização, a capacidade criadora e transformadora de todos os homens, a ação/reflexão, a humanização constituem a base dos conceitos, ideias, princípios constituintes de sua pedagogia, também

denominada conscientizadora, libertadora, dialética. Nela, segundo o autor, “a práxis humana é a unidade indissolúvel entre a minha ação e a minha reflexão sobre o mundo” (FREIRE, 1980, p. 25).

Marchetti (2011) explica que a pedagogia de Paulo Freire “ensina o respeito pelo saber do outro e a curiosidade de conhecê-lo. Ela legitima o outro no seu saber, [...]” (2011, p. 193), mostrando a importância da escuta praticada na terapia comunitária.

Traduzindo o pensamento de Paulo Freire, que defende o respeito à experiência de vida de cada um e rejeita toda e qualquer forma de discriminação, Barreto (2008) observa que “Qualquer discriminação é imoral, pois agride o ser humano e nega a possibilidade de vivermos democraticamente com as diferenças” (BARRETO, 2008, p. 289).

A terapia comunitária

Coloca o terapeuta numa postura de horizontalidade, tornando-o parte do problema e da solução. Coloca a todos na condição de aprendizes da vida, aprendendo com a experiência do outro, compartilhando o saber para somar. Sabemos que o saber do grupo é maior do que a soma das partes e, que nele cada um sente-se uno e múltiplo. Assim, firmada na singularidade, a pessoa contribui para algo maior. (MARCHETTI, 2011, p. 194).

A prática da TC constitui um instrumento que permite a aplicabilidade das ideias de Paulo Freire, à medida que observa os aspectos da horizontalidade na comunicação, a valorização dos recursos pessoais e da partilha de experiências para a produção do conhecimento.

Feitas as observações referentes aos eixos teóricos da TC, considerou-se importante fazer um alinhamento teórico que contemplasse as primeiras percepções acerca de convergências entre as teorias da criação do conhecimento organizacional e a terapia comunitária.

2.5 ALINHAMENTO TEÓRICO

Apresentam-se nesta seção correlações iniciais entre as teorias de Nonaka e Takeuchi (1997) e de Choo (2006), da área organizacional, e a base teórica da terapia comunitária. Para o enriquecimento desse referencial teórico sobre o processo de construção do conhecimento, buscou-se apoio igualmente no

pensamento de Edgar Morin (2011), Fritjof Capra (2006), Humberto Maturana e Francisco Varela (2001).

As teorias de Nonaka e Takeuchi e de Choo têm em comum a visão do conhecimento tácito como base para a produção de novos conhecimentos. De acordo com esses autores, os conhecimentos dos indivíduos afetam o comportamento de outros indivíduos. Esses conhecimentos socializados embasam a tomada de decisões e levam o grupo a agir de modo diferente, provocando um novo conhecimento.

Tal afirmação remete ao significado de cultura dado por alguns pensadores da área da psicologia social, que a entendem como parte integrante da cognição. Moreira e Sloan (2002, p. 26) adotam o conceito de cognição cultural para se referir à necessidade de compreensão compartilhada, de natureza interpessoal, que surge como tentativa das pessoas de darem um significado às suas experiências.

Explicam também que

[...] processos culturais são partes e parcelas na construção da individualidade e da autonomia, na medida em que os indivíduos trabalham criativamente com combinação de símbolos ou discursos que estão facilmente disponíveis para eles nas interações e comunicações do dia a dia. (MOREIRA; SLOAN, 2002, p. 26).

Nas teorias aqui apresentadas, o conhecimento é visto como fruto da ação, da experiência de cada um, que se soma a outra experiência, que se recria no esforço da combinação de leituras, do universo cultural dos indivíduos e que desperta o crescimento do grupo.

Essa visão relaciona-se também com o pensamento de Maturana e Varela (2001), para quem “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer” (2001, p. 32). Segundo os autores, há uma circularidade entre ação e experiência e essa circularidade produz conhecimento.

Ambas as teorias organizacionais – de Nonaka e Takeuchi, de um lado, e de Choo, de outro – pressupõem a socialização como troca que provoca mudanças. Ambas defendem o conhecimento tácito como gerador de novos conhecimentos e ambas veem a organização como um sistema aberto.

Trazendo essa perspectiva para o pensamento sistêmico, que enfatiza a necessidade de autonomia e interação para a produção do conhecimento, Maturana e Varela (2001) dão o nome de *autopoiese* à capacidade dos seres vivos de se auto-

organizarem. Mas, para que isso aconteça, os componentes do grupo devem “estar dinamicamente relacionados numa rede contínua de interações” (2001, p. 52).

Morin (2011) reforça essa linha de pensamento quando observa que um sistema auto-organizador se distingue pela sua autonomia e individualidade, mas, ao mesmo tempo, seus componentes se ligam ainda mais “pelo aumento da abertura e da troca que acompanha todo progresso de complexidade: ele é autoeco-organizador” (2011, p. 33).

É isso o que ocorre em uma organização aberta, quer dizer, as relações que se estabelecem produzem troca e acabam por se auto-organizarem. Mas, como diz ainda Morin (2011), “Ele não pode se concluir, se fechar, ser autossuficiente, pois não pode bastar-se a si mesmo” (MORIN, 2011, p. 33).

Choo (2006), em uma linha semelhante à de Morin (2011) quando este analisa o funcionamento dos sistemas, já considerava as organizações como sistemas abertos que repetem um ciclo: 1) os conhecimentos e preferências dos indivíduos afetam seu comportamento; 2) o comportamento (inclusive a participação) dos indivíduos afeta as decisões da organização; 3) as decisões da organização afetam a maneira como o ambiente reage; 4) a reação ambiental afeta os conhecimentos e preferências individuais.

Esse ciclo implica detecção, reação, *feedback* e adaptação. “A detecção e o reconhecimento de uma necessidade de decisão depende dos modelos de mundo individuais que definem a relevância e a alocação da atenção” (CHOO, 2006, p. 359). A reação é tanto individual como coletiva. O mais difícil de determinar é o *feedback*. Já a adaptação ocorre quando o indivíduo muda suas crenças, seu comportamento.

A visão de Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2006) sugere a impossibilidade de separar organização e ambiente, comportamento individual e tomada de decisões grupais, pois as relações pessoa-organização-sociedade integram o processo de crescimento do sistema e constituem a base para a espiral do conhecimento.

Como já apontado, este estudo sugere uma aproximação entre a base conceitual da teoria da criação do conhecimento, da teoria da ação e da terapia comunitária. No dizer de Barreto (2005), uma comunidade não é um todo homogêneo, pois “existe diversidade em seu seio” (2005, p. 141). Mas, para que ela

se constitua, é necessário que haja interação, “que exista um fluxo de relações entre as pessoas, podendo haver reciprocidade entre elas” (BARRETO, 2005, p. 141).

Segundo Capra (1998), “diversidade significa muitas relações diferentes, muitas abordagens diferentes do mesmo problema. Uma comunidade diversificada é uma comunidade elástica, capaz de se adaptar a situações mutáveis” (CAPRA, 1998, p. 235).

Ressaltando a interdependência, afirma:

Os princípios da ecologia [...] a interdependência, o fluxo cíclico de recursos, a cooperação e a parceria – são, todos eles diferentes aspectos do mesmo padrão de organização. É desse modo que os ecossistemas se organizam para maximizar a sustentabilidade. (CAPRA, 1998, p. 234).

Assim, na terapia comunitária, a convivência de variadas culturas, a aceitação do outro, o respeito aos valores individuais potencializam a construção de novos conhecimentos: “Trata-se de reconhecer que a cultura tem também seus processos e métodos geradores de habilidades e competências” (BARRETO, 2008, p. 103).

A metodologia da TC procura facilitar o partilhar de experiências, a expressão do conhecimento tácito, revelando como cada um resolve seu problema. Cada participante, ao ouvir uma narrativa, conversa com sua própria história. As perguntas geradas pelo próprio grupo aprofundam a reflexão e possibilitam a internalização, a mudança nos modelos mentais, o despertar para o novo conhecimento.

Observa-se que cada sessão de terapia comunitária repete o ciclo de criação do conhecimento descrito por Nonaka e Takeuchi (1997), percorrendo, na mesma sequência, os quatro modos de conversão do conhecimento, quais sejam: a socialização, a externalização, a combinação e a internalização na busca de novas soluções para a diminuição do problema ou do sofrimento mental.

Na terapia comunitária, após o acolhimento, inicia-se a **escolha do tema**, durante a qual cada pessoa fala do motivo da sua vinda e que corresponderia à **socialização**. A segunda etapa é chamada de **contextualização**, momento no qual procura-se, por meio da formulação de perguntas, a compreensão do problema dentro do seu contexto, o que corresponderia à **exteriorização**. A terceira etapa, da **problematização ou partilha da experiência**, estaria relacionada à **combinação**. Finalmente, a construção da resposta à pergunta reflexiva (gerada pelo tema do

grupo), dada por cada um dos participantes, juntamente com os rituais de conotação positiva, estaria relacionada à facilitação do processo de **internalização** de novos modelos mentais.

Resgatando o pensamento de Choo (2006), para quem o conhecimento é algo partilhado, construído nos relacionamentos, é preciso “abandonar uma conceituação do conhecimento como objeto ou coisa que tem que ser conquistada por algo a ser construído no processo social, resultado de uma ação coletiva” (CHOO, 2006, p. 351).

Como na terapia comunitária, também nas organizações, segundo Choo (2006), o conhecimento é produzido de dentro para fora. A chave desse processo, de acordo com Choo (2006) e com Nonaka e Takeuchi (1997), encontra-se na liberação do conhecimento tácito que se soma, se combina e produz saber.

Comungando com as ideias de Freire (1987) e Capra (1998), Choo (2006) diz que é necessário “acomodar a diversidade”, isto é, aceitar os diferentes pontos de vista, pois isso gera novos conhecimentos.

Numa cultura diferenciada, a organização é constituída de várias subculturas distintas por áreas de interesse, práticas profissionais, poder e influência. Nesses casos, a tensão entre consenso e diversidade é dinâmica e as organizações têm que ajudar os grupos a encontrar um ponto de equilíbrio... (CHOO, 2006, p. 386).

Para Choo (2006), a criação de significado pode ser orientada por crenças que guiam a interpretação ou por ações. Do mesmo modo, na TC cada participante interpreta as soluções do outro e as combina com o seu problema, criando assim um significado próprio, construído a partir de sua identidade cultural e da vivência em grupo, como o é para a antropologia cultural.

Ambas as áreas trabalham com grupos nos quais a singularidade e a coletividade são valorizadas igualmente. Assim também é a visão sistêmica que embasa a produção do conhecimento, pois, como observa Marchetti (2011), “Sabemos que o saber do grupo é maior do que a soma das partes e que nele cada um sente-se uno e múltiplo” (MARCHETTI, 2011, p. 194).

Relacionando também a proposta de Maturana e Varela (2001), é importante considerar que “essa circularidade, esse encadeamento entre ação e experiência, essa inseparabilidade entre ser de uma maneira particular e como o mundo nos parece ser, nos diz que todo ato de conhecer faz surgir um mundo” (MATURANA;

VARELA, 2001, p. 31). Todos os autores atribuem mais importância à busca da inovação do que a resultados imediatos.

Em Choo (2006), a chave da inovação aponta para a explicitação do conhecimento tácito, a qualidade das ligações e alianças que os indivíduos conseguem desenvolver e, ainda, a ênfase na necessidade de se acomodar a diversidade, aceitar os diferentes pontos de vista.

Observam-se algumas convergências entre a terapia comunitária e as teorias de Choo (2006) e de Nonaka e Takeuchi (1997): a crucial importância do conhecimento tácito na geração de novos conhecimentos; a interação social como chave do processo; a indissolubilidade entre cultura e cognição; a inseparabilidade entre singularidade e coletividade. Tanto os autores de uma como de outra teoria adotam a visão sistêmica, reconhecendo a interdependência entre indivíduo, grupo de colaboradores e organização.

Esta investigação partiu de correlações iniciais entre as teorias da criação do conhecimento organizacional, a TC e alguns pensadores sistêmicos para tentar compreender o processo de compartilhamento e produção do conhecimento em saúde. Encontrou nas CoPs, enquanto prática de gestão do conhecimento uma base conceitual comum, coerente, que permite, na sequência, estabelecer novas correlações, a partir de estudo empírico sobre CoPs e intervisão, práticas facilitadoras para a produção e troca de conhecimentos.

Apresenta-se a seguir a metodologia que norteia a pesquisa, construída a partir da necessidade de investigar a aproximação dos conceitos de intervisão em terapia comunitária e de comunidades de prática.

3 METODOLOGIA

Na trajetória para encontrar a metodologia adequada para esta investigação, passou-se de uma ideia inicial, que era pesquisar a prática da TC em si, a partir das narrativas de usuários do SUS, para o foco na aprendizagem, com base não mais em casos clínicos, mas no processo de formação do terapeuta comunitário.

Feita essa consideração inicial, apresentam-se a seguir a caracterização, o ambiente, os procedimentos de coleta e a sistematização dos dados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A construção da metodologia para a realização desta pesquisa responde à necessidade de correlacionar elementos constituintes das comunidades de prática, segundo Wenger (1998), com a teoria e a prática da terapia comunitária.

Investigou-se a aproximação entre esses conceitos, relacionados à produção de conhecimento, tendo-se como objeto de estudo grupos de intervenção em TC. Integram esses grupos terapeutas comunitários experientes e iniciantes, ligados aos Polos Formadores em TC de Curitiba e Londrina.

Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo (1996), ocupa-se, nas ciências sociais, com aquela parte da realidade que não pode ser quantificada, incluindo crenças, valores, atitudes, significados, expectativas, que estão naturalmente presentes nos processos relacionais.

A natureza qualitativa desta pesquisa se deve à característica comum às comunidades de prática e à intervenção em TC no sentido de que ambas apresentam estágios em seu processo de desenvolvimento, constituindo sistemas abertos. O grupo de terapeutas comunitários, objeto de estudo desta dissertação, é histórico, existe em um determinado período, e os participantes são mutáveis. O pesquisador também faz parte desse sistema dinâmico e aberto.

Deve-se ressaltar, ainda quanto à natureza qualitativa, que esta é uma pesquisa conceitual, cujos dados, obtidos a partir de narrativas, dizem respeito ao processo de aprendizagem realizado nos grupos e não em conteúdos pessoais.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, metodologia auxiliar à pesquisa qualitativa, que, segundo Gil (2002), é amplamente utilizada na área social. Propõe-se a descrever características do grupo de terapeutas comunitários dos Polos

Formadores de Curitiba e de Londrina, procurando relacionar características presentes no ambiente organizacional que constituem elementos comuns às comunidades de prática.

Apresenta-se como um estudo de caso com múltiplas fontes de coleta de dados – entrevistas narrativas, observação direta dos grupos de intervenção e análise documental. Parte-se, nesta pesquisa, da necessidade de um olhar aprofundado sobre uma realidade complexa, qual seja, de mudança de paradigma no atendimento à saúde mental, com reflexos políticos, institucionais e sociais, que requer a implementação de novos serviços, em um momento em que essa rede de atendimento é ainda insuficiente em relação à demanda.

Yin (2010) afirma que o estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p. 52). O autor enfatiza que a escolha pelo estudo de caso se justifica quando o entendimento de um fenômeno engloba importantes questões contextuais, como no caso da investigação a que se propõe a pesquisa. O foco da investigação encontra-se em observar, descrever e analisar o domínio de conhecimento, a comunidade e a prática, bem como os modos de participação e dimensões de interesse presentes nas relações de criação e compartilhamento de conhecimento dos terapeutas comunitários.

3.2 AMBIENTE DA PESQUISA

O ambiente selecionado foi o da intervenção, grupo que integra terapeutas comunitários formados e iniciantes vinculados ao processo de formação continuada em terapia comunitária.

Selecionou-se, para a realização da pesquisa, o grupo de intervenção ligado ao Polo Formador de Curitiba, que oferece o Curso de Capacitação em Terapia Comunitária do Hospital de Clínicas da UFPR; e o grupo de intervenção ligado ao Polo Formador de Londrina, que oferece a formação em Terapia Comunitária na Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

O Polo de Curitiba teve sua primeira turma formada em 2005, mantendo, desde então, a capacitação com turmas regulares. Realiza intervenções mensais com o objetivo de reunir os terapeutas comunitários e fortalecer sua rede de atuação

permanente. Atualmente esta rede inclui: 1) Ambulatório de Saúde Mental do Hospital de Clínicas – UFPR; 2) Grupo de apoio à família e pessoas que estão sofrendo com a vivência da perda; 3) Projeto “Desenvolvendo a Paz Interior”, junto ao serviço de Saúde Ocupacional da UFPR e 4) Unidade de Saúde Capanema-Curitiba-PR (Projeto SUS Integralidade), que envolve agentes comunitárias de saúde, familiares e cuidadores.

O Polo Formador de Londrina – autarquia municipal de saúde – iniciou seus trabalhos em 2002, com o apoio da Secretaria Municipal de Assistência Social e foi reconhecido pela ABRATECOM em 2005. Além da formação em terapia comunitária, realiza intervenções mensais, curso para coterapeutas comunitários, formação para atitude mediadora e resolução pacífica de conflitos, oficinas para o desenvolvimento de cuidados com o cuidador (terapeuta comunitário), oficinas sobre a relação da TC e a estratégia de redução de danos, curso introdutório sobre a TC para os NASFs, curso de jogos espontâneo-criativos na comunidade, oficina de brincadeiras cantadas, entre outros.

Congregando terapeutas mais experientes (com pelo menos dois anos de prática em TC) e aprendizes (terapeutas em formação) que atuam na saúde pública na região referenciada no problema, os polos têm como função básica a realização da intervenção de forma regular e continuada. Esses grupos se caracterizam por ser abertos, já que reúnem profissionais de diversas áreas de atuação, a saber: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, médicos e enfermeiros.

A escolha dos grupos, por um lado, partiu da percepção do potencial de contribuição da intervenção para o desenvolvimento e aprimoramento de novas práticas de saúde mental afinadas com a política de saúde mental. Por outro lado, acredita-se que os grupos escolhidos constituem-se campo fértil para a questão e objetivos desta pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS

O trabalho de campo reuniu e organizou um conjunto de dados gerados pela observação direta dos grupos de intervenção, por entrevistas narrativas e pela documentação referente à terapia comunitária. Os dados, conforme já mencionado, foram coletados nos Polos Formadores de Curitiba e de Londrina.

Tanto o roteiro para observação e análise documental quanto o roteiro para as entrevistas narrativas foram elaborados tendo como base os elementos constituintes das comunidades de prática e da terapia comunitária.

Em um primeiro momento, para atingir os objetivos de identificar as características de domínio, comunidade e prática, bem como para verificar os modos de participação e dimensões de interesse nos grupos de intervenção, foi utilizada a observação guiada por um roteiro (Apêndice A).

3.3.1 Observação Direta

A aplicação dessa técnica de pesquisa obedeceu a um roteiro que contempla as características básicas das CoPs, que foram ou não identificadas nos grupos selecionados (o domínio, a comunidade, a prática), características de pertencimento, além da percepção sobre a intenção das CoPs e a função do coordenador ou líder (Apêndice A).

A observação foi facilitada em função de a pesquisadora ser terapeuta comunitária, tendo feito a sua capacitação em TC no Polo Formador de Curitiba, e de terem passado três anos do período de formação, o que permitiu um novo olhar, necessário para a realização do estudo.

Na perspectiva de Maturana (1988), observar é tanto o ponto inicial definitivo quanto a questão mais fundamental em qualquer tentativa de se compreender a realidade e razão como fenômenos do domínio humano. O conceito de observador, segundo esse mesmo autor, portanto, “é inerentemente relativista no que diz respeito aos observadores em interação e sua história conjunta de interações, pois tudo o que é dito é dito por um observador a outro observador” (MATURANA, 1988, p. 27).

O procedimento da observação direta foi adotado para facilitar o acesso a dados referentes ao contexto do grupo, bem como para verificar a coerência na comunicação verbal e não verbal. A observação foi registrada por meio de anotações e gravações de áudio (sem gravação de imagem). A gravação das atividades facilitou a transcrição das informações e a compreensão do objeto do estudo, permitindo relacionar os elementos para a criação do conhecimento em comunidades de prática com a prática da comunidade observada.

3.3.2 Entrevistas Narrativas

A segunda técnica de coleta, as entrevistas narrativas, foi selecionada porque se acredita que narrar e ouvir histórias é um processo de socialização de conhecimento tácito pela interação e facilitação do compartilhamento de experiências e modelos mentais do grupo. Segundo Bauer e Gaskell (2002), a entrevista narrativa tem por objetivo criar uma situação que encoraje e estimule o entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante da sua vida e do contexto social. Optou-se por delinear tópicos para a narração, fazendo com que os narradores falassem da importância do grupo, conhecimentos incorporados e práticas desenvolvidas.

Os tópicos, definidos de acordo com os objetivos estabelecidos no início do estudo, formaram o roteiro para a entrevista narrativa (Apêndice B):

- 1- importância do grupo;
- 2- conhecimentos novos adquiridos;
- 3- práticas aprendidas.

Esses três tópicos servem ao **objetivo b**: identificar as características de domínio (conhecimento), a comunidade e a prática no grupo de intervenção.

O tópico 4, modos de participação e relacionamento no grupo, respondeu à necessidade apresentada no **objetivo c**: verificar no grupo de intervenção os modos de participação (engajamento, imaginação e alinhamento) e as dimensões de interesse (engajamento mútuo, empreendimento negociado e repertório compartilhado).

O tópico 5, mudanças estendidas para a vida, objetivou reforçar a identificação dos elementos constituintes das comunidades de prática presentes no grupo de intervenção.

Quanto à entrevista narrativa, fez-se uma visita nos grupos e apresentaram-se os objetivos da investigação. Nesse momento, os terapeutas foram consultados sobre a disponibilidade para participação na pesquisa. No segundo momento, explicaram-se os fundamentos da entrevista narrativa (BAUER; GASKELL, 2002), detalhou-se o roteiro e informou-se sobre as formas de envio das respostas.

No total, a pesquisadora recebeu doze entrevistas. Oito foram enviadas pelo Polo Formador de Londrina, que incluíam narrativas sobre a experiência de

profissionais de diversas áreas, tais como enfermagem, pedagogia, psicologia e medicina. De Curitiba foram quatro entrevistas, com profissionais das áreas de assistência social e psicologia. O Quadro 2, abaixo, resume o perfil das doze entrevistadas.

QUADRO 2 – PERFIL DOS PARTICIPANTES

Entrevistado	Polo Formador	Profissão	Local onde realiza a TC
A	Londrina	pedagoga	UBS, CAPS, grupos específicos (obesidade, readaptação funcional, portadores de dor crônica)
B	Londrina	psicopedagoga	UBS, CAPS
C	Londrina	auxiliar de enfermagem	UBS
D	Londrina	enfermeira	UBS
E	Londrina	auxiliar de enfermagem	Consórcio Intermunicipal de Saúde
F	Londrina	agente de saúde	UBS
G	Curitiba	assistente social	ONG
H	Curitiba	assistente social	ONG
I	Curitiba	psicóloga	ONG
J	Londrina	médica pediatra	CAPS AD, igreja, creche, escola, asilo
K	Londrina	auxiliar de enfermagem	UBS, comunidade
L	Curitiba	psicóloga	Ambulatório de saúde mental da SESA

FONTE: a autora.

3.3.3 Análise Documental

Para a análise documental, consultou-se o *site* da Associação Brasileira de Terapia Comunitária – ABRATECOM, especificamente o Regimento Interno, que traz

os *Princípios Norteadores para a Regulamentação da Prática dos Polos Formadores em Terapia Comunitária* (2006)¹⁸.

A pesquisa documental incluiu ainda um segundo documento: *Apreciação da Intervisão* (fevereiro e abril de 2012), produzido pela coordenação do Polo Formador de Londrina a partir das observações dos terapeutas comunitários em formação.

A análise se baseou nos documentos a que a pesquisadora teve acesso. É importante ressaltar que, para a coleta de dados na documentação, foi adotado o mesmo protocolo da observação (Apêndice A). Desse modo, a análise documental constituiu outra fonte de evidência para identificar os elementos constituintes das comunidades de prática e a sua correlação com a intervisão em terapia comunitária.

3.4 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

A sistematização dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2010), de acordo com as categorias estabelecidas *a priori*, a partir dos relatórios gerados pelas entrevistas, documentação e observação direta.

A análise de conteúdo refere-se

a um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2010, p. 44).

Para Bardin (2010), a categorização é uma classificação de elementos. Nesta pesquisa, o critério de categorização empregado obedeceu aos elementos que constituem as comunidades de prática, segundo Wenger (1998). Na sistematização dos dados, levou-se em conta a escolha da unidade de registro e de contexto pertinentes à pesquisa. A unidade de registro, conforme Bardin (2010), é a unidade de significação a codificar dentro do segmento de conteúdo considerado como unidade de base. No caso presente, a unidade de registro corresponde, por

¹⁸ A terapia comunitária tem como órgão regulador a Associação Brasileira de Terapia Comunitária, que, por meio da sua Comissão Científica e Comissão Diretora, disponibiliza a legislação referente à terapia comunitária como política pública de saúde mental, bem como o currículo para formação em terapia comunitária e organização da intervisão (regras, diretrizes, formas de realização). Disponível em: <www.abratecom.org.br>. Acesso em: 30 jan. 2013.

exemplo, às narrativas obtidas por meio das entrevistas. Já a unidade de base é o texto na íntegra, conforme concebido pelo entrevistado.

Para o atendimento dos objetivos do estudo foram tomados igualmente como unidades de registro os conteúdos presentes nos artigos do regimento interno da ABRATECOM e nas narrativas dos terapeutas - tanto no documento de apreciação da intervenção quanto na observação da intervenção.

O roteiro para observação dos grupos de intervenção e análise documental (Apêndice A) compõe-se de três categorias: 1-características básicas das CoPs, 2-características de pertencimento e 3-observação das atividades. Para a sistematização dos dados, foi realizada uma primeira redução, selecionando-se o conteúdo de acordo com cada elemento específico da categoria.

Com o propósito de precisar a análise, foi feita uma segunda redução do texto, quando se selecionaram frases e/ou palavras-chave presentes nos depoimentos registrados na observação direta e nos documentos consultados.

A Categoria 1, **características básicas das CoPs**, inclui os seguintes elementos:

a) domínio: trata-se do domínio de interesse comum, com o qual os participantes estão comprometidos. Para se comprovar que existe um interesse comum ao grupo de intervenção, na entrevista narrativa pesquisou-se a importância do grupo de intervenção para a prática profissional, dando abertura para que o entrevistado apresentasse a sua experiência pessoal. As frases e/ou palavras-chave selecionadas para a análise foram: saúde mental, trabalho em grupos, ideal de transformação da realidade social, convergência de saberes científicos/populares, busca de soluções para amenizar o sofrimento humano;

b) comunidade: verificou-se a existência da percepção, pelo entrevistado, de fazer parte de um grupo de indivíduos que possuem algo em comum, de ser reconhecido e se sentir validado no seu papel de terapeuta. A segunda redução, em relação a esse elemento, orientou-se pelas seguintes frases e/ou palavras-chave: sentimento de pertencer, de ser acolhido na sua fala, em seus questionamentos e sugestões, de poder partilhar experiências e expressar-se;

c) prática: diz respeito a um repertório compartilhado de recursos (informações, vocabulário comum, experiências, histórias, soluções de problemas) que compõem as práticas individuais e coletivas. Para a aproximação com o conceito de CoPs, buscaram-se narrativas relacionadas à resolução de problemas

no cotidiano da prática em TC. Como frases e/ou palavras-chave, foram encontradas: construção de soluções para problemas, mudança de comportamento, extensão das práticas do grupo para a comunidade, aumento de repertório de práticas, o grupo como fonte de criação/realimentação de práticas;

d) identidade: o processo de construção da identidade está vinculado a uma experiência ativa de pertencimento e depende de conexões profundas com outros que comungam histórias, experiências, reciprocidade e comprometimento mútuo. As frases e/ou palavras-chave para a verificação desse elemento são as seguintes: identificação com o trabalho, melhora com a relação à percepção de si e do outro, melhora da autoestima, sensação de empoderamento, confiança no grupo, construção de vínculo com o grupo;

e) participação: engloba uma combinação do agir, pensar e sentir. Sua inclusão no roteiro para observação e análise documental explica-se pela necessidade de verificar a coerência entre essas três ações, que resulta no envolvimento do terapeuta com o processo de intervenção. Embora apareça como elemento fundamental nas características básicas, foi incluído na segunda categoria.

A Categoria 2, **características de pertencimento**, engloba os seguintes elementos:

a) engajamento mútuo: leva em conta a possibilidade de convivência de pessoas com diversidade/complementaridade de habilidades. Verifica se há colaboração e compromisso entre os participantes. Para tanto, as palavras-chave identificadas foram: compromisso, envolvimento, confiança, percepção de propósitos comuns no grupo de intervenção;

b) empreendimento conjunto: está relacionado ao atendimento às demandas externas, da comunidade, e internas, específicas dos terapeutas. A análise procurou verificar se existe uma negociação conjunta dos temas a serem discutidos e das práticas a serem realizadas. As frases e/ou palavras-chaves consideradas foram: liberdade de escolha de temas, atendimento às dúvidas, sentimento de ser acolhido, atendimento às emergências na solução de problemas surgidos na comunidade, sensação de poder contar com as pessoas.

c) repertório compartilhado: é um conjunto de recursos pessoais e profissionais para lidar com problemas relacionados ao sofrimento mental. Procurou-se, no conteúdo dos documentos e depoimentos colhidos por meio da observação e

entrevistas narrativas, as histórias de vida, músicas, sabedoria popular apreendida nos grupos de TC, relacionados à busca da saúde. As frases ou palavras-chave encontradas para esse elemento são: novas práticas, novas soluções compartilhadas, percepção das formas do grupo realizar a prática, respeito às diferentes características profissionais, valorização das regras com diferentes resultados, geração de conhecimento para a prática com qualidade.

A Categoria 3, **observação das atividades**, inclui a percepção com relação à intenção da intervenção e à função do coordenador do grupo:

a) intenção da intervenção: ajudar outras pessoas a resolver problemas na área de saúde mental; desenvolver e disseminar as melhores práticas; desenvolver e aplicar ferramentas, ideias e capacidades; desenvolver ideias e soluções inovadoras. As frases e/ou palavras-chave foram: troca e geração de novo conhecimento, aplicação de novas práticas, resolução de problemas, enriquecimento e aprimoramento da prática em TC;

b) função do coordenador do grupo: é responsável por compor a comunidade de prática, criar um projeto, ajudar a comunidade a manter um foco, manter os relacionamentos e desenvolver a prática. Como frases e/ou palavras-chave identificaram-se as seguintes: liberdade/flexibilidade na escolha de temas, atendimento às dúvidas, mobilização do grupo para ajudar na solução de problemas relacionados à prática.

Os tópicos do roteiro para a entrevista narrativa (Apêndice B), segunda técnica de coleta de dados utilizada, foram definidos de acordo com o mesmo critério de categorização, qual seja, os elementos que constituem as comunidades de prática, segundo Wenger (1998). Também com relação às entrevistas narrativas, realizou-se procedimento gradual de redução do texto qualitativo produzido pela narrativa, para o atendimento dos objetivos propostos pela investigação.

Para a sistematização dos dados, foi realizada uma primeira redução, selecionando-se o conteúdo de acordo com cada elemento específico da categoria.

A Categoria 1, **características básicas (domínio, comunidade e prática)**, está relacionada aos três primeiros tópicos, referentes à importância do grupo de intervenção para o entrevistado, aos conhecimentos adquiridos e práticas aprendidas. O entrevistado foi estimulado a contar a sua história no grupo de intervenção, a falar sobre a sua experiência pessoal e profissional em TC. As perguntas referiram-se à

importância da intervisão na prática profissional, à percepção da possibilidade de troca e geração de novos conhecimentos por meio da intervisão e, especificamente, à contribuição da intervisão para a aplicação de novas práticas e resolução de problemas.

Para a segunda redução do texto foram utilizadas as frases e/ou palavras-chave já descritas no roteiro para observação e análise documental, relacionadas a cada elemento constituinte das CoPs, já que as categorias são as mesmas.

A Categoria **2**, relacionada às **características de pertencimento**, que responde à necessidade de verificar no grupo de intervisão os modos de participação (engajamento, imaginação e alinhamento) e as dimensões de interesse (engajamento mútuo, empreendimento negociado e repertório compartilhado), está contemplada no tópico intitulado participação e relacionamento no grupo.

As perguntas desse tópico envolveram conteúdos relativos à expressão de uma diversidade de habilidades e à atuação em colaboração no grupo de intervisão. Procuraram verificar a negociação para o encaminhamento das discussões e a percepção de relações de confiança, além de estimular o entrevistado a discorrer sobre o conjunto de recursos, ações, rotinas e modos de fazer próprios do seu grupo de intervisão.

Para uma segunda redução, foram utilizadas as mesmas palavras-chave selecionadas para a sistematização dos dados do roteiro para observação direta e análise documental, nessa mesma categoria.

A Categoria **3**, referente à **observação das atividades**, inclui a percepção quanto à intenção da intervisão e a percepção em relação à função do coordenador. A percepção com relação à intenção da intervisão está contemplada ao longo de todo o roteiro da entrevista narrativa. Já para verificar a percepção do entrevistado quanto à função do coordenador do grupo de intervisão, foram consideradas narrativas colhidas dentro da categoria de características de pertencimento, uma vez que o entrevistado foi convidado a falar sobre a percepção sobre a negociação dos temas a serem discutidos, sobre a percepção de poder contar com as pessoas do grupo, ser ouvido e acolhido em suas necessidades. As perguntas formuladas para estimular o entrevistado buscaram a identificação com as mesmas frases e/ou palavras-chave dessa categoria, a partir do roteiro para observação direta e análise documental.

O último tópico do roteiro da entrevista narrativa, intitulado mudanças estendidas para a vida, objetivou reforçar a identificação dos elementos constituintes das comunidades de prática presentes no grupo de intervisão, bem como verificar a percepção em relação à intervisão e à produção de conhecimento.

As mesmas categorias foram empregadas nos dois roteiros: 1- características básicas das CoPs; 2- características de pertencimento e 3- observação das atividades. Foram utilizadas, nos dois roteiros, as mesmas frases e/ou palavras-chave para cada elemento.

Na prática, o roteiro para as entrevistas narrativas (Apêndice B) facilitou a sistematização de dados e permitiu precisar a análise, à medida que apresentou perguntas norteadoras que serviram como elo, facilitando a identificação entre o conteúdo da narrativa e os elementos constituintes das CoPs.

A análise dos dados foi construída a partir das três fontes de evidência, reunidas em um texto único, com o objetivo de correlacionar as bases teóricas, as características das CoPs e as narrativas referentes à intervisão em TC. As falas dos entrevistados são identificadas por letras maiúsculas, por exemplo, entrevistado A, entrevistado B.

4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE

Apresenta-se a seguir a análise dos dados coletados por meio da observação direta, análise documental e entrevistas narrativas, relativos aos grupos de intervenção em terapia comunitária.

A análise segue a categorização estabelecida no roteiro para observação e entrevista narrativa, incluindo a constatação da presença de características básicas das CoPs (domínio, comunidade, prática e identidade), modos de participação e relacionamento (engajamento mútuo, empreendimento conjunto e negociado e repertório compartilhado) no contexto dos grupos de intervenção. Traz, ainda, percepções dos entrevistados sobre a função do coordenador e a intenção da intervenção, identificados com o funcionamento das comunidades de prática¹⁹.

4.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Nesta subseção são incluídos os resultados referentes ao domínio, à comunidade, à prática, à identidade, aos modos de participação, ao engajamento mútuo, ao empreendimento conjunto e negociado, ao repertório compartilhado e às percepções em relação à intervenção e à produção de conhecimento.

4.1.1 Domínio

A primeira característica analisada para a correlação dos conceitos de CoPs e intervenção refere-se ao domínio do conhecimento de interesse comum ao grupo. “As comunidades de prática envolvem a participação das pessoas em uma atividade na qual todos os participantes têm um entendimento comum sobre o que é a prática e qual o sentido para as suas vidas” (SILVA, 2004, p. 73).

O domínio do conhecimento de interesse comum ao grupo de intervenção em terapia comunitária constitui-se na saúde como processo contínuo de construção social e de ação coletiva. Observa-se, por meio das narrativas, o comprometimento dos entrevistados com a saúde pública, traduzido pelo depoimento de agentes de saúde e profissionais atuantes nas áreas de enfermagem, medicina, pedagogia,

¹⁹ Ressalva-se aqui que algumas narrativas se repetem em mais de uma seção porque ilustram aspectos relativos a diferentes elementos das CoPs.

psicologia e assistência social. O relato abaixo ilustra o comprometimento dos terapeutas comunitários com os diversos tipos de sofrimento mental:

a verdade é que o grupo de terapeutas comunitários de Londrina atua na área da saúde e está distribuído em várias regiões, cada um com a sua especificidade. Na intervenção, a troca de experiências entre os grupos específicos, como o de gestantes, dependentes químicos, doentes crônicos, nutrição, grupos de alongamento (...) é uma oportunidade que a teoria não pode oferecer. (entrevistada A).

A entrevista narrativa escrita, em forma de poesia, por uma auxiliar de enfermagem (entrevistada C) deixa transparecer um ideal de transformação da realidade, centrado na produção do conhecimento por meio da convergência de saberes científicos, populares, religiosos, voltados para a saúde comunitária.

*O conhecimento compartilhado na TCI e intervenção
Nos proporciona aprendizado e reflexão
Assim aprendendo e ensinando na comunidade
Estamos construindo uma nova realidade.*

*Quando alguém fala de superação
Daquilo que parece inatingível
Me mostra que todo problema tem solução
E prova que em grupo tudo é possível.*

*De mãos dadas com todas as idades
Com medicina, chazinhos e até pajelanças
Vamos aprendendo novos caminhos em comunidade
Trabalhando e vivendo com mais esperanças.*

4.1.2 Comunidade

O grupo de intervenção apresenta-se como uma comunidade formada em torno do domínio de conhecimento da saúde na qual as pessoas mantêm a troca de experiências e de soluções para amenizar os sofrimentos dos usuários dos serviços de saúde. Constitui um espaço de aprendizagem, de reconhecimento e validação do papel do terapeuta comunitário.

A verdade é que no grupo o respeito e a confiança nos colegas terapeutas são essenciais. Cada um contribui com os seus conhecimentos e experiências e também vamos descobrindo no decorrer do trabalho nossas competências. (entrevistada L)

Percebi a importância das intervenções quando comecei a ver que discutir temas em grupo me deixou muito mais preparada para realizar rodas, ...proporcionou um conhecimento muito amplo e claro de vários assuntos.... Aprendo muito a cada dia nas intervenções. A verdade é que no grupo nos tornamos muito mais fortes, pois nos possibilita trabalhar nossa insegurança em relação a temas polêmicos. Um exemplo disso foi um tema discutido sobre violência contra as mulheres, aprendido que levo para minha vida,

pois esclareceu muitas dúvidas e assuntos que na comunidade surgem e no grupo obtivemos várias práticas e soluções que levamos para a comunidade em grupo. (entrevistada E).

Koestler (1981) enfatiza, nos seus estudos sobre desenvolvimento dos sistemas humanos, como fundamentais as tendências integrativas e autoafirmativas. Na comunidade elas se revelam na busca do **sentimento de pertencer** para atender à necessidade de integração, do social, do outro para se desenvolver. O **sentimento de ser** revela na comunidade a busca de autonomia e diferenciação. Considerando que a intervenção traduz-se em um espaço de pertencimento, que dá voz e valor para as pessoas e suas experiências, a pesquisa evidencia o potencial dessa comunidade para a geração de conhecimento. Sobre o sentimento de pertencimento à comunidade, ao grupo de intervenção em TC, assim se expressa uma participante:

Durante a intervenção é criado um ambiente de “escuta e reflexão semelhante à própria TC, em que cada participante/terapeuta pode ser acolhido em sua fala, questionamentos, sentimentos, dúvidas sugestões. O processo de intervenção é rico e dinâmico porque conta com profissionais de diversas áreas, o que permite uma leitura e um crescimento maior de todo o grupo...troca e crescimento não somente pessoal como profissional. (entrevistada G).

Nesse sentido, a aproximação com o conceito de CoPs confirma-se em Wenger (1998) quando observa que “a aprendizagem acontece como ‘fruto do pertencer’, dentro de uma comunidade na qual nossas atividades são definidas como de valor e nossa participação é reconhecida como competência” (WENGER, 1998, p. 5).

Para Morin (2011), a noção de sujeito só toma sentido em um ecossistema (natural, social, familiar, etc.) e deve ser integrada em um metassistema. Nenhuma dessas instâncias é absoluta, deixando entrever uma fenda insuperável entre elas. “Mas se elas reconhecem esta fenda, então esta fenda se torna abertura para uma eventual superação da alternativa, para um eventual progresso do conhecimento” (MORIN, 2011, p. 48).

Sobre o sentimento de ser e de pertencer e sobre a presença da troca de experiências e aprendizado dentro de uma diversidade de relações características do grupo de intervenção, as narrativas trazem:

Na intervenção, rever o trabalho das outras unidades de Saúde faz sentir que não estamos sós. (documento Apreciação da Intervenção, 2012).

Os conhecimentos são inúmeros, pois nada mais proveitoso do que a troca de experiências, “a partilha”. As práticas aprendidas e compartilhadas fortalecem o ditado “sou rico onde o outro é pobre e vice-versa”. (entrevistada D).

o grupo de intervenção é um espaço onde o indivíduo tem a possibilidade de experimentar novas formas de ser e estar no mundo e compreender as formas existentes de relações. (entrevistada F).

4.1.3 Prática

A intervenção é parte integrante do processo de formação do terapeuta comunitário, constituindo um espaço para discussão e aperfeiçoamento da prática. Assim como nas comunidades de prática, a aprendizagem acontece por meio da prática socializada.

Trazendo as palavras de Freire: “Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que tomamos parte” (FREIRE, 2001, p. 79). Nela, segundo o autor, “a práxis humana é a unidade indissolúvel entre a minha ação e reflexão sobre o mundo” (FREIRE, 1980, p. 25).

Relaciona-se também com o pensamento de Maturana e Varela (2001), para quem “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer” (MATURANA; VARELA, 2001, p. 32). Para os autores, há uma circularidade entre ação e experiência e essa circularidade produz conhecimento.

A prática propriamente dita, para Wenger (1998), inclui as experiências, as ferramentas, as maneiras de resolver problemas recorrentes da prática, já compartilhados e traduzidos em um repertório comum. Os trechos abaixo trazem percepção das pessoas em relação à prática:

A intervenção possibilita a aplicação de novas práticas. Por meio das trocas, consigo “oxigenar” a prática enquanto terapeuta comunitária. (entrevistada A).

Com as vivências das intervenções, comecei a perceber mudança no meu comportamento e a minha volta....a vivência é prática aprendida. O grupo possibilita trocas de experiências e discussão sobre novas práticas, possíveis soluções. A verdade é que nos grupos de intervenção nos tornamos mais fortes, pois ele nos possibilita trabalhar nossa insegurança em relação a temas polêmicos. Um exemplo disso foi uma discussão sobre violência contra mulheres, aprendido que levo para a minha prática, pois esclareceu muitas dúvidas (...) e no grupo obtivemos várias práticas, soluções que levamos para a comunidade. (entrevistada E).

Os participantes da intervenção trazem sempre uma atividade, uma música, uma vivência, um texto para compartilhar com o grupo, e isso possibilita, além da vivência pessoal dos participantes, aumentar o seu rol de possibilidades/técnicas no trabalho de TC. (entrevistada G).

A troca de experiências nos grupos de intervenção oferece uma referência para a prática em TC no meu local de trabalho. Ouvir sobre os mais diferentes grupos enriquece o meu trabalho, assim como possibilita a reflexão sobre a técnica e teoria da TC. Quando falo das minhas experiências como coordenadora: dificuldades, formas de intervenção e manejo, tenho uma realimentação do grupo que é importante para a continuidade do trabalho. (entrevistada L).

4.1.4 Identidade

Na relação de pertencimento a uma comunidade e por meio de uma prática em conjunto, constrói-se a trajetória identitária do indivíduo. A identidade, conforme descrição de Wenger (1998), refere-se a uma experiência ativa de pertencimento e depende de conexões profundas com outras pessoas que comungam histórias, vivências em reciprocidade.

A análise do documento *Apreciação da Intervisão*, mencionado na seção 3.3, traz o tema da construção e reconstrução de identidade no processo de formação em TC:

Deixou-me mais confiante no agir pessoal e profissional.

Tenho potencial para continuar as rodas.

Sinto-me mais capacitada.

Compreendi mais de mim e assim tenho mais ferramentas. (documento Apreciação da Intervisão, 2012).

As narrativas obtidas por meio das entrevistas também possibilitam entender o processo de construção da noção de sujeito:

Olhar junto me ajuda a mobilizar os meus recursos e os recursos do grupo, a olhar os desafios como possibilidades de crescimento.... saio mais fortalecida... (entrevistada B).

Aprendi muito a entender o motivo das situações que me faziam sofrer. Hoje me sinto mais alegre, motivada para encarar as dificuldades, tenho mais confiança no que faço, mais paciência em algumas situações que enfrento na família / trabalho. (entrevistada K).

Trazendo para Watzlawick *et al.* (1973), as pessoas se comunicam para ganhar consciência de si mesmas. A confirmação do outro reforça a autoimagem do comunicador, reforça a sua identidade, a autoestima. Além disso, a confirmação, para a pessoa, da visão que ela tem de si mesma possibilita o aprofundamento da sua vinculação ao grupo.

Essa visão também está presente em Wenger (1998) quando descreve as comunidades de prática: “A participação molda não só o que fazemos, mas também o que somos para nós mesmos, e como interpretamos o que fazemos” (WENGER, 1998, p. 4). As narrativas a seguir corroboram o discurso teórico:

Percebi a importância das entrevistas quando comecei a ver que discutir temas em grupo me deixou muito mais preparada para realizar rodas de TC. (entrevistada E).

Afinal, hoje eu tenho menos preconceito e mais respeito pelas diferentes maneiras de uma pessoa buscar soluções para o seu problema. Aprendi que cada ser humano tem as respostas para sua vida e que o terapeuta comunitário é alguém que somente pode ajudar a pessoa em sofrimento a encontrar dentro de si mesma estas respostas. (entrevistada L).

(...) A verdade é que no grupo o respeito e a confiança nos colegas terapeutas são essenciais. Cada um contribui com os seus conhecimentos e experiências e também vamos descobrindo no decorrer do trabalho nossas competências. (entrevistada L).

Ainda com relação à identidade, o Regimento Interno da ABRATECOM, no Art. 2º do Cap. 1, reforça, para a consecução dos objetivos dos polos formadores, a necessidade de promover encontros interpessoais e intercomunitários objetivando a revalorização das histórias de vida, o resgate da identidade, a restauração da estima e da confiança em si.

Para Wenger (1998), o significado é decorrente da habilidade de experienciar, vivenciar e se envolver com o mundo. O significado único, pessoal, adquirido pelas histórias compartilhadas, as dificuldades, as superações vividas no grupo e internalizadas trazem uma noção, para o participante, da sua identidade (de quem ele é, da sua forma de ser no mundo).

Avançando na busca de aproximação entre os conceitos de CoPs e entrevista, resgata-se Wenger (1998) quando enfatiza que o envolvimento significativo com o mundo é “fundamentalmente o que a aprendizagem deve produzir” (WENGER, 1998, p. 4).

Os dados coletados a partir das três fontes de evidência indicam a entrevista como espaço de aprendizagem que possibilita a significação e ressignificação da experiência, o envolvimento do terapeuta com o grupo de formação e com a comunidade. Em Freire lê-se: “o aluno só aprende quando se envolve profundamente com a situação”. “Não basta que o assunto seja significativo para o aluno enquanto indivíduo, mas é preciso que seja significativo para o planeta” (FREIRE, *apud* BERBEL, 2012, p. 87). Nesse sentido, os depoimentos a seguir

explicitam a percepção dos entrevistados quanto ao processo de construção da identidade e ao envolvimento significativo com o mundo, propiciado pelo espaço da intervenção como espaço de aprendizagem:

Na TC aprendi muito a entender o motivo das situações que me faziam sofrer. Hoje me sinto mais alegre, motivada para encarar as dificuldades, tenho mais confiança no que faço, mais paciência em algumas situações que enfrento na família/ trabalho. Estou aprendendo muito com a TC. Apesar das dificuldades para fazer as rodas, não vou desistir. (entrevistada K).

Percebi a importância das intervenções quando comecei a ver que discutir temas em grupo me deixou muito mais preparada para realizar rodas, ...proporcionou um conhecimento muito amplo e claro de vários assuntos.... Aprendo muito a cada dia nas intervenções. A verdade é que no grupo nos tornamos muito mais fortes, pois nos possibilita trabalhar nossa insegurança em relação a temas polêmicos. Um exemplo disso foi um tema discutido sobre violência contra as mulheres, aprendizado que levo para minha vida, pois esclareceu muitas dúvidas e assuntos que na comunidade surgem e no grupo obtivemos várias práticas e soluções que levamos para a comunidade em grupo. (entrevistada E).

De acordo com Freire (1980), “a educação, como prática da liberdade, é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade” (FREIRE, 1980, p. 25). Para o autor, a pessoa é sujeito da sua ação e o processo de aprendizagem deve facilitar o processo de ação/reflexão na própria realidade, na prática. Maturana (2006) complementa a proposta de Freire com relação à educação quando afirma que o processo da aprendizagem se traduz na consciência individual e social.

Afinal, hoje eu tenho menos preconceito e mais respeito pelas diferentes maneiras de uma pessoa buscar soluções para o seu problema. Aprendi que cada ser humano tem as respostas para sua vida e que o terapeuta é alguém que somente pode ajudar a pessoa em sofrimento a encontrar dentro de si mesma estas respostas. Desmistificou-se a questão da DOENÇA e valorizou-se mais a vida e a saúde que existe em cada um, por mais confuso ou atrapalhado que esteja naquele momento. (entrevistada L).

Observa-se também, por meio das narrativas sobre a intervenção, o exercício da imaginação na criação de novos significados para a vivência pessoal e profissional e novas conexões entre teoria e prática da TC.

A observação direta confirma, ainda, a coerência entre a comunicação dos objetivos da intervenção (aprendizagem, sistematização e aperfeiçoamento da prática), o respeito aos princípios da horizontalidade, a valorização da escuta e da narrativa pessoal nos encontros, além do comprometimento das pessoas em atender às necessidades da comunidade, sempre com foco específico na saúde.

4.2 MODOS DE PARTICIPAÇÃO E RELACIONAMENTO

Os modos de participação na comunidade se referem ao engajamento, ao empreendimento e ao repertório compartilhado.

4.2.1 Engajamento Mútuo

Refletiu-se sobre o engajamento mútuo como modo de participação que traduz a capacidade de comprometimento dos membros entre si e com o grupo, como um todo, apresentando como consequência a adequação na ação: “É importante lembrar que o resultado do engajamento reflete uma grande complexidade de fazer as coisas juntos” (SILVA, 2004, p. 84). As falas dos entrevistados ilustram o sentido do engajamento mútuo:

No encontro, surgem novas possibilidades para cada questão e outras são levantadas. Juntos, pensamos em caminhos jamais pensados. Definimos estratégias, levantamos necessidades de aprofundamento e contamos com o saber dos membros do grupo: profissionais das diversas áreas com saber acadêmico e de experiências vividas. (entrevistada B).

A participação e relacionamento acontecem naturalmente, à medida que nos comprometemos com o grupo, o grupo se compromete conosco. ,,,, pois nada mais proveitoso do que a troca de experiências, a "partilha". (entrevistada D).

As práticas aprendidas e compartilhadas fortalecem o ditado "Sou rico onde o outro é pobre..." e vice-versa. (entrevistada D).

A dinâmica destes encontros possibilita que outros participantes, mesmo os que ainda não estejam em fase prática da TC (realizando a terapia na comunidade), ouçam e opinem sobre o que é exposto. Isto cria uma possibilidade muito ampla de ideias que servem tanto aos terapeutas quanto aos alunos em formação. (entrevistada G).

Além disso, o processo de intervenção é bastante rico e dinâmico. Rico porque conta com a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o que permite uma leitura diferente e um crescimento maior de todo o grupo, desde que cada participante não fique "encarcerado na sua verdade". Dinâmico porque vamos observando outras nuances da realidade exposta. Observei que durante o processo de intervenção fui modificando diversos aspectos no modo de conduzir o trabalho, isto é, as sessões de TC. É um espaço de troca e crescimento não somente profissional como também pessoal. (entrevistada G).

Com certeza, a diversidade de competências enriqueceu as trocas, as reflexões, as experiências. Cada participante tinha suas habilidades. Lembro agora de uma colega (não lembro da profissão) que tinha facilidade com músicas, lembrava das letras e cantava bem; lembro de outra que era muito criativa e sempre surpreendia com alguma proposta nova no grupo de TC. Cada um, a partir de sua formação e de suas habilidades, trazia contribuições diferentes para enriquecer o aprendizado do grupo de intervenção. (entrevistada H).

A proposta prioritária da TC e da intervenção sempre foi de inclusão de todas as pessoas, participantes das rodas e profissionais. (entrevistada H).

Cada um, a partir de sua formação e de suas habilidades, trazia contribuições diferentes para enriquecer o aprendizado do grupo de intervenção. (entrevistada H).

Na intervenção, além da coordenadora, os colegas auxiliam muito, dando sugestões e compartilhando experiências. (entrevistada I).

Contar, sempre é possível, até porque todos da roda estão passando situações parecidas. Percebo uma certa "cumplicidade": os colegas "entendem" a dificuldade de cada um. (entrevistada I).

A verdade é que no grupo o respeito e a confiança nos colegas terapeutas são essenciais. Cada um contribui com os seus conhecimentos e experiências e também vamos descobrindo no decorrer do trabalho nossas competências. (entrevistada L).

Todas essas narrativas confirmam a existência de uma relação com o engajamento mútuo, que diz respeito ao comprometimento com o grupo e a uma adequação de ação em saúde. Nas citações, percebe-se a valorização de diferentes contribuições (a partir da formação profissional e das habilidades de cada terapeuta), que, segundo os entrevistados, produzem/enriquecem o aprendizado.

4.2.2 Empreendimento Conjunto e Negociado

Para Wenger (1998), a comunidade de prática não pode ser compreendida de forma isolada, pois está necessariamente inserida em um contexto histórico, social, cultural e institucional. Só pode existir, portanto, como resultado de um empreendimento conjunto e negociado em relação às suas demandas.

As narrativas confirmam que a intervenção se desenvolve a partir das demandas sociais geradas por diferentes contextos, relacionados aos locais de atuação dos entrevistados. A riqueza dos dados também se deve ao fato de os entrevistados de Curitiba atuarem em hospitais gerais, psiquiátricos e associações de pacientes com transtornos mentais, enquanto os participantes de Londrina trabalham nas unidades de saúde. Algumas falas ilustram a percepção das pessoas sobre o foco do grupo:

O grupo é importante para a capacitação para a prática diária. Possibilita a troca e geração de novos conhecimentos com vivências, pela prática em rodas de TC. Aprimorando, aprendendo com os outros. Ex.: grupos com crianças, para prevenção de violência (bullying), grupos para diminuição do uso de psicotrópico. (entrevistada J).

Ao final de cada intervenção, o grupo expressa temas a serem discutidos no próximo encontro e também avalia temas já discutidos. (entrevistada A).

Em nosso grupo há sempre espaço para que cada um apresente suas habilidades. Um exemplo disso foi uma agente comunitária de saúde que veio nos falar sobre depressão. A partir de sua prática e de seminários de que participou a respeito do tema, ela deu uma aula e fez uma dinâmica de grupo para que nos colocássemos no lugar do deprimido. Quem trabalha com usuários de álcool e drogas também já deu uma aula a respeito. A temática pode ser solicitada pelo próprio grupo... Em 2008 as entrevistas mensais eram estruturadas a partir das temáticas ministradas pelos próprios terapeutas comunitários. Cada terapeuta comunitário faz acontecer a entrevista. (entrevistada B).

4.2.3 Repertório Compartilhado

Do mesmo modo que nas CoPs, a análise aponta, na entrevista em TC, para uma relação entre o engajamento mútuo, empreendimento conjunto e repertório compartilhado. “O repertório inclui discursos e estilos. Pelo discurso, os membros criam e declaram o significado sobre o mundo; pelos estilos eles expressam suas formas de relacionamento e suas identidades como membros” (SILVA, 2004, p. 86).

Talvez se pudesse dizer que fazer parte de uma roda de entrevista significa compartilhar o repertório pessoal e profissional para resolver problemas, na busca aberta, livre e solidária de soluções. Além do compartilhamento de ideias, práticas, soluções, modos de ajuda às pessoas que estão sofrendo, as diferentes histórias de vida, de costumes, culturas permitem gerar conhecimento/soluções para o enfrentamento das crises/da doença.

É possível que o próprio Regimento Interno da ABRATECOM traduza o cerne dessa questão, qual seja, o potencial de geração de conhecimento pelos grupos de entrevista e da própria terapia comunitária, quando confirma, como objetivo dos polos de formação, no Cap. 1, Art. 2º: “I- promover a integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania e contribuir para a redução de **qualquer tipo de exclusão**” (BRASIL, 2006)²⁰. As falas dos entrevistados também expressam o que o grupo constrói compartilhadamente:

A troca de experiências proporcionou um conhecimento muito amplo e claro de vários assuntos. (entrevistada E).

(...) Aprendo muito a cada dia nas entrevistas. A verdade é que no grupo nos tornamos muito mais fortes, pois nos possibilita trabalhar nossa insegurança em relação a temas polêmicos. Um exemplo disso foi um tema discutido sobre violência contra as mulheres, aprendizado que levo para minha vida, pois esclareceu muitas dúvidas e assuntos que na comunidade surgem e no grupo obtivemos várias práticas e soluções que levamos para a comunidade em grupo. (entrevistada E).

²⁰ Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/regimento.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Cada grupo tem uma característica e revisitamos a prática a partir do próprio grupo. Por exemplo: a turma de 2005 achava que no momento do acolhimento era um “senta e levanta” o tempo todo para cantar. Então inverteram a ordem de celebrar os aniversários. Colocaram logo no início para cantar de uma vez só e depois sentar. Esta turma de 2011 começou a questionar. As celebrações devem vir depois de explicar o que é TCI, porque é ali que se fala da importância de celebrar as vitórias e conquistas. O grupo não vê sentido em cantar tudo no início junto com as boas-vindas. Com esta observação do grupo, voltamos nosso olhar para a estrutura. (entrevistada B).

Em toda intervenção fazemos a discussão da prática-ação-reflexão-síntese. Embora a TCI tenha roteiro e metodologia bem definidos, cada profissional tem sua característica de como aplicá-la na prática. É em grupo que ganhamos motivação e conhecimento para manter a qualidade da prática. (entrevistada B).

Certa vez uma mãe contou que tinha um filho homossexual e estava sofrendo. As perguntas feitas a essa mãe obedeciam à regra de perguntar e oportunizar que ela falasse e identificasse qual seria seu maior sentimento a respeito. Esta mãe era paciente do grupo de apoio no tratamento de pessoas obesas e, pelo fato de termos sido fiéis à técnica das perguntas, esta mãe conseguiu partilhar e receber informações sobre situações vividas por outros participantes. Tempos depois ela nos contou que, graças à terapia comunitária, ela havia reconquistado a amizade do filho e conseguido enfim emagrecer sete quilos. Isso foi partilhado em intervenção e apresentado na forma de trabalho na Mostra de comemoração dos dez anos de TCI em Londrina. (entrevistada A).

Na roda de terapia comunitária, o repertório compartilhado expressa os conhecimentos gerados na prática com grupos de TC, as estratégias para a superação das dificuldades encontradas, que decorrem da sabedoria de vida das pessoas no enfrentamento dos seus problemas pessoais e profissionais.

Grande parte da experiência compartilhada está registrada e divulgada por meio de textos, palestras, artigos, livros, CDs com repertórios musicais que refletem a cultura local. O Polo Formador de Londrina disponibiliza coletânea de músicas regionais, com as músicas mais cantadas nas rodas de TC em Londrina.

A ABRATECOM realiza seminários, fóruns de pesquisas, congressos, envolvendo os polos formadores de todo o Brasil para o compartilhamento e geração contínuos de ideias e práticas. Encontram-se no seu *site* relatos de experiência, artigos, teses, dissertações e monografias fruto de pesquisas realizadas em diversos estados brasileiros. Esse repertório compartilhado, criado a partir dos encontros de TC e intervenção, gera, portanto, conhecimento que propulsiona o avanço da metodologia da TC e da política pública de saúde mental.

Levantou-se, na Introdução, a preocupação em relação à criação de pontes entre o usuário e o serviço de saúde mental. O Regimento Interno, coincidindo com

a intenção desta pesquisa, mostra, no Cap. 1, Art. 2º – natureza, duração e finalidades da TC –, a necessidade de:

VII – promover e realizar estudos, debates, reflexões, eventos, cursos, formações sobre as questões comunitárias e de saúde; discussões, palestras, encontros e demais formas de troca de experiências, como forma de contribuir para a integração entre o meio acadêmico e social. (BRASIL, 2006).

Na mediação entre os princípios norteadores para a realização da formação em TC e os terapeutas, está o coordenador da intervisão, responsável pela capacitação para a prática da TC, respeitando os eixos teóricos propostos por Barreto (2005).

4.3 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À FUNÇÃO DO COORDENADOR NA INTERVISÃO

A análise revelou, ainda, a percepção dos entrevistados sobre a função do coordenador na intervisão: como nas CoPS, ele auxilia o grupo a manter o foco, a qualidade dos relacionamentos e o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática.

A prática dialógica pede do intervisor e do grupo uma atitude ativa para facilitar as relações e problematizar as situações a partir da realidade em questão (...). É um palco de encantamento, prazer e interlocução, visto que quem lá está ensina e aprende. (BARRETO, 2008, p. 368).

Nesse sentido, os depoimentos colocam o foco mais no grupo e menos na coordenação. Pelas narrativas, observa-se liberdade na escolha de temas, pois todos são ouvidos, numa relação de horizontalidade:

O grupo possibilita troca de experiências e discussões sobre novas práticas e resoluções dos problemas que enfrentamos na roda de TCI. (entrevistada E).

O tema às vezes fica livre e a partir das falas é que se constrói o tema. (entrevistada L).

As rodas de TC foram realizadas sempre em duplas. Além da intervisão, ocorria, logo após as sessões de TC, um debate reflexivo da dupla sobre o desenvolvimento daquele grupo. Era uma atividade natural, necessária e importante para a compreensão do processo grupal. Natural porque não era realizada por indicação ou obrigação do curso. (entrevistada L).

Não há escolha antecipada do tema: as pessoas participam da roda e relatam o que fazem. O tema é livre. A questão é que, num grupo de intervisão, além de ter uma orientação de pessoas experientes em coordenar, saio com a sensação de que uma intervisão é como se fosse um termômetro ou talvez um parâmetro de que não estamos fugindo das regras

e objetivos que existem na condução de uma TC. Cada terapeuta tem a sua peculiaridade e a sua marca pessoal, porém temos que ter em mente o eixo norteador que qualifica o que é, de fato, uma TC. (entrevistada I).

A coordenadora sempre trazia reflexões e orientações pertinentes aos temas levantados nos relatos das experiências ou nas questões levantadas. (entrevistada H).

Mesmo tendo um coordenador, na intervisão a atividade é feita de modo que haja participação de todos. (entrevistada G).

Para o desempenho do seu papel, o coordenador deve respeitar o Regimento Interno da ABRATECOM, que, no Cap.1, Art. 2º, II, trata da necessidade de “promover encontros interpessoais e intercomunitários objetivando a revalorização das histórias de vida, o resgate da identidade, a restauração da estima e da confiança de si” (BRASIL, 2006).

Durante a formação em TCI, a pergunta é: o que mais me afeta nas rodas de TCI na comunidade e que eu quero que seja trabalhado na intervisão? Temas que se repetem: depressão, culpa, drogas/álcool, conflito familiar, violência, rejeição, estresse, homossexualidade, crise, luto. (entrevistada B).

O grupo sempre tem oportunidade de se expressar abertamente sobre temas a serem escolhidos para o próximo encontro e também se expressa por meio da avaliação, que é feita por escrito. (entrevistada B).

4.4 PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO À INTERVISÃO E À PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Por meio da análise dos dados observa-se que os conceitos de comunidades de prática e intervisão mostram-se relacionados em suas bases teóricas, especialmente em relação à construção do conhecimento enquanto produção social – desde Polanyi (1966), com a valorização do conhecimento tácito e a visão da aquisição do conhecimento por meio da organização ativa da experiência.

Sim, com certeza é um espaço de troca e a geração de novos conhecimentos e se dá pela soma, ou, melhor dizendo, pelo encontro das experiências narradas, com o saber de cada participante e com as reflexões feitas a partir deste saber. (entrevistada H).

São fundamentais as considerações de Wenger(1998) com relação ao cerne do processo de aprendizagem nas comunidades de prática, que podem ser estendidas para o contexto da intervisão, quando enfatiza:

é preciso encontrar maneiras de engajar, de prover acesso a recursos que aumentem a participação dos estudantes, envolvê-los em práticas significativas, abrir seus horizontes de modo que eles se coloquem em

trajetórias de aprendizagem com as quais possam se identificar, e facilitar a sua participação em ações, discussões e reflexões que façam a diferença para as comunidades que eles valorizam. (WENGER, 1998, p.9).

A fala de uma entrevistada confirma as colocações feitas acima:

Compreendi que as entrevistas são espaço de partilha de nossas experiências bem-sucedidas dentro da comunidade... Também partilho minhas dúvidas, por isso sinto que este espaço é importante e fundamental.acolhe assuntos variados e surpreendentes... (sempre será importante receber novos conteúdos, como se faz num programa de educação continuada). É muito bom ver a visão de outros grupos abordando o mesmo tema. (entrevistada A).

Resgata-se nesta análise a necessidade de as organizações de saúde mental estruturarem-se para o aprendizado contínuo, em função das características do modelo de atendimento, de alta complexidade e diversidade de serviços. Reflete-se, nesse sentido, sobre as observações de Wenger (1998) relativas ao âmbito organizacional, quando enfatiza que a aprendizagem, para as organizações, envolve o esforço em valorizar e sustentar a interconexão entre os espaços de compartilhamento e geração do conhecimento, tal como se revela a intervenção em TC. A riqueza das opiniões confirma o pensamento de Wenger (1998):

A troca de experiências no grupo de intervenção oferece uma referência para a prática das sessões de Terapia Comunitária no meu local de trabalho. Ouvir o que o(a)s participantes falam sobre os mais diferentes grupos enriquece o meu trabalho, assim como possibilita a reflexão sobre a técnica e a teoria da TC. (entrevistada L).

Ainda nos permite conhecimentos para trabalhar com certas técnicas que não são possíveis no trabalho individual, mas através da intervenção é possível obter resultados diferenciados. ...favorece também uma interação entre seus membros, possibilidades de aprimoramento nas formas de relação. Nesse processo, o ganho pode ocorrer de forma ativa ou simplesmente através da observação do que emerge no grupo. (entrevistada F).

Retomando Barreto (2008) quando se refere aos caminhos para a produção do conhecimento, a análise dos depoimentos revela que a intervenção possibilita conciliar duas formas de conhecimento: o técnico-científico e o conhecimento produzido pela experiência da vida, na busca de novas estratégias de intervenção.

A intervenção enriquece o meu trabalho, assim como possibilita a reflexão sobre a técnica e teoria da TC. Sim, com os depoimentos das pessoas sobre as sessões de TC e com a articulação destas experiências com o referencial teórico, que é bem abrangente, envolvendo diversas áreas do conhecimento, tais como a teoria sistêmica, antropologia, pedagogia, etc. (entrevistada L).

Quando comecei o curso de TCI, me apaixonei à primeira vista: foi a experiência mais gratificante da minha vida, pessoal e profissionalmente. Hoje eu me vejo profissionalmente aperfeiçoada ...consigo trabalhar com outra visão de vida sobre meus colegas e supervisores de trabalho e com muito mais compreensão com meus pacientes, além da minha vida pessoal, que não tenho palavras para descrever quanto mudou para melhor. (entrevistada E).

Sendo assim, o processo de intervenção se torna um momento único, onde os profissionais podem abordar desde situações que ocorreram numa prática de TC, desde o ponto de vista teórico, até como se sentiram (emocionalmente) diante desta prática/vivência. (entrevistada G).

E o crescimento pessoal da minha própria vida! Fazer roda, participar das intervenções e aceitar o convite e compromisso em colaborar com a equipe de formação em TCI gerou inúmeras mudanças e frutos. (entrevistada D).

O grupo de intervenção era um momento de troca de experiências, de aprendizados, de reflexão sobre a prática, de esclarecimentos de dúvidas, de discussão de situações difíceis surgidas nos grupos de prática e de busca de alternativas de intervenção. (entrevistada H).

Possibilita a troca e geração de novos conhecimentos com vivências, pela prática em rodas de TC. Aprimorando, aprendendo com os outros. Ex.: como lidar com crianças para prevenção de bullying, grupos para diminuição do uso de psicotrópicos. (entrevistada J).

Reforça-se, nesta análise, como fatores facilitadores para a produção do conhecimento em saúde, os *Princípios Norteadores para a Regulamentação dos Polos Formadores em Terapia Comunitária* quando indicam a necessidade de “promover a integração de pessoas e comunidades no resgate da dignidade e da cidadania e contribuir para redução de qualquer tipo de exclusão” (ABRATECOM, 2006).

Aprendemos o enfrentamento das inquietações, atitudes de promoção à vida, práticas que valorizam o outro (onde eu falo, escuto, aprendo). (entrevistada F).

A intervenção, pela análise das fontes de evidência, cumpre a sua missão em relação ao domínio do conhecimento de interesse comum, fortalece a comunidade de profissionais e dá conta das obrigações relacionadas à formação do terapeuta comunitário.

Observa-se também que a intervenção, por meio da prática da terapia comunitária, abre portas para a comunidade, favorece a intersetorialidade, insere-se na rede de serviços em saúde mental, associações, cooperativas e organizações não governamentais, aproximando usuários, familiares e profissionais da saúde.

Para concluir a análise, ressalta-se o potencial da intervenção para a transformação da realidade comunitária apoiando-se em Freire (1980) quando fala

em educadores e educandos como **seres criadores** que se libertam mutuamente para serem, ambos, **criadores de novas realidades**.

Percebi que, com a troca de experiências na intervenção, todos aprendem. (entrevistada K).

Todas as práticas aprendidas no grupo contribuem para meu aperfeiçoamento profissional. (documento Apreciação da Intervenção, 2012).

Os conhecimentos são inúmeros, pois nada mais proveitoso do que a troca de experiências, a "partilha"...com um dia de cada vez, vencendo as dificuldades, o trabalho foi realizado com êxito e gerou inúmeros frutos: a formação de uma liderança comunitária em coterapeuta comunitária e depois em terapeuta; a formação de grupo de economia solidária; o resgate de pessoas da comunidade, as quais eram vítimas de violência doméstica e hoje são lideranças na comunidade. (entrevistada D).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta investigação buscou-se aproximar os conceitos de comunidades de prática e de intervisão em terapia comunitária. Dando ênfase à aprendizagem, elegeu-se, como objetivo geral, analisar os elementos que constituem as comunidades de prática e correlacioná-los à terapia comunitária, no contexto de grupos de intervisão.

A investigação traz uma reflexão sobre os autores dos conceitos estudados e suas bases teóricas. Wenger (1998), antropólogo, criador do conceito de comunidades de prática, recolheu suas ideias da observação da realidade, fundamentando-se em estudos sobre aprendizagem centrados na concepção da construção do conhecimento como produção social.

Wenger (1998) partiu da concepção sociobehaviorista de Bandura (1977), aprofundou-se nos estudos de aprendizagem de Dewey (2010 [1922]), Vygotsky (2005 [1934]), Schön (1983), Berger e Luckmann (1983), entre outros, buscando aproximar-se do pensamento de autores sistêmicos, como Maturana e Varela (2001). Fundamentando-se também nas teorias da criação do conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1997) e Choo (2006), dedicou-se à área organizacional, dentro da perspectiva da gestão do conhecimento com foco no aprendizado.

Com seu trabalho, Wenger (1998) destacou pressupostos para a aprendizagem anteriormente discutidos. Reforçando a perspectiva sociointeracionista de Vygotsky (2005 [1934]) e a construção da identidade vinculada ao contexto social e histórico, segundo Berger e Luckmann (1983), trouxe para a área organizacional conhecimentos da antropologia, da sociologia, da pedagogia e da psicologia.

Barreto (2005), antropólogo e médico psiquiatra, criou a metodologia da TC – fundamento da intervisão, nas suas próprias palavras –, para solucionar um dilema pessoal com relação à medicina que aprendeu no meio acadêmico e à sabedoria de cura que conheceu na convivência familiar e social, riquíssima, segundo o autor, pela diversidade cultural brasileira. Estruturou a sua metodologia no confronto do atendimento à população carente, na prática, procurando conhecer e validar o saber popular no enfrentamento de problemas.

Para a fundamentação teórica da terapia comunitária, Barreto (2005) considerou os estudos de comunicação de Watzlawick (1973) e elegeu, como eixo

principal para a sua metodologia, a pedagogia de Paulo Freire (1980). Apoiou-se em teóricos do pensamento sistêmico, como Koestler (1981), e também em outros autores sistêmicos cujos estudos sobre o desenvolvimento humano se estenderam desde a biologia até a antropologia cultural, entre os quais Maturana e Varela (1984), Capra (1997) e Morin (2006).

Observa-se nos dois conceitos investigados a busca da compreensão sobre a produção do conhecimento a partir da perspectiva sociointeracionista de Vygotsky (2005 [1934]), incluindo-se em ambas as bases os estudos de Berger e Luckmann (1983) sobre a construção social da realidade, a construção da identidade mediada pela cultura, pelo social e, ainda, encontra-se nos dois pesquisadores, Wenger (1998) e Barreto (2005), uma concepção sistêmica da vida, a partir das colocações de Maturana e Varela (2001).

Considera-se fundamental a possibilidade de a pesquisa trazer como indicação, para o estudo das CoPs, enquanto prática de gestão do conhecimento, o resgate da pedagogia de Paulo Freire (1980), criada e desenvolvida na realidade brasileira, comprometida com as questões contemporâneas éticas, políticas e sociais.

Wenger (1998) alerta para o fato de que a organização está sustentada por comunidades de prática que se formam dentro e a partir dela, e não o contrário. O autor vincula, portanto, a questão da sustentação organizacional à interconexão entre as comunidades de prática que a envolvem. Por outro lado, não se pode esquecer que Wenger enfatiza as experiências no âmbito organizacional, contexto que busca a lucratividade.

Barreto (2005), por sua vez, aplica a metodologia da TC ao contexto da saúde pública com ênfase no indivíduo, em uma perspectiva humanista, que busca o bem comum, livre dos valores relacionados ao lucro empresarial. No entanto, ao finalizar esta investigação, cabe dizer que a aproximação entre os dois conceitos pode facilitar o entendimento e aplicação da intervisão na rede de saúde mental como uma estratégia de compartilhamento e produção do conhecimento com o objetivo de fazer avançar as políticas públicas de saúde.

A análise dos dados levantados por meio das diferentes fontes de evidência, como a observação direta, a entrevista narrativa e a análise documental, permitiu a verificação da presença, no contexto do grupo de intervisão em TC, das características básicas das CoPs (o domínio, a comunidade e a prática), dos modos

de participação (engajamento, imaginação e alinhamento), como também das dimensões de interesse (engajamento mútuo, empreendimento conjunto e repertório compartilhado).

A pesquisa tornou possível o estabelecimento de relações teóricas e práticas de aproximação entre os conceitos estudados, especialmente no que se refere à valorização do conhecimento tácito e da interação social para a geração do conhecimento; à indissociabilidade entre cognição e cultura; à inseparabilidade entre a singularidade e a coletividade, o que talvez abra possibilidades de enriquecerem-se reciprocamente, ampliando tanto o campo das CoPs como o da intervisão em TC nas organizações, no ensino, na pesquisa.

Ressalta-se que a análise dos dados evidencia uma forte conexão entre os participantes, sua prática e a comunidade, que atendem com paixão, dedicação, entusiasmo, associando seu crescimento pessoal, familiar e profissional à prática em terapia comunitária. Assim, a pesquisa, ao aproximar o conteúdo documental, a narrativa dos entrevistados e a observação direta dos grupos de intervisão em TC ao conceito de comunidades de prática justifica a ampliação e valorização da intervisão como recurso para compartilhamento e produção de conhecimento em saúde.

Reconhece-se que a escolha metodológica, com base em um estudo de caso, determina limitações para o estudo, pois se, por um lado, ganha-se em profundidade, por outro, não é possível a generalização dos resultados.

Assim, reforça-se aqui a indicação para a continuidade da pesquisa nesta área, a partir deste e de outros estudos relacionados à teoria e prática da aprendizagem, em um esforço de integração entre a gestão do conhecimento, a educação e a saúde. Tem-se como sugestão para pesquisas futuras o estudo dos fatores críticos para a ampliação da intervisão como recurso para o compartilhamento e produção do conhecimento na rede de serviços de saúde mental.

Uma outra possibilidade de estudo poderia estar relacionada aos fatores facilitadores para a interconexão dos grupos de intervisão atuantes nos diversos estados brasileiros para a ampliação de estratégias de promoção da saúde e para o fortalecimento da terapia comunitária como política pública prioritária do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária. **Princípios norteadores para regulamentação dos polos formadores em terapia comunitária**. Regimento interno. Belo Horizonte, 2006.
- ALMEIDA, E. S. de. **Distritos sanitários: concepção e organização**. volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- ALVARENGA NETO, R. C. D. **Gestão do conhecimento em organizações: proposta de mapeamento conceitual integrativo**. São Paulo: Saraiva, 2008.
- ALVARES, L.; BAPTISTA, S. G.; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. de. Gestão do conhecimento: categorização conceitual. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 235-252, jul.-dez. 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, F. B. de. **A terapia comunitária como instrumento da inclusão da saúde mental na atenção básica**. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- BAPTISTA, T. W. de F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARRETO, A. de P. **Terapia comunitária: passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.
- _____. **Terapia comunitária: passo a passo**. 4. ed. rev. e ampl. Fortaleza: LCR, 2008.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL. 2012.
- BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007, p. 1-5.
- BOLZANI JUNIOR, G. M.; SOUSA, M. S. L.; NASCIMENTO, D. E. De administrador a gestor do conhecimento: a comunidade de prática desenvolvendo o profissional, a organização e a comunidade. **RECADM**. Revista Eletrônica de Ciência Administrativa, v. 1, p. 2, 2002.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 30 jan. 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAPRA, F. **A teia da vida**. Tradução de: Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 1998.

_____. **A teia da vida**. Tradução de: Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARÍCIO, M. R. **Terapia comunitária**: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida. 134 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – UFParaíba, João Pessoa, 2010.

CASTRO, R.C.F. **Comunicação científica na área da saúde pública**: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2003.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. A estrutura no modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, Curitiba, **Contato**, ano 12, ed. 71, set./out. 2010, p. 22-28.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. A rede de atenção à saúde mental: avanços e desafios, **Contato**, Curitiba, ed. 74, mar./abr. 2011, p. 21-24.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. A reforma psiquiátrica 10 anos depois da Lei 10.216, **Contato**, Curitiba, ano 13, ed. 75, mai./jun. 2011, p. 15-21.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. Os leitos psiquiátricos no Paraná, **Contato**, Curitiba, ed. 73, 2011, p. 16-20.

COSTA, M. D.; KRUCKEN, L.; ABREU, A. Gestão da informação ou gestão do conhecimento? **R. ACB**: Biblioteconomia em Santa Catarina, v. 5, n. 5, 2000.

COSTA, S. M. F. **O trabalho com grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos pacientes participantes**: criando redes de ajuda e construindo cidadania. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2009.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Apresentação. *In: _____* (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DELGADO, P. G. G. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *In: MELLO, M. F. de; MELLO, A. de A. F. de; KOHN, R.* (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEWEY, J. **Experiência e educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

DRAGO, I. **Contribuições do movimento Nós podemos Paraná para a criação e compartilhamento de conhecimento nos núcleos locais de trabalho**. 206 f. Dissertação (Mestrado em Ciência, Gestão e Tecnologia da Informação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas: Papyrus, 2002.

FERREIRA FILHA, M.O.; CARVALHO, M. A. P. A terapia comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, jun. 2010, 31(2), p. 232-239.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR. **Integralidade na assistência à saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUIMARÃES, M. B. L. Terapia comunitária integra política do Ministério da Saúde. **Informe da Escola Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 12/12/2008.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D; FERREIRA FILHA, M. O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

INOJOSA, R. O desafio da articulação pública. **Psicologia**. v. 7, n. 7, jul. 2010, p. 26-30.

KOESTLER, A. **Jano**: uma sinopse. Tradução de: Nestor Deola e Ayako Deola. São Paulo: Melhoramentos, 1981.

LAZARTE, R. Terapia comunitária integrativa e sociologia. *In: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T. C. G. de P.; BARRETO, A. de P.* (Orgs.). **Terapia comunitária integrativa sem fronteiras**: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC, 2011.

LIMA, V. A, de. **Comunicação e cultura**: as ideias de Paulo Freire. Prefácio de Ana Maria Freire. 2. ed. rev. Brasília: Editora Universidade de Brasília; Fundação Perseu Abramo, 2011.

MACHADO, M. de F. A. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS**. Disponível em:
<<http://br.monografias.com/trabalhos903/integralidade-saude-educacao/integralidade-saude>>. Acesso em: 29 out. 2010.

MALHOTRA, Y. Knowledge management for the new world of business. Disponível em:
<<http://www.brint.com/km/whatis.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

MARCHETTI, L. B. A compreensão do grupo na terapia comunitária integrativa. *In*: CAMAROTTI, M. H; FREIRE, T. C. G. de P.; BARRETO, A. de P. (Orgs.). **Terapia comunitária integrativa sem fronteiras**: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC, 2011.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução de: José F. Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MATURANA, H. R. Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument. **The Irish Journal of Psychology**, v. 43, n. 1, p. 25-82, 1988.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MENDES, R.T. Função da universidade. **Jornal da Unicamp**, dezembro, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINIOLI, C. S. **Memória organizacional no espaço escolar**: percepções das práticas pedagógicas nas escolas públicas do Estado do Paraná – NRE – Área Metropolitana Norte de Curitiba. 239 f. Dissertação (Mestrado em Ciência, Gestão e Tecnologia da informação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psiquiatria crítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

MORIN, E. **Introducción al pensamiento complejo**. Barcelona: Gedissa, 1996.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The knowledge-creating company**: how Japanese companies create the dynamics of innovation. Nova York: Oxford University Press, 1995.

OLIVEIRA, A. G. B. de. **A reforma psiquiátrica em Cuibá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, Claudionor dos Santos. **Metodologia científica, planejamento e técnicas de pesquisa: uma visão holística do conhecimento humano.** São Paulo: LTr, 2000.

PARANÁ. **Relatório anual de atividades.** Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde e Centro Psiquiátrico Metropolitano, 2009.

_____. **Relatório anual de atividades.** Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde e Centro Psiquiátrico Metropolitano, 2011a.

_____. **Governo cria comitê gestor intersecretarial de saúde mental.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2011b.

POLANYI, M. **Tacit dimension.** New York: Doubleday, 1966.

RIO GRANDE DO SUL. **SUS é legal: Legislação Federal e Estadual.** Porto Alegre: Secretaria de Saúde, 2000.

SCHÖN, D. A. **The reflective practitioner: how professionals think in action.** New York: Basic Books INC, 1983.

SETTON, M. da G. J. A particularidade do processo de socialização contemporâneo. **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, v. 17, n. 2, nov. 2005, p. 335-350.

SILVA, H. de F. N. **Criação e compartilhamento de conhecimento em comunidades de prática: uma proposta metodológica.** 211 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SILVA, H. de F. N. *et al.* As contribuições relativas ao uso de eventos/fóruns para constituição de comunidades de práticas e expressão da inteligência coletiva: o caso do Bibliocontas. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 17, n.3, p. 100-120, jul./set. 2012.

SOARES, C.S.D.A. **Terapia comunitária na estratégia saúde da família: implicações no modo de andar a vida dos usuários.** 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

VEIGA, M. T. M. da. **Projeto escolar da Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul.** Disponível em: <<http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html>>. Acesso em: 29 out. 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e linguagem.** 3. ed. São Paulo: MartinsFontes, 2005.

VITALE, M. A. F. Socialização e família: uma análise intergeracional. *In*: CARVALHO, M. do C. B. (Org.) *et al.* **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: EDUC, 2000.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1973.

WENGER, E. **Communities of practice**: learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

WOOLFOLK, A. E. **Psicologia da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS DE INTERVISÃO E PARA ANÁLISE DOCUMENTAL	104
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA NARRATIVA	105
APÊNDICE C – PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO.....	106

APÊNDICE A
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS DE INTERVISÃO
E PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Características das CoPs	Elementos das CoPs	Descrição
Características básicas	Domínio	Domínio de interesse comum, com o qual os participantes estão comprometidos.
	Comunidade	Deve existir a percepção de se fazer parte de um grupo de indivíduos que possuem algo em comum.
	Prática	Repertório compartilhado de recursos (informações, vocabulário comum, experiências, histórias, soluções de problemas) que compõem o compartilhamento das práticas individuais e coletivas. Prática voltada à resolução de problemas.
	Identidade	A identidade é uma experiência ativa de pertencimento e depende de conexões profundas com outros que comungam histórias, experiências, reciprocidade e comprometimento mútuo.
	Participação	A participação vai além do engajamento numa atividade específica, pois implica a definição de identidades. O termo participação refere-se a uma combinação de agir, conversar, pensar, sentir e pertencer.
Pertencimento	Engajamento Mútuo	O engajamento mútuo considera a diversidade de competências, o que cada um sabe e faz e como cada um se conecta ao conhecimento e às ações dos demais membros, que são complementares às suas.
	Empreendimento Conjunto	Ao negociarem em conjunto o empreendimento, as pessoas criam relações para as quais podem contar umas com as outras.
	Repertório Compartilhado	O repertório compartilhado de uma comunidade de prática é um conjunto de recursos, artefatos, símbolos, rotinas, palavras, ações, conceitos, maneiras de fazer certas coisas e gestos produzidos e desenvolvidos pela comunidade ao longo de sua constituição e existência.
Observação das atividades	Intenção da CoP	Ajudar outras pessoas a resolver problemas em uma determinada área do conhecimento; desenvolver e disseminar as melhores práticas; desenvolver e aplicar ferramentas, ideias e capacidades; desenvolver ideias e soluções inovadoras
	Coordenador ou Líder	Responsável por compor a comunidade de prática, criar um projeto, ajudar a comunidade a manter um foco, manter os relacionamentos e desenvolver a prática.

FONTE: a autora

APÊNDICE B
ROTEIRO PARA ENTREVISTA NARRATIVA

Tópicos	Conte sobre a sua história no grupo de intervenção, experiência pessoal, práticas aprendidas
A importância do grupo	A importância do grupo de intervenção na sua prática profissional
	Tudo começou quando...
Conhecimentos	O grupo de intervenção possibilita a troca e geração de novos conhecimentos? Como essa experiência acontece?
	<i>Logo percebi que...</i>
Práticas aprendidas	A intervenção possibilita a aplicação de novas práticas? O grupo contribuiu para a resolução de problemas? Você gostaria de dar um exemplo?
	<i>Por causa disso então...</i>
Participação e relacionamento no grupo	Existe a possibilidade de os integrantes do grupo de intervenção mostrarem-se e atuarem no grupo colaborando a partir da diversidade de suas competências? Você tem um exemplo que possa narrar?
	Como o grupo seleciona os temas a serem discutidos? O encaminhamento das discussões é negociado em conjunto? Você sente que pode contar com as pessoas do grupo?
	Você percebe que existem neste grupo ações que discutem rotinas, regras, conceitos que traduzem a prática ou maneira própria de fazer a TC? Você se recorda de alguma história que traduza a prática ou a maneira própria de fazer deste grupo? Pode narrá-la?
	<i>A verdade é que no grupo...</i>
Mudanças estendidas para a vida	De acordo com a sua vivência, existe possibilidade das reflexões promovidas pela interação no grupo de intervenção serem estendidas para a vida pessoal e na relação com a sua comunidade? Você gostaria de dar um exemplo?
	<i>Afinal, hoje eu...</i>

FONTE: a autora

APÊNDICE C

PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO

TEMA

Compartilhamento e produção do conhecimento em saúde

CASO SELECIONADO

Segundo Yin (2010), um estudo de caso pode se referir a um indivíduo, a uma empresa ou um processo, como, por exemplo, uma mudança organizacional. A construção da metodologia para a realização desta pesquisa responde à necessidade de analisar os elementos que constituem as comunidades de prática e correlacioná-los à terapia comunitária no contexto de grupos de intervenção.

Investiga-se a aproximação entre esses conceitos, relacionados à produção de conhecimento, tendo-se como objeto de estudo grupos de intervenção em TC. Integram esses grupos terapeutas comunitários experientes e iniciantes, ligados aos Polos Formadores de Curitiba e Londrina.

Apresenta-se como um estudo de caso com múltiplas fontes de coleta de dados – entrevistas narrativas/observação direta dos grupos de intervenção/análise documental. Parte-se, nesta pesquisa, da necessidade de um olhar mais aprofundado sobre uma realidade complexa, qual seja, de mudança de paradigma no atendimento à saúde mental, com reflexos políticos, institucionais e sociais, que requer a implementação de novos serviços, em um momento em que essa rede de atendimento é ainda insuficiente em relação à demanda.

Yin (2010) afirma que o estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p. 52). O autor enfatiza que a escolha pelo estudo de caso se justifica quando o entendimento de um fenômeno engloba importantes questões contextuais, como no caso da investigação a que se propõe a pesquisa.

AMBIENTE DA PESQUISA

O ambiente selecionado para a pesquisa é o da intervisão, grupo que integra terapeutas comunitários formados e iniciantes, vinculados ao processo de formação continuada em terapia comunitária. Como população foram escolhidos grupos de intervisão em terapia comunitária realizados em ambiente institucional. Optou-se por esses grupos por congregarem terapeutas mais experientes e aprendizes que atuam na saúde pública na região referenciada no problema.

Selecionou-se para a realização da pesquisa o grupo de intervisão vinculado ao Polo Formador de Curitiba, que oferece o Curso de Capacitação em Terapia Comunitária do Hospital de Clínicas da UFPR; e o grupo de intervisão vinculado ao Polo Formador de Londrina, que oferece a formação em Terapia Comunitária na Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

RESULTADOS ESPERADOS

Otimizar recursos e processos interdisciplinares nos serviços de saúde mental; fomentar a criação de espaços para a criação e compartilhamento de conhecimento nas organizações de saúde.

A. INTRODUÇÃO DO ESTUDO DE CASO E OBJETIVOS DO PROTOCOLO

A.1 Questão de Pesquisa:

De que forma os conceitos de comunidades de prática e intervisão em terapia comunitária estão relacionados?

A.2 Objetivos

A.2.1 Objetivo Geral

Analisar os elementos que constituem as comunidades de prática e correlacioná-los à terapia comunitária no contexto de grupos de intervisão.

A.2.2 Objetivos Específicos

- a) descrever as bases teóricas das comunidades de prática e da terapia comunitária;
- b) identificar as características de domínio (conhecimento), a comunidade e a prática no grupo de intervenção;
- c) verificar no grupo de intervenção os modos de participação (engajamento, imaginação e alinhamento) e as dimensões de interesse (engajamento mútuo, empreendimento negociado e repertório compartilhado);
- d) correlacionar os conceitos de comunidades de prática e de intervenção em terapia comunitária.

A.3 Estrutura Teórica para o Estudo de Caso

ETAPA 1: Revisão Bibliográfica

ETAPA 2: Elaboração do Projeto de Pesquisa

ETAPA 3: Definição do Protocolo de Estudo de Caso, Protocolo de Coleta de Dados (observação direta), Roteiro para Entrevistas Narrativas

ETAPA 4: Coleta e Sistematização dos Dados

ETAPA 5: Apresentação e Análise dos Dados

ETAPA 6: Considerações Finais.

A.4 Papel do Protocolo no Estudo de Caso

Para Yin (2010), o protocolo é uma tática que colabora para aumentar a confiabilidade da pesquisa, orientar o pesquisador durante a coleta de dados do caso selecionado e facilitar a operacionalização da pesquisa, disponibilizando as normas gerais necessárias para se utilizar o instrumento adotado.

B. PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

1. Apresentação de credenciais

2. Fontes gerais de informação: entrevistas narrativas, observações diretas e análise documental

- a. recursos: gravador, computador pessoal, material para anotações, sala para entrevista;
- b. estabelecer agenda para coleta de dados, observações diretas e entrevistas, em outubro de 2012; sistematização e análise de dados em novembro de 2012;
- c. disponibilização de horários para reagendamento e realização de entrevistas, se necessário.

B.1 Plano de Coleta de Dados

Observação direta dos grupos de intervenção. O roteiro para observação terá como base as categorias criadas a partir dos elementos que constituem as comunidades de prática e a base teórica e prática da terapia comunitária (Apêndice A).

Entrevistas narrativas. O roteiro para observação terá como base as categorias criadas a partir dos elementos que constituem as comunidades de prática, e a base teórica e prática da terapia comunitária (Apêndice B). Segundo Bauer e Gaskell (2002), a entrevista narrativa tem por objetivo criar uma situação que encoraje e estimule o entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante da sua vida e do contexto social.

Análise documental. A coleta de dados se dará a partir de documentos de apreciação da intervenção por terapeutas comunitários e do Regimento Interno da Abratecom, *Princípios Norteadores para a Regulamentação da Prática dos Polos Formadores em Terapia Comunitária* (2006), com o objetivo de identificar os elementos constituintes das comunidades de prática e a sua correlação com a intervenção em terapia comunitária. Para a coleta de dados na documentação, foi adotado o mesmo protocolo da observação (Apêndice A).

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

a) sistematização dos dados

- os dados coletados serão organizados em categorias criadas a partir de elementos que constituem a comunidade de prática, segundo Wenger (1998);

b) análise dos dados

- será realizada análise de conteúdo, conforme proposta de Bardin (2010), com base nas categorias estabelecidas *a priori*.