



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM- UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LAÍS BATISTA DO NASCIMENTO

**TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

LAÍS BATISTA DO NASCIMENTO

**TERAPIA COMUNITARIA INTEGRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como o requisito para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof^a Msc. Maria Luísa de Almeida Nunes.

CAMPINA GRANDE- PB

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro
Silva”, CCBS - UFCG**

N224t

Nascimento, Laís Batista do.

Terapia comunitária integrativa como estratégia de cuidado em saúde mental /
Laís Batista do Nascimento. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

34 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Maria Luísa de Almeida Nunes, Me.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade
Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Terapia. 2.Saúde mental. 3.Sistema único de saúde. I. Nunes, Maria Luísa de
Almeida (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:159.9:614.2 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE – PB.

Aos 28 dias do mês de Agosto do ano 2017 às 12:30 horas, na sala 05,
com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a
defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado
Técnicas Comunitárias Integrativas Como Estratégia de Cuidado
em Saúde Mental

desevolvido
pelo aluno (a) Larissa Batista do Nascimento
regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2017.1, orientado pelo
professor (a) Marcia Luiza de Almeida Nunes. O período da
defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno
utilizou 30 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a)
juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota
ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo
orientador. Obtendo nota 7,6 (SETE, SEIS) pelos
examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, deu fé.

Campina Grande, 28/08/2017.

ORIENTADOR(A): Marcia Luiza de Almeida Nunes

TITULAÇÃO: Mestre

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Rosiane Maria de Castro Silva Titulação: Doutora

2º Membro: Khelvia Kiss (PARECER ANEXO) Titulação: Mestre

AGRADECIMENTOS

Acredito que nós somos a soma das pessoas que passam pela nossa vida. Nossas conquistas, nossa felicidade, nada estará completo se estivermos sozinhos. Nada teria sentido. Seria vazio e sem cor. Por isso, tenho muito a agradecer, pois cresço, pouco a pouco, com um tantinho de coisas boas que cada pessoa que passa na minha vida me dá. Aos meus pais, agradeço por tanto. Tanto zelo, cuidado, incentivo, amor... pelos nãos que recebi quando deveria e pelos empurrõezinhos quando eu precisava. Obrigada, João e Sandra. Por serem sempre meu porto seguro. Por repetirem sempre que vai dar certo. Está dando.

Agradeço aos meus irmãos, Caio e Larissa, por serem um pedacinho do céu aqui na terra. Estamos quase sempre longe um do outro, mas lembrar que tenho vocês aumenta minha força nos dias não tão bons. Vocês me fazem acreditar que eu posso. Lari, em especial, obrigada por tudo o que faz por mim.

Sem esquecer da UFCG, CCBS, meus colegas e professores. Termina a graduação na sala que me acolheu como se eu a pertencesse desde o início. A cada um dos meus colegas, minha admiração e agradecimento. Aos meus professores, que me instigaram a querer ser como eles quando eu crescesse. Obrigada pelos conhecimentos partilhados que vão muito além dos livros. À Maria Luísa, minha orientadora, agradeço pela paciência e cuidado. Ao restante da minha banca examinadora, Priscilla e Khivia, obrigada pela disponibilidade. Certa de que serão contribuições que agregarão não só no trabalho, mas na vida. A vocês três, componentes da minha banca, minha admiração e respeito.

Por fim, aos meus amigos, irmãos de coração, e à cada um que nunca me deixou desistir. Não disseram que seria fácil, mas que valeria a pena. E sempre vale.

Obrigada!

NASCIMENTO, L. B. **Terapia Comunitária Integrativa como Estratégia de Cuidado em Saúde Mental**. Trabalho de Conclusão de Curso. [Monografia]. Curso de Bacharelado em Enfermagem: Universidade Federal de Campina Grande, 2017. Campina Grande, Paraíba. 35f.

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa é um instrumento de cuidado que nos permite tecer redes sociais e prevenir sofrimentos psíquicos, promovendo encontros interpessoais onde há a partilha de experiências de vida de forma horizontal e circular. O presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia da Terapia Comunitária Integrativa em seus âmbitos de atuação, dentre as publicações existentes. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que realizou levantamento nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SCIELO), através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Saúde Mental”, “Terapia Comunitária”, “Cuidado”, em seus âmbitos de atuação dentre as publicações existentes, entre os anos de 2011 a 2017. Após inseridos os critérios de exclusão, 15 artigos foram analisados. A análise dos dados nos mostra que a TCI proporciona fortalecimento de valores, enaltecimento da identidade pessoal e social dos indivíduos, adesão da comunidade e, por consequência, aumento do vínculo da comunidade com os profissionais de saúde. Conclui-se que, como instrumento de cuidado, a TCI atende aos princípios norteadores do SUS, facilitando a construção de redes de apoio social, possibilitando mudanças sociais comunitárias por meio dos seus participantes que aprendem a desenvolver a resiliência e a superar dificuldades.

Palavras-chave: Terapia; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

NASCIMENTO, L. B. **Integrative Community Therapy as a Mental Health Care Strategy**. Completion of course work. [Monograph]. Bachelor's Degree in Nursing: Federal University of Campina Grande, 2017. Campina Grande, Paraíba. 35f.

ABSTRACT

Integrative Community Therapy is an instrument of care that allows us to weave social networks and prevent psychic suffering by promoting interpersonal encounters where there is the sharing of life experiences in a horizontal and circular way. The present study aims to analyze the effectiveness of Integrative Community Therapy in its fields of action, among existing publications. This is an integrative review of the literature, which carried out a survey of the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) and the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), through the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), with the DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): "Mental Health", "Community Therapy", "Care", in its scope of action among existing publications, between the years 2011 to 2017. After inserting the exclusion criteria, 15 articles were analyzed. The analysis of the data shows that TCI provides strengthening of values, enhancement of personal and social identity of individuals, community adherence and, consequently, an increase in the community's bond with health professionals. It is concluded that, as an instrument of care, TCI complies with SUS guiding principles, facilitating the construction of social support networks, enabling community social changes through its participants who learn to develop resilience and overcome difficulties.

Keywords: Therapy; Mental Health; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Relação do artigos analisados por nome do artigo, autores, ano, objetivo e metodologia, 2017.....	20
Quadro 2 – Relação do artigos analisados por nome do artigo, autores, resultados e conclusão, 2017.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO GERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	13
4.2 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: ESTRATÉGIA DE CUIDADO.....	15
4.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	16
5 METODOLOGIA	18
5.1 TIPO DE PESQUISA	18
5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
5.3 COLETA DE DADOS	20
5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	20
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	21
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	32
ANEXO A - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001	33

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de toda a modernidade, o espaço da loucura e dos loucos foi, por excelência, o da exclusão. Considerados inaptos, desrazoados, imorais, indisciplinados ou loucos, foram mantidos fora do convívio social. Na passagem do século XIX para o XX, no entanto, as formas de classificação e tratamento dos doentes mentais foram objeto de duras críticas por parte de médicos, psiquiatras, filósofos, historiadores, sociólogos, entre outros profissionais. No período pós-Segunda Guerra Mundial, essas críticas se intensificaram, intimamente relacionadas às questões dos direitos humanos e dos direitos à cidadania (OLIVEIRA, 2011).

A produção do cuidado em saúde mental seguiu por muitos séculos o modelo manicomial: hospitalocêntrico, segregador, higienista e tutelar. No Brasil, somente na virada deste século, com a ascensão do movimento reformista de redemocratização do país e, por conseguinte, das reformas sanitária e psiquiátrica, tem-se a proposição de uma mudança paradigmática no horizonte ético de assistência à saúde, e não apenas a proposta de um novo modelo assistencial (FIRMO; JORGE, 2015).

A psiquiatria tem enfoque no modelo biologicista, sobretudo centrado na prática profissional em manicômios e na medicalização. Apesar dessa situação hegemônica, a Reforma Psiquiátrica brasileira surge como um paradigma para um outro jeito de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico.

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, as práticas profissionais realizadas no espaço do manicômio, embasadas pela psiquiátrica clássica, passam a ser modificadas. O enfoque biológico, psiquiatrizante, que prioriza a doença como foco de assistência no hospital, dá lugar ao sujeito adoecido, à sua subjetividade, à qualidade e produção de vida nos serviços substitutivos em saúde mental (SILVA; AZEVEDO, 2011). As práticas profissionais passam a acontecer nos serviços substitutivos, com base comunitária e mantém o contato da pessoa com o seu meio.

A reforma psiquiátrica vem sendo concebida como um movimento que busca a desconstrução de conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social do fenômeno da loucura. Essa ótica de tratamento procura deslocar o atendimento centrado no hospital para um atendimento mais ampliado, que possa contemplar a família, as relações sociais e os vínculos do sujeito que vivencia uma situação de sofrimento, através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (ANTONACCI; PINHO, 2011). O sujeito possa ser acompanhado dentro do território onde vive, ou seja, na comunidade.

O modelo de assistência de base comunitária, que enfoca o cuidado na família, vem se delineando desde 1994. Este considera o meio social, as atitudes da vida moderna e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos. Deste modo, foi surgindo no processo de cuidado a valorização de conceitos como acolhimento e humanização, que apontam a solução dos problemas por meios não convencionais até então, mas pelo diálogo, fé, grupos de apoio e outras formas de promover o bem-estar, ressaltando a posição da família como importante instrumento de cuidado de seus membros (ROCHA et al., 2013). Este enfoque valoriza o processo saúde-doença com atenção especial para a criação de vínculos de responsabilidade entre os sujeitos comunitários.

Nesse sentido, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) surge como uma estratégia de cuidado em grupo com vistas à reabilitação psicossocial dentro da perspectiva, tanto da prevenção, quanto do tratamento e ou reabilitação do cuidado em Saúde Mental. O participante da TCI passa a ser parte integrante de um microgrupo, no qual pode reconhecer-se em sua singularidade e, ao mesmo tempo, manter ações interativas com os outros componentes desse mesmo microgrupo.

A Terapia Comunitária Integrativa vem se consolidando como uma tecnologia de cuidado, de baixo custo, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades, podendo ser considerada, também como estratégia de reabilitação e de inclusão social pela rede de apoio psicossocial que ela pode ajudar a construir (JATAI; SILVA, 2012).

Com a TCI, os vínculos, as trocas, a afetividade e a convivência reproduzidos entre os indivíduos participantes passam a subsidiar o processo de reinserção social e sua contribuição para o fortalecimento da saúde mental da população e a troca de experiência entre as pessoas, de modo que é uma forma de humanização do cuidado ao ser humano.

Como instrumento de cuidado, a TCI demonstrou atender aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a construção de redes de apoio social, possibilitando mudanças sociais e reconhecendo as competências de cada ator social para contribuir na superação das dificuldades. Este instrumento atende às metas a que se propõe e que deve ser divulgada como uma prática de caráter terapêutico, transformadora da realidade e que pode ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde (JATAI; SILVA, 2012).

A TCI praticada no âmbito do SUS traz inovações às práticas grupais, considerando que importa mais a experiência de vida das pessoas do que o saber técnico, tendo em vista que todos detêm conhecimento, sem hierarquizações das relações interpessoais, sendo desejável que as pessoas compartilhem sentimentos.

Nesse espaço, a identidade do terapeuta comunitário prevalece sobre a identidade do profissional de saúde, essa é a essência da proposta que pretende fortalecer vínculos e humanizar as relações entre a comunidade e os profissionais (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

Portanto, a partir dessas considerações iniciais, traçou-se a questão norteadora do estudo: qual o impacto da Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de cuidado em saúde mental? Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia da Terapia Comunitária Integrativa em seus âmbitos de atuação, dentre as publicações existentes.

2. JUSTIFICATIVA

As transformações sociais da atualidade têm favorecido o crescimento de problemas emocionais e sociais entre as pessoas, que vêm modificando os valores e a conduta humana. Estes fatores causam uma desintegração do indivíduo consigo mesmo e com o seu modo de se relacionar com a sua comunidade. Assim, aumentam as situações que provocam a sobrecarga física e psíquica nos indivíduos.

O profissional de enfermagem atuando na Estratégia Saúde da Família tem possibilidade de utilizar diversas estratégias para o oferecimento do cuidado em saúde. Nesse contexto, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) vem se consolidando como uma nova tecnologia de cuidado em saúde mental, constituindo-se em instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública, a mesma não pretende substituir outros serviços de saúde, mas complementá-los, de modo a ampliar as ações preventivas e promocionais. A TCI funciona como 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 à sua complexidade, exigem a intervenção complementar do especialista (JATAI; SILVA, 2012).

Salienta-se ainda que a TCI se constitui como prática de saúde mental ainda incipiente, e que aos poucos vem se consolidando no país como mais uma estratégia de oposição ao antigo modelo de atenção as doenças mentais, promovendo dessa forma ações de atenção básica visando à prevenção de doenças mentais. Destaca-se, pois, a necessidade de se investigar essa nova prática, visando seu alicerce como estratégia de saúde mental de base comunitária.

A escolha dessa temática é referente ao estreito laço criado com a disciplina de saúde mental, aliado à paixão pela atenção primária à saúde, em ações de promoção e prevenção de doenças. Destaca-se minha inquietude em agregar, positivamente, cuidados que geralmente são

esquecidos. Além disso, a temática é relevante para nós, estudantes e profissionais de saúde e para a comunidade.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o impacto da Terapia Comunitária Integrativa em seus âmbitos de atuação, dentre as publicações existentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as contribuições da TCI na vida dos participantes, através dos estudos existentes.
- Identificar a contribuição da TCI na prevenção do sofrimento psíquico.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013).

Procurando reverter essa lógica de segregação e exclusão, foram propostos novos modelos e instituições de prestação de cuidados de saúde mental. Estes incluíam, para além da atenção individual, a atenção em grupo, oficinas terapêuticas e outras práticas que contribuíram para a edificação de práticas alternativas ao modelo prevalecente de cuidados centrados no hospital psiquiátrico. As intervenções psicossociais orientadas à reinserção social das pessoas diagnosticadas com distúrbios mentais, promovendo e apoiando a recriação das suas conexões ao mundo, tornara-se assim uma parte central da Reforma (NUNES; SIQUEIRA-SILVA,

2016). Com efeito, as mudanças advindas da reforma perpassam dimensões políticas, sociais, culturais e clínicas que, por sua vez, compõem o projeto de transformação social e subjetiva, imprescindíveis para que o campo da saúde mental não incorra no risco de deixar-se atrair pela força da burocracia e da institucionalização conservadora nos serviços substitutivos ao modelo manicomial (FIRMO; JORGE, 2015).

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi, e ainda é, construída por inúmeras biografias, histórias da vida de pessoas que, no decorrer do processo, inverteram, subverteram e vivenciaram papéis sociais em todas as esferas da sociedade brasileira. Pelas significativas experiências sociais, multiplicadas a partir da reforma psiquiátrica brasileira - esta corroborada pela promulgação da Lei Complementar nº 10.216/2001, as formas de relação entre a sociedade brasileira e a loucura estabeleceram novos significados, num processo dialético e histórico (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015).

A lei 10.216/01, da Reforma Psiquiátrica brasileira trata de pontos de fundamental importância no cuidado com o doente mental, considerando os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental; ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

Essa legislação cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos para a atenção à crise em hospitais gerais, residências terapêuticas, entre tantos outros dispositivos para a implantação de um novo modelo de atenção, que rompa com a lógica manicomial e possibilite ao louco o direito à voz e à cidadania (SCHNEIDER et al., 2013).

De acordo com a Portaria nº 336/GM de 2002, os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é a de buscar integrar o portador de sofrimento psíquico a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana desses usuários e de seus familiares (TAVARES; MUNIZ; SILVA, 2015).

A figura do doente mental foi cedendo lugar à do usuário de serviços de saúde mental, a quem eram reconhecidos direitos e capacidades idênticas às de qualquer cidadã ou cidadão normal. Mesmo que algumas situações envolvessem, ainda, o internamento, este deixou de ser considerado como resposta de primeira escolha, sendo sua utilização indicada apenas de modo limitado, seletivo e justificado (NUNES; SIQUEIRA-SILVA, 2016).

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Em todas as áreas da saúde prevalece à visão biológica, e o setor saúde ainda convive com a hegemonia do médico sobre os demais profissionais, a predominância dos avanços tecnológicos das práticas médicas e o fortalecimento da atenção secundária e terciária. Entretanto, percebe-se um tímido, porém persistente processo de mudança que pode vir a interferir em algumas dessas cristalizadas tendências. Refere-se à inserção de outras racionalidades e saberes médicos no SUS, que pode ser percebida como um questionamento das bases do complexo médicoindustrial e dos saberes científicos hegemônicos, como uma forma de valorização de saberes tradicionais, bem como uma proposta de ampliação do cuidado, da prevenção e da promoção na Atenção Básica à Saúde. Essa mudança, já vislumbrada na criação do SUS, foi reforçada, entre outras ações, pela homologação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006 (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).

O impacto da implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares pode alcançar os campos econômicos, técnico e sociopolítico, e, por isso, promover a inclusão de práticas de cuidado ocultas no discurso e na ação dominante do mercado, em cujos serviços a racionalidade biomédica é hegemônica. A soma desses fatores, aliado à ineficiência do modelo biomédico na resolução de alguns problemas de saúde, mostram-nos diversos aspectos favoráveis à institucionalização de estratégias como as Práticas Integrativas e Complementares, tais como: o reposicionamento do sujeito doente como centro da atenção à saúde, o fato da singularidade do paciente e sua totalidade biopsíquica serem levadas em consideração e a reconsideração da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Tal política incorporou e implementou experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa (acupuntura), da homeopatia, da fitoterapia, da medicina

antroposófica e do termalismo-cromoterapia (AZEVEDO; PELICIONI, 2011). Dentre elas, a Terapia Comunitária Integrativa.

As práticas integrativas e complementares podem ser definidas como um conjunto de terapias que visa à prevenção e promoção da saúde por meio de uma abordagem holística e integral do ser humano. Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), tais práticas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com base na abordagem acolhedora, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, integrando-o com o meio ambiente e a sociedade (KUBA; VATTIMO, 2015).

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta política deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2015).

A origem das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde vem de longa data. No final dos anos 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares difundiram-se em todo o mundo. No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então somente se expandiu (TELESI JUNIOR, 2016).

4.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E AÇÕES DE CUIDADO

A prática da Terapia Comunitária Integrativa surgiu em 1986, na comunidade do Pirambú, uma das maiores favelas de Fortaleza-CE, Brasil, como resposta a uma crescente demanda de indivíduos com sofrimento psíquico. É uma construção metodológica do psiquiatra, antropólogo e professor universitário Dr. Adalberto de Paula Barreto, para atender às necessidades de saúde da população da referida comunidade. Atualmente, a TCI está implantada em alguns países como França e Suíça, com alguma experiência no Uruguai e Argentina aonde vem sendo desenvolvida por enfermeiras, além de estar presente em todos os estados brasileiros (JATAI; SILVA, 2012).

A Terapia Comunitária é uma metodologia de intervenção em comunidades que busca promover saúde através da construção de vínculos solidários, da valorização das experiências de vida dos participantes, do resgate da identidade, da restauração da autoestima e da ampliação

da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

Esse instrumento se propõe a auxiliar a construção de redes solidárias e tem como alicerce cinco eixos teóricos: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e conceito de Resiliência. Esses enfoques teóricos legitimam algumas premissas e posturas adotadas pelos terapeutas comunitários, tal como o reconhecimento da importância de perceber o sujeito em seu contexto, como parte indissociável de uma rede de relações (PADILHA; OLIVEIRA, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, a Terapia Comunitária é dividida em seis etapas. São elas: 1. Acolhimento; 2. Escolha do Tema; 3. Contextualização; 4. Problematização; 5. Rituais de agregação e conotação; 6. Avaliação.

A Terapia, ainda, possui cinco regras básicas, descritas no Manual de Saúde Mental do Ministério da Saúde. São elas: 1. Respeitar quem está falando. Fazer silêncio para escutá-lo; 2. Falar da própria história, utilizando a primeira pessoa do singular (eu); 3. Cuidar para não dar aconselhamento, discursar ou dar sermões; 4. Utilizar músicas que tenham a ver com o tema escolhido, bem como piadas, histórias e provérbios relacionados; 5. Preservar segredo do que é exposto na TC.

Espera-se que a TC seja um instrumento de promoção à saúde, que ofereça um espaço comunitário para compartilhar sabedorias e experiências de vida de forma horizontal e circular⁽⁵⁾, que, ao ouvir a história do outro, cada um busque soluções e superações para seus problemas, o que tornará o processo uma ação terapêutica grupal. É importante, ainda, destacar que a TC não é apenas uma ação terapêutica, mas poderá contribuir de forma relevante para a transformação social, à medida que promover a autonomia do indivíduo e a busca do exercício da cidadania. É um instrumento de encontro e integração de pessoas, que visa a elevação da autoestima e reconhecimento de potencialidades, conscientização dos direitos humanos, construção de redes solidárias ao lidar com o sofrimento humano e não com a patologia ou doença (HORTA; CALDEIRA, 2011).

A inserção da TC no SUS atende às proposições da Política Nacional de Atenção Básica, entre elas a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização através do acolhimento, da realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários e do estabelecimento de vínculo. Responde também aos interesses da Política Nacional de Promoção da Saúde que tem como uma de suas diretrizes fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade brasileira (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

Pode-se dizer que essa abordagem se constitui numa metodologia facilitadora da autonomia, haja vista potencializar os recursos individuais e coletivos, na medida em que se apropria das qualidades e forças existentes em potência nas relações sociais. Pretende ser desta maneira um instrumento de construção de redes de apoio social. É considerada uma estratégia de apoio social ao passo em que as pessoas tendem a adoecer menos ao saberem que contam com suporte emocional contínuo, uma vez que se reúnem, socializam seus problemas, são valorizados em suas particularidades, e contam com a sensibilização do grupo (CARVALHO et al., 2013).

A TC praticada no âmbito do SUS traz inovações às práticas grupais: importa mais a experiência de vida das pessoas do que o saber técnico, todos detêm conhecimento, sem hierarquizações das relações interpessoais, sendo desejável que as pessoas compartilhem sentimentos. Nesse espaço, a identidade do terapeuta comunitário prevalece sobre a identidade do profissional de saúde, essa é a essência da proposta que pretende fortalecer vínculos e humanizar as relações entre a comunidade e os profissionais (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

Anteriormente, a TCI ao ser desenvolvida pelos profissionais do SUS se articulava como uma prática psicossocial avançada, entretanto com a Portaria 147/2017, de 13 de janeiro de 2017 ocorreu a normatização legal como Prática Integrativa e Complementar.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura.

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), o processo de revisão de literatura requer a elaboração de uma síntese pautada em diferentes tópicos, capazes de criar uma ampla compreensão sobre o conhecimento. A revisão da literatura é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é através desse processo que novas teorias surgem, bem como são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de pesquisas num assunto específico.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite

a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O processo de revisão integrativa deve seguir uma sucessão de etapas bem definidas. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), são elas:

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa. A primeira etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa. A construção deve subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas de antemão pelos pesquisadores. Assim, a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa deve ser clara e específica.

Com a pergunta de pesquisa definida, o próximo passo é a definição dos descritores ou palavras-chave, da estratégia de busca, bem como dos bancos de dados a serem utilizados.

Segunda Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. Após a escolha do tema pelo pesquisador e a formulação da pergunta de pesquisa, inicia-se a busca nas bases de dados, para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Frequentemente, a seleção de artigos inicia-se de forma mais ampla e afunila-se na medida em que o pesquisador retorna à sua questão inicial, pois o movimento de busca na literatura nem sempre é linear.

Terceira Etapa: identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados. Para a identificação dos estudos, realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não sejam suficientes para definir sua seleção, busca-se a publicação do artigo na íntegra. A partir da conclusão desse procedimento, elabora-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa.

Quarta Etapa: categorização dos estudos selecionados. A quarta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações extraídas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil. As informações coletadas dos artigos devem incluir, por exemplo: tamanho da amostra e quantidade dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de análise, a teoria ou conceitos embasadores utilizados. Para extrair as informações dos artigos, o pesquisador deve fazer uso de um instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas. Tal instrumento deve possibilitar a síntese dos artigos, salvaguardando suas diferenças.

Quinta etapa: Análise e interpretação dos resultados. Esta etapa diz respeito à discussão sobre os textos analisados na revisão integrativa. O pesquisador, guiado pelos achados, realiza a interpretação dos dados e, com isso, é capaz de levantar as lacunas de conhecimento existentes e sugerir pautas para futuras pesquisas. Para validar seu estudo, o pesquisador deve deixar claro quais as lacunas foram encontradas na literatura e quais os caminhos futuros outros pesquisadores podem adotar em suas pesquisas científicas.

Sexta Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento. A revisão deve possibilitar a replicação do estudo. Dessa forma, a revisão integrativa deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. Essa última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos.

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para seleção dos estudos serão considerados critérios de inclusão a busca de publicações indexadas na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e na biblioteca Scientific Electronic Library Online (SCIELO), através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “Saúde Mental”, “Terapia Comunitária”, “Cuidado”, em seus âmbitos de atuação dentre as publicações existentes, entre os anos de 2011 a 2017. Serão excluídos os artigos que não se enquadravam no foco desta revisão.

5.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2016 a agosto de 2017. Sendo o trabalho composto por 15 artigos que se encaixaram no tema.

5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi utilizada a Revisão Integrativa de literatura a fim de identificar as produções sobre o tema “Terapia comunitária integrativa”, “saúde mental” e “cuidado”.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inicialmente selecionados e, posteriormente analisados. A partir da filtragem foram incluídos e excluídos, conforme critérios de inclusão/exclusão: ano de publicação e temas propostos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Relação do artigos analisados por nome do artigo, autores, ano, objetivo e metodologia, 2017.

NOME	AUTORES	ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA
Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta	Danielle Samara Tavares de Oliveira; Maria de Oliveira Ferreira filha	2011	Esse estudo objetivou investigar a contribuição dos recursos culturais na Terapia Comunitária Integrativa (TCI), para consolidá-la como modelo de saúde mental comunitária e estratégia política de saúde local, e identificar as estratégias culturais mais utilizadas nas sessões de TCI.	Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, a partir de um questionário com perguntas previamente elaboradas.
Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência	José Martins Jatai; Lucilane Maria Sales da Silva	2012	Objetivou-se relatar a experiência de implantação da TCI pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, vivenciada no período de setembro de 2008 a abril de 2009, na comunidade Alto Jerusalém, em Fortaleza, Ceará, Brasil, como parte do Curso de Formação de Terapeuta Comunitário Integrativo.	Relato de experiência.
Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil.	Cristina dos Santos Padilha; Walter Ferreira de Oliveira	2012	O objetivo deste estudo foi descrever as práticas de Terapia Comunitária relatadas por 27 profissionais de saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de Santa Catarina, sul do Brasil.	Este estudo caracterizou-se como exploratório e descritivo.
Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS.	Cristina dos Santos Padilha; Walter Ferreira de Oliveira	2013	O objetivo deste estudo é descrever a representação social sobre o Terapeuta comunitário elaborada por profissionais de saúde da rede SUS.	Este estudo caracterizou-se como exploratório e descritivo
Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos.	Samilla Gonçalves de Moura; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira; Clélia Albino Simpson;	2017	Conhecer as representações sociais dos idosos concernentes à terapia comunitária integrativa (TCI).	Estudo exploratório, realizado com 273 idosos de um município no nordeste do Brasil, em 2014.

	Luiz Fernando Rangel Tura; Antônia Oliveira Silva.			
Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora	Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho; Maria Djair Dias; Francisco Arnaldo Nunes de Miranda; Maria de Oliveira Ferreira Filha	2013	O objetivo deste estudo foi analisar as contribuições da terapia comunitária integrativa considerando as mudanças de comportamentos de usuários de um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Trata-se de uma pesquisa compreensivo-interpretativa de abordagem qualitativa, onde se utilizou a história oral temática.
Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários.	Ianine Alves da Rocha; Aralinda Nogueira Pinto de Sá; Lucineide Alves Vieira Braga; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Djair Dias.	2013	O estudo tem como objetivo identificar os principais problemas apresentados pelos usuários da terapia comunitária e identificar as estratégias que utilizam no enfrentamento das situações que provocam sofrimento emocional.	Trata-se de uma pesquisa documental de caráter descritivo realizada no Município de João Pessoa na Paraíba, que teve como fonte de investigação fichas de organização das informações da Terapia Comunitária Integrativa, as quais contêm relatos descritivos das terapias realizadas no ano de 2008.

Fonte: Arquivo próprio, 2017.

Quadro 2 – Relação do artigos analisados por nome do artigo, autores, resultados e conclusão, 2017.

NOME	AUTORES	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta	Danielle Samara Tavares de Oliveira; Maria de Oliveira Ferreira filha	Evidenciou-se que a inserção dos recursos culturais contribui para a consolidação da TCI, pois resgata e fortalece valores, enaltece a identidade pessoal e social dos indivíduos, favorecendo a participação efetiva. Os principais recursos culturais utilizados foram músicas, dinâmicas e orações. Concluiu-se que os recursos culturais é um importante dispositivo para o trabalho do terapeuta, pois, fortalece vínculos, e ajuda a pessoa a ressignificar seu sofrimento.	A utilização dos recursos culturais na TCI contribui para a sua consolidação, no sentido que resgata e fortalece nossos valores, saberes, competências individuais e comunitárias, assim como também auxilia no desenvolvimento dinâmico das sessões, contribuindo para a participação e interesse das pessoas. Dessa forma pode-se dizer que os recursos culturais contribuem para o fortalecimento desta incipiente estratégia de atenção a saúde mental, possibilitando sua efetivação no âmbito da atenção primária.
Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência	José Martins Jatui; Lucilane Maria Sales da Silva	Dentre as mudanças após a prática da TCI, podemos citar: adesão da comunidade em participar das terapias comunitárias; o interesse da comunidade em revitalizar a associação comunitária; o aumento do vínculo da comunidade com os profissionais do PSF; o fortalecimento da comunidade que	Como instrumento de cuidado, a TCI demonstrou atender aos princípios norteadores do SUS, ensinando-nos a construir redes de apoio social, possibilitando mudanças sociais e reconhecendo as competências de cada ator social para contribuir na superação das

		se organizou e escolheu um representante para participar do novo Conselho local de Saúde. Além disso, observou-se o aumento em 100% do número de prevenções realizadas em nossa unidade; a garantia de acesso a alguns serviços básicos de saúde; e a diminuição da demanda reprimida daquela comunidade que não procurava os serviços de saúde.	dificuldades.
Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil.	Cristina dos Santos Padilha; Walter Ferreira de Oliveira	Tal resultado evidencia que os profissionais de saúde encontram obstáculos para fazerem articulações com as comunidades e para que a TC possa integrar ações de prevenção e promoção à saúde articuladas com outros modos de luta social. Foi também relatada a realização de grupos de TC com profissionais de saúde, como um espaço destinado ao cuidado dos cuidadores. O cuidado do cuidador é um dos módulos da capacitação em TC, bastante valorizado pelos profissionais entrevistados, que se sentiram cuidados. É possível que, a partir dessa capacitação, os profissionais de saúde tenham se sensibilizado para a necessidade de cuidar dos demais profissionais da rede, como uma forma de valorização profissional.	No entanto, as dificuldades enfrentadas para inserir essa tecnologia de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde evidenciam a desvalorização das ações educativas, ficando tais práticas, muitas vezes, delegadas ao interesse individual daqueles que persistem com esses grupos, e que sozinhos dificilmente conseguem estimular a autonomia e a conscientização das comunidades. Daí a necessidade de que a atuação do terapeuta comunitário seja estendida a uma equipe multidisciplinar, dialogue com outros dispositivos, receba o apoio das gestões dos serviços e se alie a outras políticas públicas, ampliando seu campo de ação da saúde para outros setores.
Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS.	Cristina dos Santos Padilha; Walter Ferreira de Oliveira	Os resultados revelam que existe uma representação social dos profissionais sobre o que é ser terapeuta comunitário, entendido como alguém que humaniza as relações interpessoais no setor saúde. No entanto, os profissionais da Atenção Primária são legatários de um modelo de prática grupal menos horizontalizado que os profissionais da Atenção Secundária, nesse trabalho representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	O pensamento coletivo dos profissionais participantes deste estudo aponta para o terapeuta comunitário como alguém que promove a humanização das relações interpessoais no setor saúde, não se limitando sua função ao grupo de TC, uma vez que os aprendizados advindos dessa prática são aplicados de forma mais abrangente no cotidiano de trabalho. No entanto, os profissionais da Atenção Primária são legatários de um modelo de prática grupal menos horizontalizado que os profissionais da Atenção Secundária, nesse trabalho representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Representações sociais sobre terapia comunitária	Samilla Gonçalves de Moura; Maria de Oliveira	A organização e o significado das representações de terapia comunitária integrativa ocorreram,	A análise permitiu inferir que a TCI constitui uma rede de apoio para idosos, na qual se

integrativa construídas por idosos.	Ferreira Filha; Maria Adelaide Silva Paredes; Moreira; Clélia Albino Simpson; Luiz Fernando Rangel Tura; Antônia Oliveira Silva.	principalmente, através do elemento central: Grupo.	verificam um sentimento de pertencimento a um grupo e o empoderamento dos participantes através de sua participação nas rodas.
Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora.	Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho; Maria Djair Dias; Francisco Arnaldo Nunes de Miranda; Maria de Oliveira Ferreira Filha	As histórias dos colaboradores revelaram que ocorreram mudanças significativas nos campos pessoal, profissional e comunitário, a partir da inserção deles nas rodas de terapia comunitária integrativa, pois se verificou que tal estratégia promoveu a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana.	Nessa perspectiva, o estudo evidenciou que a terapia comunitária integrativa é uma criação multidimensional complexa, que promove a interação entre seus participantes, através da fala, não como gemido ou artifício para lamentações, mas como um grito que ecoa positivamente em todas as esferas de vida do indivíduo.
Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários.	Ianine Alves da Rocha; Aralinda Nogueira Pinto de Sá; Lucineide Alves Vieira Braga; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Djair Dias.	Os resultados demonstraram que o problema mais frequente é o estresse, que a estratégia de enfrentamento mais utilizada é a espiritualidade, e que através dos discursos dos participantes é possível perceber a opinião positiva que eles têm dos encontros.	Os registros de falas mostram os efeitos dos encontros, e demonstram a importância da TCI como uma estratégia de promoção da saúde mental que auxilia o trabalho das Equipes de Saúde da Família, por permitir compreender os conflitos existentes nas famílias, traçando assim condutas com maior poder de resolutividade. Não se pode negligenciar que a TCI é um espaço onde as relações construídas transmitem apoio emocional, fortalecem vínculos, diminuem os casos de exclusão social, e instiga a capacidade resiliente individual e grupal.

Fonte: Arquivo próprio, 2017.

Diante de novas compreensões sobre o que é a saúde, e as estratégias de promovê-la, os profissionais de saúde estão sendo estimulados a reverem os conceitos e teorias que orientam sua prática, para proporcionar um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários. Sabe-se que a perspectiva do modelo biomédico hegemônico, por si só não é capaz de atender a todas as necessidades de saúde dos indivíduos, por isso a saúde deve ser compreendida sob enfoque mais amplo que envolve o biopsicossocial (OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, a carência de programas e ações voltadas para esse público evocava na sociedade uma sede de mudanças que pudessem estimular reflexões acerca dessa problemática. Dessa maneira, surge a necessidade de se criar propostas capazes de reestruturar a atenção orientada para as pessoas em adoecimento psíquico com vistas a integrá-las em seu convívio de

maneira saudável e positiva, na intenção de que o cuidado voltado a esses indivíduos possa contemplá-los numa perspectiva de reinserção pessoal, social e familiar (CARVALHO et al., 2013).

A inserção da TC no SUS responde às demandas expressas na Política Nacional de Atenção Básica, entre elas: a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) através do acolhimento, da realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários e do estabelecimento do vínculo. Responde, também, aos interesses da Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como uma de suas diretrizes fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial, a equidade e o empoderamento individual e comunitário, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil (PADILHA; OLIVEIRA, 2012).

O quadro acima apresenta os artigos utilizados nesta revisão, demonstrando um claro impacto positivo e eficácia em relação à Terapia Comunitária Integrativa em seus âmbitos de atuação no cuidado em Saúde Mental. A análise dos dados nos mostra que a TCI proporciona fortalecimento de valores, enaltecimento da identidade pessoal e social dos indivíduos, adesão da comunidade e, por consequência, aumento do vínculo da comunidade com os profissionais de saúde.

A TCI é caracterizada como um espaço de promoção de encontros, interpessoais e intercomunitários onde se procura partilhar experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, a restauração da auto-estima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais. Tem como base de sustentação o estímulo para construção de vínculos solidários e a promoção da vida. É uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção na área da saúde e ao atendimento de grupos heterogêneos através do contato face-a-face, promovendo a construção de vínculos solidários por meio de uma rede de apoio social, onde a comunidade busca resolver os problemas de forma coletiva (JATAI; SILVA, 2012).

Os artigos analisados apresentam objetivos claros e de fácil entendimento. Todos de acordo à temática descrita, tendo os objetivos iniciais cumpridos e resultados que dão uma ampla visão sobre o tema.

A Terapia Comunitária Integrativa possibilita o uso de diversos recursos como ferramentas facilitadoras em suas ações realizadas. Dentre os artigos analisados, um, em específico, relata a importância do uso de recursos culturais e lúdicos dentro das rodas de TCI. A arte possibilita uma forma de diálogo quando as palavras são incapazes de traduzir

sentimentos, principalmente por meio da música. Acolhendo, ressignificando sensações e aumentando a interação e relaxamento do grupo.

Músicas religiosas e orações são utilizadas para abençoar a pessoa que teve seu tema escolhido assim como também todas as pessoas da roda. O resgate espiritual é valorizado no encerramento da sessão, reforçando o sentimento de fé e dando as pessoas um sentido para a vida, é nesse momento que há nitidamente a construção de redes solidárias de apoio interpessoal (OLIVEIRA, 2011).

Na terapia comunitária integrativa compreendem-se em meio a uma horizontalidade do saber que todas as pessoas são aprendizes inacabados, construtores de saberes e de visões de mundo que não se sobressaem umas às outras, mas que contribuem igualmente, e na terapia comunitária integrativa os participantes ao se encontrarem no mesmo patamar de igualdade são fundamentalmente importantes em um processo de escuta e de aprendizagem, de modo que as pessoas aprendem e refletem a partir das histórias ali trazidas e em sinergia, também ensinam ao compartilharem suas histórias de vida (CARVALHO et al., 2013).

Um dos artigos estudados mostra a experiência da implantação da TCI na Estratégia de Saúde da Família. As rodas de TCI podem ser realizadas em diversos locais, sendo que os espaços mais indicados são aqueles de maior interação social da comunidade, como: escolas, igrejas, unidades de saúde da família (USF), associação de moradores, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outras. Os locais onde foram realizadas as terapias no estudo foram: Unidade de Saúde da Família (3 estudos), CAPS (2 estudos) e associação de moradores (1 estudo). Em um dos artigos foi utilizado pelos autores fichas de organização das informações da Terapia Comunitária Integrativa como fonte de investigação, as quais contém relatos descritivos das terapias realizadas na estratégia de saúde da família, por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

Os estudos, em maioria, foram desenvolvidos na região Nordeste do país, sendo a cidade de João Pessoa, PB com o número maior de publicações (4 publicações), se destacando como um polo formador de terapeutas comunitários e também com um alto índice de realização de rodas de TCI em diferentes serviços de saúde como cuidado em saúde mental. Ainda nesta região, contamos com publicações de Fortaleza, CE (1 publicação) cidade em que a TC foi criada pelo Dr Adalberto de Paula Barreto. Na região Sul, destaca-se a cidade de Santa Catarina, SC (2 publicações).

As distinções entre a TCI e as consultas terapêuticas individuais com profissionais especializados, é que nessas últimas há oferta de uma escuta profissional-usuário, porém essa intervenção pode não conseguir proporcionar o conforto de forma calorosa, reequilibrando o

indivíduo, não propiciando a união entre as pessoas e a reinserção destas a sociedade, ademais não formam um elo grupal para ajudar os indivíduos em sofrimento a suportar e a recompor os sentimentos de perda, e as dores da vida e fortalecimento de sua resiliência. Dessa forma, ambas podem ser utilizados como terapêuticas complementares na busca do equilíbrio do sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2011).

A TCI é uma tecnologia de cuidado, que tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde no enfrentamento de situações de sofrimento advindas do cotidiano. Através da terapia, estes profissionais e as pessoas da comunidade envolvidas podem compreender melhor a origem de seus problemas e desenvolver estratégias que permitem um direcionamento de ações para a promoção da saúde, conforme entendida na carta de Ottawa (1986); e melhora da qualidade de vida da população (ROCHA et al., 2013).

Referente a profissão, observa-se uma grande maioria dos autores que publicam são enfermeiros (12 autores), sendo em menor número a publicação por outros profissionais, como: psicólogos (1 autor) e fonoaudiólogos (1 autor).

Os estudos que compõem esta pesquisa tratam-se, mais frequentemente, de estudos qualitativos (2 artigos), exploratório e descritivo (2 artigos), exploratório (1 artigo), relato de experiência (1 artigo) e pesquisa documental de caráter descritivo (1 artigo).

Um dos estudos analisados nesta pesquisa mostra, em forma de relato de experiência, a implantação da TCI em um bairro de Fortaleza. Desde a forma de sensibilização da coordenação local da unidade aos demais profissionais de saúde, que ocorreu através de depoimentos dos agentes comunitários de saúde (ACS) que já haviam participado de uma roda de TCI dentro da própria unidade básica de saúde, até as estratégias adotadas para mobilização da comunidade para que participassem da TCI. A divulgação ocorria por convites informais durante consultas, visitas das ACS e cartazes fixados nas paredes da unidade. Inicialmente, poucos participavam.

A quantidade de pessoas presentes, inicialmente, era pequena. A comunidade justificava não poder ir as terapias por falta de tempo, estavam dormindo ou não tinham interesse. Muitas vezes, pensamos em desistir e mudar de local. No entanto, decidimos mudar de estratégia, na tentativa de sensibilizar mais pessoas a participar. Foi então que surgiu a ideia de oferecer as terapias durante o acesso da população a outros serviços básicos de saúde, a princípio aos exames de Papanicolau. Como a comunidade era distante da Unidade de Saúde, e na maioria das vezes as mulheres não conseguiam marcar as consultas, ao conciliar a participação da terapia com o acesso às consultas pelas mulheres, a participação das mesmas foi considerável.

E a ideia deu certo. Daí por diante a divulgação ocorreu dentro da própria comunidade através das pessoas que participavam da Terapia Comunitária Integrativa. A mobilização da comunidade em torno da participação de práticas diferenciadas, pode se dar de forma natural, mas também pode ser provocada por profissionais comprometidos com a qualidade de vida das pessoas, que incorporem em sua prática a socialização e discussão dos saberes que permeiam a área da saúde (JATAI; SILVA, 2012).

Dentre as mudanças após a prática da TCI, podemos citar: adesão da comunidade em participar das terapias comunitárias; o interesse da comunidade em revitalizar a associação comunitária; o aumento do vínculo da comunidade com os profissionais do PSF; o fortalecimento da comunidade que se organizou e escolheu um representante para participar do novo Conselho local de Saúde. Além disso, observou-se o aumento em 100% do número de prevenções realizadas em nossa unidade; a garantia de acesso a alguns serviços básicos de saúde; e a diminuição da demanda reprimida daquela comunidade que não procurava os serviços de saúde (JATAI; SILVA, 2012).

De acordo com a análise dos artigos selecionados para a discussão deste trabalho, constata-se um aumento de publicações na área da TCI, sobretudo no Nordeste brasileiro. É de grande importância a adesão de práticas terapêuticas não farmacológicas como estratégia de cuidado em saúde mental em diferentes âmbitos do SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de uma assistência à saúde que preze por um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários faz com que os profissionais sejam estimulados a buscar uma prática assistencial que proporcione esse cuidado, sob o enfoque que envolve o biopsicossocial dos sujeitos.

Através desse estudo, foi identificado que a realização da TCI como forma de cuidado em saúde mental em seus âmbitos de atuação proporciona a criação de vínculos solidários e comunitários, em um espaço de promoção de encontros onde há a partilha de experiências de vida que resulta em restauração da autoestima e da autoconfiança, favorecendo a resolução das problemáticas.

Podemos observar nas publicações a eficácia da TCI como mudanças nos hábitos de vida, fortalecimento de valores, compreensão da origem dos problemas, adesão da comunidade, aumento do vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde,

fortalecimento da comunidade, integração social dos sujeitos. Sendo oferecido um cuidado que melhora a assistência e a qualidade de vida dos participantes.

O enfermeiro foi o profissional que mais publicou sobre a TCI, de acordo com o que foi encontrado nas publicações, totalizando 12 autores. Isso pode ser justificado por ser o profissional mais próximo da comunidade, buscando intervenções não farmacológicas para a atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial, **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100018>. Acesso em: 05 dez. 2016.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação, **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 3, p. 361-78, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais, **Rev. Eletr. Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 19 mar. 2017.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 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_2001/110216.htm>. Acesso em: 31 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- CARVALHO, M. A. P.; DIAS, M. D.; MIRANDA, F. A. N.; FILHA, M. O. F. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora, **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2028-38, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000019>. Acesso em: 06 ago. 2017.

FILIPPON, J. G.; KANTORSKI, L. P.; SAEKI, T. Democracia e conquista: Saúde Mental como política pública municipal, **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 187-208, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000100187&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 ago. 2017.

FIRMO, A. A. M.; JORGE, M. S. B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade, **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 217-31, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100217&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 jul. 2017.

HORTA, A. L. M.; CALDEIRA, N. H. Terapia comunitária: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem, **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 165-71, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200002>. Acesso em: 20 ago. 2017.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência, **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 691-5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400021>. Acesso em: 06 dez. 2016.

KUBA, G.; VATTIMO, M.F.F. O uso de fitoterápicos orientais nas lesões renais: revisão integrativa, **Rev. bras. plantas med.**, v. 17, n. 4, suppl. 3, p. 1192-8, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-05722015000701192&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 de mar. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, **Texto contexto – enferm**, v. 17, n. 4, 758-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MOURA, S. G.; FILHA, M. O. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; SIMPSON, C. A.; TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos, **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2017.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica, **Estud. psicol.**, v. 21, n. 3, p. 272-81, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000300272&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 jul. 2017.

NUNES, J. A.; SIQUEIRA-SILVA, R. Dos “abismos do inconsciente” às razões da diferença: criação estética e descolonização da desrazão na Reforma Psiquiátrica Brasileira, **Sociologias**, v. 18, n. 43, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222016000300208&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 abr. 2017.

OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria, **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-54, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Terapia comunitária: prática relatada pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil, **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1069-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400016>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, W. F. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2211-2220, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ROCHA, I. A.; SÁ, A. N. P.; BRAGA, L. A. V.; FILHA, M. O. F.; DIAS, M. D. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários, **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-62, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020>. Acesso em: 05 dez 2016.

SCHNEIDER, R. D.; BUDDE, C.; FLORES, C. K.; PEREIRA, R.; TORRES, T. E. R. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira?, **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, v. 20, n. 2, p. 553-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-59702013000200553&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 31 mar 2017.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico, **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 603-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300023>. Acesso em: 05 dez. 2016.

TAVARES, C. M. M.; MUNIZ, M. P.; SILVA, T. Prioridades de investigação em saúde mental e a transformação do modelo assistencial, **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe2, p. 107-12, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100018>. Acesso em: 07 ago. 2017.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS, **Estud. av.**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ANEXOS

ANEXO A - LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant