

A Promoção da Saúde Mental no Contexto da Pandemia de COVID-19: O Acolhimento do Sofrimento por Meio da Terapia Comunitária Integrativa

Milene Zanoni da Silva^{1, 2, *}

Orcid.org/0000-0002-1177-9668

Camila Muhl³

Orcid.org/0000-0003-4054-6035

Rubia Carla Formighieri Giordani⁴

Orcid.org/0000-0001-5698-7981

Adalberto de Paula Barreto⁵

Orcid.org/0000-0003-3631-7643

¹*Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil*

²*Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa, Fortaleza, CE, Brasil*

³*Curso de Psicologia, FAE Centro Universitário, Curitiba, PR, Brasil*

⁴*Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Programa de Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

⁵*Associação Brasileira de Psiquiatria Social, Fortaleza, CE, Brasil*

Resumo

O sofrimento mental é uma das maiores consequências da pandemia de COVID-19 em termos de magnitude. Pessoas nos diversos espaços sociais e renda foram acometidas pela infecção ou pelos impactos psicossociais da pandemia em diferentes níveis. O objetivo deste artigo é problematizar o sofrimento mental enquanto problema coletivo gerado ou agravado pela pandemia de COVID-19, e que devido à sua dimensão e magnitude exige respostas integradas e amplas de saúde pública. De cunho teórico ensaístico, são analisados aspectos que devem ser considerados no panorama dos transtornos mentais e do sofrimento mental na pandemia. O foco argumentativo reside principalmente nos determinantes sociais da saúde e da saúde mental na pandemia considerando-se os recursos comunitários que podem ser acionados para o acolhimento. Inicialmente são consideradas as medidas de primeiros cuidados psicológicos em cenários de emergências coletivas em saúde. Na sequência, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é apresentada como uma estratégia de saúde mental com tecnologia leve pautada nos

* Correspondência: Milene Zanoni da Silva, Av. General Carlos Cavalcanti, 4748, 84.030-900, Ponta Grossa – PR, Brasil. milenezanoni@gmail.com.

recursos comunitários e inserida em uma perspectiva ampliada de saúde integrada às outras dimensões da vida.

Palavras-chave: terapia comunitária integrativa, pandemia, saúde mental, tecnologia leve, promoção da saúde.

The Promotion of Mental Health in the Context of the COVID-19 Pandemic: Embracing Mental Distress Through Integrative Community Therapy

Abstract

Mental distress is one of the biggest consequences of the COVID-19 pandemic in terms of magnitude. People of various social spaces and levels of income were affected by the infection or by the psychosocial impacts of the pandemic at different levels. The purpose of this paper is to problematize mental distress as a collective problem generated or aggravated by the COVID-19 pandemic, which, due to its dimension and magnitude, requires integrated and broad public health responses. In this theoretical essay, relevant social aspects in the context of mental disorders and psychic suffering in the pandemic are analyzed. The argumentative focus resides mainly on the social determinants of health and mental health in the pandemic, considering the community resources that can be used for embracing mental distress. To begin with, first aid measures in scenarios of collective health emergencies are discussed. Subsequently, the Integrative Community Therapy is presented as a mental health strategy that requires light technology based on community resources and inserted in an expanded perspective of health integrated to other dimensions of life. It is concluded that Integrative Community Therapy, in a context of social reconstruction, presents itself as an innovative resource for the promotion of mental health in public health and the rescue of hope in the context of disbelief and devaluation of life that characterized the Brazilian health crisis resulting from the COVID-19 pandemic.

Keywords: integrative community therapy, pandemics, mental health, soft technology, health promotion.

La Promoción de la Salud Mental en el Contexto de la Pandemia del COVID-19: La Acogida del Sufrimiento a Través de la Terapia Comunitaria Integrativa

Resumen

Lo sufrimiento mental es una de las mayores consecuencias de la pandemia de COVID-19 en términos de magnitud. Personas en diferentes espacios sociales e ingresos se vieron afectadas por la infección o por los impactos psicosociales de la pandemia en diferentes niveles. El propósito de este artículo es problematizar el sufrimiento mental como un problema colectivo generado o agravado por la pandemia de COVID-19, que por su dimensión y magnitud requiere respuestas integradas y amplias de salud pública. Con carácter teórico ensayístico, se analizan aspectos que deben ser considerados en el panorama de los trastornos mentales y el sufrimiento mental en la pandemia. El foco argumentativo reside principalmente en los determinantes sociales de la salud y la salud mental en la pandemia, considerando los recursos comunitarios que pueden ser utilizados para el acogimiento. En primer lugar, se consideran medidas de primeros auxilios en escenarios de emergencias de salud colectiva. A continuación, se presenta la Terapia Comunitaria Integrativa (TIC) como una estrategia de salud mental con tecnología liviana basada

en recursos comunitarios e inserta en una perspectiva ampliada de salud integrada a otras dimensiones de la vida.

Palabras-clave: terapia comunitaria integradora, pandemia, salud mental, tecnología ligera, promoción de la salud.

A pandemia de COVID-19 diferenciou-se de outras pandemias modernas pela velocidade de disseminação entre diferentes países e pelo número de pessoas infectadas em um curto período. Até setembro de 2022, globalmente foram 613.410.796 casos e 6.518.749 mortes, sendo que no Brasil, no mesmo período, já havíamos somado 685.835 mortes confirmadas devido à COVID-19, representando 10,5% dos óbitos mundiais (World Health Organization [WHO], n.d.).

Os efeitos da pandemia extrapolaram a crise sanitária e foram acompanhados de uma profunda crise econômica e social, especialmente em países pobres e países em desenvolvimento (Chancel et al., 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021). Neste sentido, o conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), o qual compreende que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais condicionam a ocorrência de problemas de saúde bem como de fatores risco à saúde da população (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS], 2008) é fundamental para compreender a complexidade do processo saúde-doença ocorrido no Brasil durante a pandemia.

A diminuição de renda e o desemprego, a insegurança alimentar, as perdas educacionais para crianças e jovens foram algumas das consequências sociais que acometeram grande parte da população (Committee on World Food Security. Food and Agriculture Organization. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. [CFS/FAO/HLPE], 2020; Prates & Barbosa, 2020; Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar [Rede PENSSAN], 2022). Somado a estes fatores, a experiência da pandemia também foi perpassada pelo estresse gerado pelos efeitos das restrições de circulação, do confinamento e distanciamento físico,

um conjunto de medidas não farmacológicas necessárias para a contenção e mitigação da COVID-19, considerada sua alta transmissibilidade comunitária e severidade da infecção. Comparativamente, por exemplo, os brasileiros tiveram níveis mais elevados de estresse peritraumático durante a pandemia do que os portugueses (Anderson et al., 2020; Antonelli-Ponti et al., 2020; Center for Disease Control and Prevention – USA, 2019; Garcia & Duarte, 2020; Qualls et al., 2017). Setores essenciais para o funcionamento da rotina e do bem-estar das pessoas foram afetados pela interrupção de conexões humanas estabelecidas por meio dos espaços do trabalho, da escola e das redes familiares. Outra ruptura importante ocorreu em estruturas vitais para o funcionamento da sociedade como a interrupção do transporte urbano, dos deslocamentos entre cidades e países, da restrição de funcionamento do comércio. Foram eventos que aliados às taxas de infecção e mortes diárias caracterizaram uma situação de calamidade que interferiu nas condições de saúde mental em especial entre os jovens e as mulheres brasileiras (Fiorillo & Gorwood, 2020; Giordani et al., 2020).

O sofrimento mental é uma das maiores consequências da pandemia de COVID-19 em termos de magnitude sendo que espera-se que nestas situações, o número de pessoas com sofrimento mental extrapolem o número de pessoas infectadas (Reardon, 2015). Pessoas nos diversos espaços sociais e níveis de renda foram acometidas pela infecção ou de várias formas pelos impactos psicossociais da pandemia. Sequelas físicas e emocionais da doença, o luto pela perda familiar e lutos não reconhecidos por outras perdas são fatores que interagem de forma sinérgica para o aumento do sofrimento.

Em 2019, mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo conviviam com a depressão, e, antes da pandemia, já havia a estimativa de que a

depressão seria a principal doença incapacitante no mundo em 2020 (WHO, 2018). Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2020) em estudo realizado em 23 estados brasileiros, demonstraram que os casos de depressão quase dobraram no início da pandemia. A ansiedade e o estresse aumentaram em torno de 80% em meio às medidas de distanciamento físico implementadas. Este estudo apontou ainda que as preocupações com a alimentação e seu desregramento estavam entre os fatores para o estresse agudo e a ansiedade (Filgueiras & Stults-Kolehmainen, 2020). De outro lado muitas reações emocionais à pandemia, ainda que negativas, como o medo por exemplo, estiveram associadas à percepção de risco e funcionaram como gatilhos para adoção de comportamentos alinhados às recomendações das autoridades sanitárias (Giordani et al., 2020, 2022).

Em situações de crises de grandes proporções, os indivíduos podem encontrar apoio em diferentes sistemas, desde esferas macrosociais até microambientes sociais como família e escola, além dos sistemas operacionais mais concretos (como luz, internet, transporte dentre outros) que são primordiais nestes momentos. Os recursos para o enfrentamento da situação podem ser acionados como capital social, econômico, cultural e psicológico, os quais constituem múltiplos sistemas de resiliência (Masten, 2013; Masten & Motti-Stefanidi, 2020).

A partir destas considerações iniciais acerca da complexidade do processo saúde doença e dos DSS envolvidos, entende-se que uma abordagem adequada do campo deve ampliar o conceito de saúde em que se considera a inter-relação entre os domínios físico, mental e espiritual. Esta definição de saúde integrativa expressa uma “abordagem que busca capacitar indivíduos, grupos sociais e comunidades a atingir formas de vida que promovam a saúde, o bem-estar, a resiliência e previnam doenças” (Witt et al., 2017, p. 135).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental compreende um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é

capaz de contribuir para sua comunidade (WHO, 2004). Considerar o sofrimento mental dentro de um contexto social e comunitário buscando otimizar recursos e capacidades provenientes da própria realidade social do indivíduo pode constituir uma ferramenta relevante de apoio no âmbito de estratégias de saúde pública.

Neste ensaio teórico, são analisados aspectos sociais relevantes no panorama dos transtornos mentais e do sofrimento mental na pandemia. O foco argumentativo do texto reside principalmente nos determinantes sociais da saúde e da saúde mental na pandemia considerando-se os recursos comunitários que podem ser acionados para o acolhimento. Assim, em um primeiro momento discutimos como as medidas de primeiros cuidados psicológicos são necessárias num cenário pandêmico, caracterizado como crise e emergência em saúde, bem como também são imprescindíveis ações de médio e longo prazo para atender aqueles que tiveram sua saúde mental impactada. Por fim, aborda-se a experiência brasileira com a Terapia Comunitária Integrativa, como uma estratégia de cuidado e promoção da saúde mental, uma tecnologia pautada nos recursos comunitários e inserida em uma perspectiva ampliada de saúde integrada às outras dimensões da vida.

Resposta em Saúde Mental e Atenção Psicossocial à uma Situação de Emergência em Saúde

A caracterização da pandemia de COVID-19 como uma emergência de saúde global aponta para as diversas camadas desse fenômeno. Pelo risco biológico imediato causado pelo contato com o vírus, as primeiras medidas de enfrentamento a pandemia foram no sentido de mitigar o contato e a infecção. As consequências para a saúde mental, causadas tanto pelo medo da contaminação ou aquelas que resultaram das medidas de proteção, em especial, o distanciamento social e as consequências econômicas resultantes da pandemia, acabaram ficando em segundo plano nas estratégias de enfrentamento (Ornell et al., 2020). Importante perceber que os

cuidados para não infecção geram rupturas nas normas sociais, culturais e nos estilos de vida de uma comunidade, assim, a tentativa de proteger as pessoas da COVID-19 pode levar a perda do apoio social que é fundamental para minimizar o sofrimento mental (Ainamani et al., 2020).

Há um consenso de que as implicações para a saúde mental deverão durar mais tempo e ter maior prevalência do que a própria pandemia (Ornell et al., 2020). Uma pesquisa realizada em Bangladesh por Islam et al. (2020), por exemplo, que buscou correlacionar a vivência da pandemia de COVID-19 com o estresse, demonstrou que 85% dos participantes apresentavam sintomas relacionados com estresse, como falta de sono, explosões de raiva e conflitos familiares. Neste contexto percebe-se a presença de fatores estressores como: longos períodos de isolamento social, medo da infecção, frustração, tédio, perdas financeiras, alterações nos planos de futuro, estigmatização daqueles que foram infectados, não ter acesso a suprimentos adequados (de subsistência ou de proteção pessoal) e informações inadequadas (Brooks et al., 2020; Islam et al., 2020).

Masten e Motti-Stefanidi (2020) caracterizam a pandemia de COVID-19 como uma situação de desastre, entendida como uma circunstância de adversidade que afeta grandes populações com potencial risco de vida. O campo da saúde mental tem se preocupado com as consequências psicológicas desse tipo de experiência e propõe uma série de medidas a serem desempenhadas tais como os Primeiros Cuidados Psicológicos (OMS et al., 2015) e as Diretrizes de Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergências Humanitárias (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007; IASC & Pan American Health Organization [PAHO], 2020). O termo Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Emergências Humanitárias (SMAPS) é utilizado para retratar todo tipo de apoio cujo objetivo é proteger ou promover o bem-estar psicossocial e prevenir ou tratar condições de saúde mental.

A necessidade de ações específicas em SMAPS vem da longa lista de reações potenciais que uma epidemia gera na população afetada

direta e indiretamente: medo de adoecer e morrer; evitar procurar estabelecimentos de saúde devido ao medo de ser infectado enquanto é atendido; medo de perder meios de subsistência; medo de ser socialmente excluído/colocado em quarentena por ser associado a doença; sentir-se vulnerável ao proteger os que ama e medo de perdê-los por causa do vírus; medo de ser separado das pessoas que ama e de cuidadores devido as normas da quarentena; e sentimentos de desamparo, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento (IASC & PAHO, 2020). Nesse sentido, a pandemia aparece como fonte de preocupação e estresse, o que exige cuidados específicos focados em saúde mental através de intervenções não biológicas (IASC, 2007).

Para colocar as ações de SMAPS em prática durante a pandemia, é preciso observar o momento em que nos encontramos, pois diferentes tipos de respostas são necessários a curto, médio e longo prazo. Segundo a OMS et al. (2015), a maioria das pessoas afetadas por uma situação de desastre se recupera razoavelmente bem com o passar do tempo, especialmente se tiveram as necessidades básicas atendidas e receberam apoio social daqueles que os cercam e/ou Primeiros Cuidados Psicológicos. No entanto, existem pessoas afetadas com reações severas ou de longa duração que precisarão de cuidados especializados se não conseguirem manter a rotina diária, apresentarem sofrimento intenso ou se representarem perigo para si e para os outros.

Para analisar esses cenários, utilizaremos a classificação do IASC (Comitê Permanente Intergências, em português). O IASC foi estabelecido em 1992 pela Assembleia Geral nas Nações Unidas, como mecanismo primário de facilitação de tomada de decisões interinstitucionais em resposta a emergências complexas e desastres naturais. O IASC é formado por líderes de uma ampla gama de organizações humanitárias participantes ou não das Nações Unidas. Este órgão argumenta que diante de uma situação de emergência em saúde precisamos de respostas mínimas, que exigem imediatez e serão implementadas na fase aguda da emergência e respostas abrangentes, que são implementadas na sequ-

ência das repostas mínimas, e vão lidar com as consequências de médio e longo prazo.

As **repostas mínimas** são definidas como repostas de alta prioridade que devem ser implementadas o mais rapidamente possível em caso de emergência e podem ser vistas como o apoio mínimo a que populações afetadas têm direito. Nosso foco neste texto, porém, será a **resposta abrangente**, por tratar-se do momento que estamos vivenciando atualmente dois anos após o início da emergência mundial em saúde causada pela COVID-19. Estas intervenções devem ser consideradas apenas quando for evidente que a grande maioria da comunidade está recebendo ou está participando da resposta mínima definida para o contexto local e são geralmente implementadas durante a fase de estabilização e no período de reconstrução após uma emergência (IASC, 2007). A necessidade da resposta abrangente vem do fato de que existem consequências a longo prazo para as comunidades atingidas por COVID-19 tais quais: deterioração das redes de apoio social, dinâmicas locais e econômicas; possíveis exaltações emocionais, sentimentos de raiva e agressão; desconfiança das autoridades e pessoas com problemas de saúde mental e pessoas que fazem uso de substâncias e que podem ter recaídas; além de outras consequências negativas pelo fato das pessoas evitarem ou não conseguirem acessar unidades de saúde (IASC & PAHO, 2020).

Se por um lado, uma emergência em saúde pode exacerbar as desigualdades dentro de uma população, impactando grandemente as pessoas que já estão em situação de vulnerabilidade, isso não significa que todos desenvolvem problemas psicológicos significativos, uma vez que, inúmeras pessoas possuem fatores protetivos em sua vida ou demonstram ter resiliência, enquanto a capacidade de lidar com situações de adversidade. Empreender esforços em saúde mental e psicossocial é fundamental para prevenir o risco de repercussão a longo prazo no bem-estar da população e melhorar sua capacidade de lidar com adversidade (IASC, 2007; IASC & PAHO, 2020; Masten, 2013).

Além da questão temporal, a resposta em SMAPS também deve ser desenvolvida em vários níveis, uma vez que as pessoas são afetadas de diferentes maneiras e acabam por necessitar de apoios diversos. Assim, é possível pensar o sistema de suporte tomando a forma de uma pirâmide, de modo que os tipos de cuidado fiquem escalonados daquele que a maior parte da população vai necessitar até aqueles que apenas um pequeno grupo irá desenvolver uma demanda. Esse modelo é apresentado pelo IASC (2007) e na base da pirâmide estão os **serviços básicos e segurança** que visam proteger o bem-estar de todas as pessoas com o restabelecimento da segurança e dos serviços de abastecimento de água, alimentação, abrigo e saúde. No nível acima está o **apoio à comunidade e às famílias** que desenvolve suas ações para aquelas pessoas que são capazes de manter a sua saúde mental e bem-estar psicossocial se tiverem acesso ao apoio comunitário e familiar, haja vista que muitas emergências em saúde interrompem esses laços. O próximo nível aciona os **apoios não especializados**, onde são acionados profissionais para fazer um cuidado individualizado através de estratégias como os primeiros cuidados psicológicos e os cuidados básicos em saúde mental ofertados pela atenção primária a saúde. No ponto mais elevado da pirâmide, estão um pequeno número de pessoas que necessitarão de **serviços especializados** com atuação em psicologia e psiquiatria, diante de um sofrimento que causa dificuldades significativas no funcionamento diário.

Com vimos, a maioria das pessoas, mesmo passando por uma situação de emergência em saúde com potencial risco de sofrimento mental, conseguem atravessar essa ocorrência sem maiores prejuízos apenas com o apoio que encontram na sua própria comunidade. Nesse sentido, o IASC (2007; IASC & PAHO, 2020) incentiva o uso dos recursos comunitários e dos laços afetivos como forma de enfrentamento a pandemia pois todas as comunidades apresentam o apoio psicossocial e os mecanismos para lidar com problemas e a resiliência ocorre de forma efetiva e natural. Ainda que uma comunidade

possa apresentar vulnerabilidades específicas, ela possui também potencialidades e saberes para enfrentar as adversidades e em quase todos os grupos de pessoas afetadas por uma crise há pessoas que são fonte de apoio psicossocial.

Ressaltamos ainda duas características das ações de SMAPS. A primeira delas diz sobre a necessidade da totalidade das intervenções serem uma abordagem para “toda a sociedade”, o que significa que ainda que existam grupos-alvo para o atendimento em saúde mental, é preciso pensar em intervenções que atendam toda a população afetada, independente do contato direto com o vírus ou não, raça, etnia, gênero, classe, idade ou afiliação. Destacamos também que a execução das intervenções em SMAPS num momento de emergência pode ser uma oportunidade para consolidar ações e fortalecer serviços de saúde mental, bem-estar e assistência social a longo prazo, utilizando a estrutura de resposta imediata que se criou e capacitando atores locais para essas ações (IASC & PAHO, 2020).

Práticas Integrativas e Complementares e a Terapia Comunitária Integrativa

Ao pensar em uma linha do tempo, a OMS, desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, em Alma Ata, já recomendava a inserção das medicinas tradicionais, complementares e integrativas (MTCI) nos sistemas de saúde, com a integração de praticantes das medicinas tradicionais treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado de equipes formais de saúde, para responder às necessidades complexas de saúde comunitária (OMS, 1978). A partir deste evento, na década de 70, as medicinas tradicionais, complementares e integrativas, aquelas definidas como diversas à racionalidade biomédica, se difundiram em todos os continentes na perspectiva de efetivar o direito à saúde, a terapêutica desejada e a promoção da saúde.

A possibilidade de aliar diferentes formas de cuidado – biomédicas ou complementares – para uma enfermidade vem da perspectiva de que o

cuidado é sempre processual e pode comportar diferentes escolhas terapêuticas (Tavares, 2017), uma vez que cada cultura produz interpretações específicas para os fenômenos de saúde e doença, naquilo que Kleinman (1978) denominou de modelos explicativos. Ainda segundo o autor, em um mesmo grupo social podemos ter a ação de arenas distintas de cuidado, tais como a arena profissional, que evoca os preceitos da biomedicina em suas ações e a arena popular, que fala dos saberes da comunidade que são transmitidos de geração para geração.

No Brasil, o movimento de implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ganhou importância e potência a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) alinhados aos princípios doutrinários de equidade e integralidade da assistência e universalidade do acesso que estavam pungentes na criação do Sistema Único de Saúde (SUS; Ministério da Saúde, 2006). Nesta Conferência foi explícita a deliberação de introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde brasileiros, o que gerou um processo de expansão e disseminação nos municípios e estados.

Apenas 16 anos depois da criação do SUS, no ano de 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovando para oferta da homeopatia, acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social (Ministério da Saúde, 2006). Em 2017 e 2018, por meio das Portarias 849/2017 e 702/2018 respectivamente, a PNPIC foi ampliada em 24 novas práticas, entre elas a terapia comunitária integrativa (TCI). Assim, hoje são 29 práticas inseridas no SUS, o que torna o Brasil um dos países com maior número de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) inseridas em seu sistema público de saúde (Savaris et al., 2019).

A partir de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. No documento “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional – 2014-2023”

são colocados como objetivos da OMS: prestar apoio para os Estados Membros a fim de aproveitar a contribuição potencial da MTCI para a saúde, o bem-estar e os cuidados de saúde centrados nas pessoas; e promover o uso seguro e eficaz da MTCI através de regulamentação e pesquisa, bem como por meio da incorporação de produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde (OMS, 2013).

Atualmente, pelo menos dez Estados brasileiros e o Distrito Federal possuem políticas de práticas integrativas em saúde constituídas por legislação própria, a citar: Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Bahia (Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde [ObservaPICS], 2021).

Em relação ao diagnóstico situacional das PICS no Brasil, no ano de 2017, o Ministério da Saúde relatou 8.200 estabelecimentos de saúde ofertando PIC, distribuídos em 54,2% municípios brasileiros (3.018), estando presentes em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2019, eram 8.430 unidades de saúde, contudo, em 2021, com o advento da pandemia, houve uma redução para 4.389 (Ministério da Saúde, 2021).

Após a publicação da PNPIC, mesmo sem indução orçamentária para implementação de tal política, o crescimento de uso e procura pelas PICS vem aumentando de forma exponencial. No Brasil, em pesquisa realizada em 2019, a prevalência de uso de PIC por brasileiros com 18 anos ou mais foi de 4,5%, sendo que as plantas medicinais e fitoterapia (2,5%) foram as mais citadas. As pessoas com maiores probabilidades de utilizar PIC foram: mulheres, pessoas com idade superior a 40 anos, com ensino superior, e residentes nas regiões Norte e Sul do Brasil (Boccolini & Boccolini, 2020). Vale lembrar que nesta pesquisa as únicas PIC estudadas foram homeopatia, acupuntura e fitoterapia e plantas medicinais. Em muitos países observa-se uma prevalência maior, como é o caso dos Estados Unidos com prevalência de utilização

de 33%, na Alemanha de 40%, em Portugal de 14% e na Malásia de 56% (ObservaPICS, 2021).

O aumento na oferta e procura por PIC por parte da população e, ao mesmo tempo, na formação nestas terapias por parte dos profissionais da saúde pode ser justificado pelas PIC serem recursos, técnicas e sistemas terapêuticos que destacam outras dimensões do sujeito e integram diferentes racionalidades em saúde. Tais compreensões envolvem visão sistêmica do mundo, da perspectiva do ser humano – concebendo sua natureza como ternária: mente, corpo e espírito (Cloninger, 2009) –, do processo saúde-doença e seus determinantes, em especial os socioculturais, cuja abordagem do cuidado é mais humanizada, pautada em histórias de vida e não apenas com foco na doença ou disfunção – aspectos estes atualmente fundantes da Medicina e Saúde Integrativa.

A saúde integrativa pode ser considerada a área do conhecimento que traz a integralidade do ser humano e do cuidado, compreendendo as interfaces de saúde com qualidade de vida, bem-estar e felicidade. Este campo é focado na pessoa em seu todo, é fundamentado em evidências e faz uso de todas as abordagens terapêuticas e de estilo de vida adequadas, profissionais e disciplinas para se obter o melhor resultado em saúde e de cura (Witt et al., 2017).

Outro ponto interessante das PIC é o uso de tecnologias leves e leves-duras, que são pautadas conceitualmente em inter-relações e nas conexões estabelecidas na relação entre profissional da saúde e usuário, que estimula modos de produção de saúde mais autônomos e com foco no autocuidado para a promoção da saúde. Os saberes acionados para orientar o processo de produção da saúde mental são gerados no próprio trabalho vivo em ato. As tecnologias leves são tipos de tecnologias relativas à dimensão relacional envolvida na produção do cuidado e que englobam a subjetividade e interação dos relacionamentos sociais (Minayo, 2011; Merhy, 2014). Como por exemplo pode-se citar o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, a responsabilização e a autonomia. Já as ações humanas objetivadas por meio das tecnologias leves-duras englobam

os saberes agrupados orientadores da prática em áreas de conhecimento específicas tais quais os protocolos e as normas (Merhy, 2014).

Questões que estão sendo apresentadas nesta produção científica tem estimulado, neste momento histórico de pandemia pela COVID-19, que ocorreram na *The Lancet Planetary Health*, sobre a Declaração de São Paulo para a Saúde Planetária (Myers et al., 2021) além do artigo “*Reimagining mental health systems post COVID-19*” (Belkin et al., 2021). Ambos documentos abordam claramente a necessidade dos sistemas de saúde focarem na promoção da saúde socioemocional de comunidades, nos países se comprometerem à elaboração e implantação de políticas centradas no bem-estar de modo a fomentar práticas de saúde para além dos velhos hábitos focados no modelo biomédico – medicalização, especialização, biologicismo e tecnicismo – para um outro paradigma que incorpore conhecimentos populares e tradicionais, bem como soluções e serviços comunitários, pautados na saúde integral além da prática clínica.

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em maio de 2020, na Recomendação 41/2020, indicou ações sobre o uso de práticas integrativas e complementares durante a pandemia da COVID-19 a fim de manejar o estresse, sofrimento e as doenças geradas ou intensificadas pelo isolamento social, uso de máscaras, *home office*, *homeschooling*, *zoom fatigue*, desemprego, contextos de medo e insegurança e perdas emocionais (CNS).

A pesquisa “Uso de Práticas Integrativas e Complementares no contexto da COVID-19 – PICCovid” realizada com 12.136 pessoas, em 2020, identificou que 61,7% dos entrevistados relataram adotar alguma prática integrativa para cuidar de si, sendo 25% deles usuários de quatro ou mais modalidades. As PIC mais citadas pelos entrevistados na pesquisa PICCovid foram meditação e plantas medicinais/ fitoterapia (28,2%), seguidas pelo reiki (21,6%), aromaterapia (16,4%) e homeopatia (14,5%). A terapia comunitária integrativa, nesta pesquisa, encontrou 2,2% de acesso da população pesquisada (ObservaPICS, 2021).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

Entre as PIC aprovadas pelo SUS, destaca-se no campo da saúde mental a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). A Terapia Comunitária Integrativa é uma prática genuinamente brasileira, que nasceu no Ceará em 1987, pelo trabalho coletivo do psiquiatra, teólogo, antropólogo e professor Adalberto de Paula Barreto e o advogado Airton Barreto, com a necessidade em lidar com os sofrimentos e angústias das pessoas que eram atendidas no Centro de Direitos Humanos da Comunidade do Pirambú, a maior comunidade de Fortaleza. O surgimento desta nova prática acompanhou as discussões nacionais sobre a necessidade da Reforma Psiquiátrica e de compreender o sofrimento psíquico sob um novo paradigma (Barreto & Camarotti, 2021).

A TCI é uma estratégia de cuidado de base sistêmica realizada em grupo, de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando o resgate da identidade, a restauração da autoestima 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 a construção de vínculos solidários e promoção da vida.

A TCI é considerada uma tecnologia leve e prática inovadora para acolher o sofrimento mental na comunidade pela partilha de experiências de vida. A intervenção se dá nas diversas redes que compõem o sistema de relações humanas, incluindo a família, os vizinhos, os amigos, o ambiente para apoiar os indivíduos e as comunidades mais vulneráveis. A TCI não se define como um processo psicoterapêutico, mas, sim, como um ato terapêutico de grupo em qualquer contexto e ciclos de vida. A TCI fundamenta-se em cinco pilares norteadores: o pensamento sistêmico com Ludwing von Bertalanffy, a pragmática da comunicação humana com Watzlawick e colaboradores, a antropologia cultural com Darcy Ribeiro, a pedagogia de Paulo Freire, e a resiliência com Boris Cirulnik.

Na perspectiva da epistemologia da TCI, o pensamento sistêmico é fundamentado no referencial da Teoria Geral dos Sistemas, de Ludwing von Bertalanffy. O autor traz o processo de mudança paradigmática do mecanicismo para modelos ecossistêmicos, em que se reforça a ideia que, ao pensar saúde e cuidado, o sujeito precisa ser compreendido em seu contexto e relações, de que os fatos não são lineares e previsíveis e de que o terapeuta comunitário e a comunidade fazem parte do sistema no qual interagem e se vinculam, que é o espaço das rodas de terapia comunitária (von Bertalanffy, 2006).

O referencial do pensamento sistêmico no contexto da TCI traz a concepção de que sistemas humanos formados por pessoas em interação permanente de modo que o comportamento de um membro afeta e, ao mesmo tempo, é afetado pelo comportamento do outro, do grupo e da comunidade (von Bertalanffy, 2006). Logo, o problema, independente da sua origem, deve ser visto em um contexto ampliado, compreendendo como parte do problema todos os envolvidos na situação e não apenas o membro problemático. A pessoa é parte integrante de uma rede inter-relacional – de causalidade interdependente – ou seja, quando uma pessoa tem um problema também tem a solução dentro de si, sendo capaz de resolver de forma satisfatória seus dilemas e conflitos. Esse princípio se conecta com a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, com o seu princípio da tendência atualizante, enquanto o impulso individual para o crescimento, saúde e ajustamento, que permitirá que a pessoa se desenvolva e possa lidar com o problema presente, e com os posteriores, de uma maneira mais integrada (Rogers, 1986).

Os princípios da teoria da Comunicação de Watzlawick e colaboradores (1973) destacam que a comunicação é um elemento que une socialmente os indivíduos e que todo comportamento tem poder de comunicação verbal e não verbal. Essa teoria se articula ao provérbio popular brasileiro frequentemente compartilhado nas rodas de TCI: “quando a boca cala, os órgãos falam”. Na linguagem falada oriunda da cultura popular, seu sentido

representa que a doença física e mental traz a linguagem simbólica do ser, indicando que há um desequilíbrio que precisa ser visto e ser compreendido para que se alcancem níveis mais altos de consciência sobre si, seu corpo e seu processo de cuidado em saúde. Na sequência do adágio “mas quando a boca fala, os órgãos saram”, traz a o uso da palavra como um remédio potente para a promoção da saúde integral.

Na TCI, o pilar da *Antropologia vem com conceito de identidade cultural de Darcy Ribeiro*. A diversidade cultural é um elemento de referência fundamental na identidade individual e coletiva, e é a partir dessa referência que os indivíduos se encontram, se aceitam e assumem sua identidade (Ribeiro, 2022). O cerne da TCI é legitimar os conhecimentos que culturalmente foram sendo construídos nas famílias e comunidades (Freire, 2006a, 2006b), em especial, os saberes da própria história de vida que foram se constituindo a partir do enfrentamento/superação das dificuldades, transformando carências em competências – princípio da resiliência (Cyrulnik, 1999).

Cyrulnik coloca que o processo psicocomportamental do indivíduo resiliente é cultivado e germinado no ambiente/interação social e inteligência coletiva, em prol de metabolização do evento negativo e potencialização de capacidades solidárias em direção à reconstrução (Cyrulnik, 1999). Para além de legitimar as sabedorias intergeracionais, a TCI promove espaços de escuta acolhedora, em que esses saberes serão compartilhados em grupo, assumindo que todas as pessoas têm experiências a trocar, aprendendo e ensinando (Freire, 2006a, 2006b). Esta práxis é libertadora, emancipa e traz sentido para vida, no sentido freireano (Barreto, 2010).

As rodas de TCI são espaços pulsantes para a promoção da resiliência e resgate da esperança, na medida que a partilha de situações de estresse, abandono, isolamento, ansiedade, angústia, crises e conflitos ressoam afetivamente na história de vida de seus participantes, impulsionando descobertas de potenciais até ali mantidos latentes, capaz de transformar as adversidades da vida em auto-organização

(Barreto, 2010; Cyrulnik, 1999; von Bertalanffy, 2006).

A Metodologia da TCI

No contexto da metodologia das rodas de TCI, só podem ser realizadas por terapeutas comunitários em formação ou formados por Polos de Formação reconhecidos pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM). Os encontros de TCI funcionam normalmente com um terapeuta e um co-terapeuta a fim de garantir a condução adequada e exitosa da roda. O público atendido é acionado em diversos cenários como Unidades Básicas de Saúde, unidades hospitalares, universidades, escolas, entre outros, com o objetivo de prevenção e promoção em saúde, reabilitação e educação em saúde (Azevedo et al., 2013).

O passo a passo da TCI consiste nas seguintes etapas: acolhimento, escolha da inquietação, contextualização, partilha da experiência finalização e apreciação da condução da TCI (Barreto, 2010). As etapas são processuais e progressivas, tornando cada roda um encontro com começo, meio e fim (Reis, 2017). Cada etapa contempla um fazer com características e objetivos específicos e são as mesmas considerando a modalidade presencial ou virtual.

Acolhimento

É a essência da terapia comunitária, trabalha-se o processo de inclusão e pertencimento, é o momento de dar boas-vindas e dar espaço para a alegria da copresença. Ocorre de modo cuidadoso preservando-se alguns elementos estruturantes como a socialização das regras, apresenta-se a equipe de terapeutas, o que é a TCI em linguagem simples e direta. Oferecendo-se um momento agradável, que inclui músicas e dinâmicas corporais para descontração, evitando-se falas intelectualizadas e divorciadas de emoções, atribui-se um espaço de partilha das inquietações e superações de cada participante.

Na etapa do acolhimento, os acordos para a realização das rodas são explicados. São eles:

(a) escuta ativa, com o silêncio dos participantes durante a fala do outro; (b) As narrativas acerca das inquietações devem ocorrer em primeira pessoa; é o “eu” quem fala; (c) São evitados aconselhamentos, julgamentos e juízos de valor, análise das situações; (d) O suporte cultural por meio de músicas, versos, poemas ou provérbios relacionados ao tema da roda, pode ser acionado a qualquer momento com a finalidade de representar, acolher e estimular o outro.

Escolha da Inquietação

A próxima etapa é a escolha da inquietação onde o terapeuta inicia perguntando sobre o motivo da presença de cada um e quais os sofrimentos que estão incomodando as (os) participantes na ocasião. O terapeuta procura estimular a importância de falar, de compartilhar a angústia, usufruindo dos provérbios culturais para facilitar sua comunicação. Na roda, focam-se as emoções e não os problemas ou o “*fato em si*”. A partir do compartilhamento, é solicitado ao grupo eleger dentre os relatos aqueles aos quais mais se identificam. Após votação, fica definida apenas uma inquietação para ser trabalhada naquela roda.

Contextualização

Nesta fase as pessoas podem fazer perguntas para compreender melhor a inquietação mais votada. É um momento de estímulo à reflexão do protagonista e, por analogia entre histórias, por reconhecimento e identificação com a experiência, pode-se também gerar reflexão em outros participantes.

Partilha de Experiências

Após a contextualização, o protagonista fica em *stand by* e o grupo inicia a partilha de experiências. O terapeuta comunitário lança uma pergunta, o mote que vai permitir a reflexão do grupo – *:Quem já viveu algo parecido e o que fez para superar?* Então, o protagonista que originalmente lançou e compartilhou um problema recebe outras ou novas possibilidades de manejo do sofrimento, além de capital social

e afetivo para seu fortalecimento e equilíbrio. A partilha de experiências permite identificar os recursos locais desconhecidos e fomenta a formação de redes de apoio social.

Finalização

No encerramento se realizam rituais de agregação com conotação positiva e com o terapeuta agradecendo a presença. Este momento pode ser criativo com a utilização de dinâmicas que as pessoas expressem afetividade, segurança, acolhimento, compreensão, entre outros.

Apreciação

Após o término da roda de TCI, é realizada apreciação entre os terapeutas para avaliar os resultados.

Pesquisa realizada por Azevedo et al. (2013), que revisou pesquisas e publicações científicas sobre a Terapia Comunitária Integrativa, demonstrou como esta metodologia foi eficaz como uma prática promotora de saúde e integralidade, e que está de acordo com os preceitos de cuidado da estratégia de saúde da família, dentro do contexto da saúde pública brasileira.

Participação Popular no Cuidado em Saúde

O Ministério da Saúde (2013) classifica a TCI como uma abordagem psicossocial avançada de cuidado em saúde mental que, a partir da partilha de aprendizados e saberes populares de forma horizontal e circular promove o empoderamento do indivíduo alicerçado na escuta empática da história de vida do outro. Em uma roda de TCI, cria-se um contexto de respeito e amorosidade (no sentido freireano), no qual a palavra é um importante recurso de transformação para quem fala e para quem ouve (Barreto, 2010). Na TCI, o sofrimento é acolhido pela rede social de apoio a qual é sustentada pelos capitais culturais da comunidade e pela inteligência coletiva.

Este recurso terapêutico permite que se amplie o acolhimento e a escuta do sofrimento en-

quanto uma experiência socialmente produzida e compartilhada. A Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) que atualmente rege a Rede de Atenção Psicossocial bem como as normativas que definem a ação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no país (Lei nº 10216, 2001), definem que há diferentes graus de severidade em relação ao sofrimento mental e que cada quadro exige um tipo de cuidado e serviço distinto a ser acionado. Para os casos considerados graves, severos e crônicos, o caminho de atenção se dirige aos serviços especializados, como os CAPS e em suas diversas modalidades (transtorno mental, álcool e drogas, infantojuvenil). Todavia, existem casos de sofrimento mental que não exigem um cuidado intensivo e que devem ser acompanhados na Atenção Básica, sendo a TCI uma ferramenta que pode ser acionada nessa situação haja vista suas características de ser um modelo popular de promoção de saúde, focado nas redes de apoio e na inclusão social sustentado por recursos locais e atores sociais de referência comunitária, como agentes comunitários de saúde e lideranças sociais envolvidas em cuidados em saúde.

Ao se tratar de sistemas de saúde, a implantação da TCI no SUS e na Estratégia Saúde da Família foi um movimento importante de mudança de uma política assistencialista e “curativa” para uma política de participação colaborativa e de reestruturação das redes de atenção à saúde com foco no desenvolvimento socioemocional das comunidades (Cezário et al., 2015).

A inserção da TCI na Estratégia de Saúde da Família reduziu substancialmente os encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental, de casos cuja gravidade não justificava esse encaminhamento, considerando que as demandas apresentadas nas rodas são resolvidas nesta instância comunitária ou mesmo entre as pessoas que delas participam, indo ao encontro as premissas da Atenção Básica de prevenir agravamentos em saúde (Silva et al., 2020).

Em 2006, o projeto “Impacto da Terapia Comunitária como um recurso de prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas” – parceria entre Universidade Federal do Ceará, Secretaria

Nacional de Políticas sobre Drogas e o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária – Ceará (UFC/SENAD/MISMEC-CE) – identificou em 12 mil pessoas que suas inquietações principais eram estresse e emoções negativas (26,7%) e problemas familiares (19,7%). Neste projeto, verificou-se que a grande parte das pessoas (88,5%) conseguiram enfrentar seus sofrimentos e conflitos durante a participação nas rodas de TCI, sem necessitar de encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (Barreto, 2010).

Em experiência semelhante no município de Santa Terezinha de Itaipu (PR), a TCI foi implementada como porta de entrada para os usuários na Atenção Primária em Saúde (APS), o que possibilitou que a maioria dos indivíduos com baixo risco em saúde mental fosse acolhido e acompanhado por meio deste recurso. Observou-se o controle da demanda reprimida e fim da fila de espera para Psicologia e Psiquiatria em Unidades Básicas de Saúde, e implicando em aumento significativo da resolutividade na Atenção Básica em Saúde Mental (Correa, 2015).

Atualmente, na Atenção Básica, a TCI vem despontando como uma das PICS mais realizadas no Brasil. Em 2018, estava em 4º lugar, só ficando atrás de práticas mais difundidas como práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (16,6%), plantas medicinais e fitoterapia (14,9%) e acupuntura (12,7%) (Tesser et al., 2018).

Trabalhos como de Igeski apontam que características da TCI favorecem a promoção da saúde mental na medida em que o recurso de atenção solidária impacta positivamente na estima de si, por meio dos vínculos afetivos construídos e fortalecidos bem como no sentimento de valorização pessoal em sua singularidade emocional (Igeski et al., 2020).

Portanto, o fato de ser uma prática coletiva que incorpora a visão dos determinantes sociais da saúde e usufrui recursos culturais locais, revela a TCI como uma estratégia custo-efetiva potente para as políticas públicas, que vai na contramão do paradigma biomédico intervencionista de patologização e medicalização, por vezes iatrogênico.

Ressalta-se ainda a potencial replicabilidade da Terapia Comunitária Integrativa, a sustentabilidade social e a inovação tecnológica que a mesma representa no cuidado social em saúde podendo ser implementada em diferentes cenários e populações, como pode ser constatado no momento pandêmico por COVID-19. A TCI foi sistematizada no Ceará e em mais de 30 anos tem-se mais de 30 mil terapeutas comunitários (Reis, 2017), 58 Polos de Formação e de Cuidado no Brasil, América Latina, Europa e África. Esta expansão provocou a internacionalização desta prática em quatro continentes (Américas, Europa, Oceania e África) (Ruiz et al., 2021). Atualmente a TCI já está presente em dezenas de países, como Chile, Paraguai, Argentina, México, Moçambique, Itália, França e Tailândia (Ruiz et al., 2021). Tem sido empregada como recurso de mobilização e resolução de inquietações em diferentes contextos além da saúde, como na educação, justiça, assistência social, direitos humanos, segurança pública, artes, cultura, e com diferentes populações tais como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com transtornos mentais, professores, e profissionais da saúde (Igeski et al., 2020).

No contexto da pandemia de COVID-19, as rodas de TCI que sempre foram realizadas de forma presencial precisaram ser reinventadas para ter continuidade – seu *modus operandi* se adaptou e os espaços de interação se tornaram mediadas por telas de computador, por meio de plataforma de webconferência, com o intuito de reduzir o impacto do confinamento social e da solidão. As rodas virtuais iniciaram junto com os primeiros casos no Brasil sendo divulgadas nas redes sociais e institucionais, e rapidamente propagaram por diversas partes do país e da América Latina (Barreto, Silva et al., 2020). Essa experiência nasceu de parceria da ABRATECOM juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria Social (APSBRA), o Departamento de Saúde Mental Comunitária da Associação Mundial de Psiquiatria Social e apoiada pelo Ministério da Saúde, Observatório Nacional de Saberes Tradicionais, Complementares e Integrativos (ObservaPICS) e pelo Con-

sórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) (Barreto, Silva et al., 2020).

Em março de 2020, no início da quarentena no Brasil, já estavam sendo realizadas mais de 100 rodas mensais de TCI, em cinco línguas (português, inglês, espanhol, francês e italiano), com envolvimento de centenas de terapeutas comunitárias (os) e extensa colaboração dos Polos de Formação e de Cuidado do Brasil, América Latina e Europa (Barreto, Ferreira et al., 2020).

Durante os meses de março/2020 a setembro/2022 a realização de mais de 3000 rodas de TCI online, com a participação de milhares de pessoas têm sido acolhidas em suas demandas socioemocionais que envolvem estresse, perdas físicas e simbólicas, solidão, medo, ansiedade, saudade, conflitos familiares, sentimentos de impotência e frustração. Entre as mais de 20 nacionalidades que acompanham as rodas virtuais destaca-se Peru, República Dominicana, Chile, Argentina, Equador, Colômbia, Itália, França, Bélgica, Ucrânia, Suíça, Estados Unidos, Guiné Bissau, Ucrânia (Ruiz et al., 2021).

A publicação “*Integrative Community Therapy in the Time of the New Coronavirus Pandemic in Brazil and Latin America*”, Barreto, Ferreira e colaboradores evidenciaram que as emoções, a dor e o sofrimento experimentados na pandemia e compartilhadas nas rodas *on-line* replicaram-se através e para além das fronteiras, das culturas e das línguas. No contexto pandêmico, a TCI *on-line* tornou-se uma potente rede de apoio de resgate da esperança, do compartilhamento acerca do sentido da vida, da morte e dos sofrimentos. Estimulou socialmente carências e perdas a se transformarem em competências coletivas na lida com o mundo fortalecendo a resiliência comunitária (Barreto, Ferreira et al., 2020).

Finalmente, destaca-se o aspecto fundamental do recurso que se ancora nas capacidades e potencialidades de atores sociais locais assegurando replicabilidade e sustentabilidade à TCI e perpassa pelo senso de pertencimento dos atores que fazem parte da rede de terapeutas, potencializando o trabalho colaborativo, articulações in-

tersetoriais com parcerias institucionais públicas e privadas. Na TCI, o termo comunidade faz sentido trazendo a força viva e pujante do coletivo, apoiado por princípios de empatia e inclusão que fomentam emoções e conexões que favorecem o manejo do sofrimento e melhoria do bem-estar das pessoas.

Conclusão

Como já vimos anteriormente, uma emergência em saúde irá demandar diferentes tipos de respostas levando em consideração a duração e as necessidades individuais. Nesse texto, buscamos apresentar uma alternativa de cuidado a pandemia de COVID-19 que pode ser acionado de forma muito rápida e dar conta dos níveis de Apoio às Comunidades e às Família e de Apoios Não Especializados, do modelo de pirâmide de respostas abrangentes do IASC (2007). Desse modo, faz-se necessário, identificar as pessoas que se beneficiarão da Terapia Comunitária Integrativa, pois suas demandas estão relacionadas às interações sociais e ao pertencimento à comunidade, e assim, uma ação de promoção de saúde mental em nível de Atenção Básica, como as Práticas Integrativas e Complementares se mostram adequadas. Todavia, existe o nível mais alto da pirâmide, em que um número pequeno de pessoas irá necessitar de cuidado especializado, particularmente aqueles ofertados por serviços de saúde mental e profissionais de psicologia e psiquiatria, sendo necessário identificar estes casos para que eles recebam o atendimento nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.

Falando especificamente da mobilização da TCI como uma resposta aos prejuízos a saúde mental advindos da pandemia de COVID-19 no Brasil enquanto um recurso de cuidado e fator de produção de saúde mental, salientamos a rápida adaptação da metodologia para o formato online e a disponibilização de encontros para todo o território nacional, alcançando um grande número de pessoas que não estavam recebendo cuidados em atenção psicossocial e saúde mental.

Contudo, apontamos como limitação para esse tipo de prática o fato de que as participantes precisavam ter acesso a equipamentos eletrônicos, internet e conhecimento para operar esses sistemas, o que pode ter afastado pessoas que não possuem os meios materiais ou culturais para este acesso. Essa limitação reflete um cenário mais amplo, como a utilização de telemedicina pelos sistemas de saúde e que também não conseguiram alcançar todas as pessoas.

Salienta-se ainda a demanda por estudos de intervenção, custo-benefício e custo-efetividade desta tecnologia para oferecerem aos gestores evidências para a tomada de decisão.

Finalmente, destaca-se que a Terapia Comunitária Integrativa, em um contexto de reconstrução social, apresenta-se como um recurso inovador para a promoção da saúde mental em saúde pública. Como uma tecnologia social leve, e que agrega capital social, cultural e humano que pode ser acionado na própria comunidade, a TCI pode oferecer apoio complementando outros sistemas constituintes da resiliência. Poder acionar recursos como este é fundamental para o resgate da esperança em um contexto de descrença e desvalorização da vida que caracterizou a crise sanitária brasileira resultante da pandemia de COVID-19.

A política neoliberal do Estado mínimo adotada no Brasil implica na desestruturação das políticas sociais, incluindo o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e as Políticas de Saúde Mental. Neste contexto, a Terapia Comunitária Integrativa, uma PIC de abordagem grupal genuinamente brasileira, se consolida como uma ferramenta de cuidado em saúde mental, de cidadania, de construção de vínculos que efetiva o direito e acesso à saúde à população, em especial pelos mais vulneráveis socialmente.

Contribuição dos autores

Milene Zanoni da Silva, Camila Muhl, Rubia Carla Formighieri Giordani: atuaram na idealização e concepção do artigo, definição de referencial teórico, redação e revisão da versão final submetida.

Adalberto de Paula Barreto: atuou na definição de referencial teórico e revisão da versão final submetida.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Referências

- Ainamani, H. E., Gumisiriza, N., & Rukundo, G. Z. (2020). Mental health problems related to COVID-19: A Call for psychosocial interventions in Uganda. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000670>
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Antonelli-Ponti, M., Cardoso, F., Pinto, C., & Silva, J. A. da. (2020). Efeitos da pandemia de Covid-19 no Brasil e em Portugal: Estresse peritraumático [Número especial]. *Psicologia em Pesquisa*, 14, 239-259. <https://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.32262>
- Azevedo, E. B. de, Cordeiro, R. C., Costa, L. de F. P., Guerra, C. de S., Ferreira, M. de O., Filha, & Dias, M. D. (2013). Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 15(3). <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6333>
- Barreto, A. de P. (2010). *Terapia Comunitária: Passo a passo* (4ª ed., Vol. 1). LCR.
- Barreto, A. de P., & Camarotti, H. (2021). Integrative Community Therapy. In S. O. Okpaku (Ed.), *Innovations in global mental health* (pp. 1081-1100). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57296-9_110
- Barreto, A. de P., Silva, M. Z. da, Horta, L. de M., Ferreira, M. de O., Filha, Dias, M. D., & Svoboda, W. K. (2020). *Terapia comunitária integrativa: Cuidando da saúde mental em tempos de crise*.
- Barreto, A. de P., Ferreira, M. de O., Filha, Silva, M. da, & Di Nicola, V. (2020). Integrative

- community therapy in the time of the new coronavirus pandemic in Brazil and Latin America. *World Social Psychiatry*, 2(2). https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_46_20
- Belkin, G., Appleton, S., & Langlois, K. (2021). Reimagining mental health systems post COVID-19. *The Lancet Planetary Health*, 5(4), E181-E182. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00037-1)
- Boccolini, P. de M. M., & Boccolini, C. S. (2020). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use in Brazil. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-020-2842-8>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Center for Disease Control and Prevention – USA. (2019). *Implementation of mitigation strategies for communities with local Covid-19 transmission*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community-mitigation-strategy.pdf>
- Cezário, P. F. O., Araújo, L. L. de, Pereira, T. L. B., Teixeira, O. F. B., Abrantes, A. W. B., Andrade, E. de S., Almeida, N. G., Sobreira, M. V. S., Moraes, J. S. D., Cezário, P. O., Feitosa, A. do N. A., Freitas, A. E. de O. M., Moreira, S. C. de A. A., Neves, F. K. E., & Vêras, G. C. B. (2015). Integrative Community Therapy and its benefits for primary care: an integrative review. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/1866>
- Chancel, L., Piketti, T., Saez, E., & Zucman, G. (Coords.). (2021). *World Inequality Report 2022*.
- Cloninger, C. R. (2009). Evolution of human brain functions: The functional structure of human consciousness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(11). <https://doi.org/10.1080/00048670903270506>
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*.
- Committee on World Food Security. Food and Agriculture Organization. High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. (2020). *Impacts of COVID-19 on food security and nutrition: Developing effective policy responses to address the hunger and malnutrition pandemic*. <https://www.fao.org/3/cb1000en/cb1000en.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Recomendações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia da Covid-19*. <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/>
- Correa, R. (2015). *Uma análise estratégica do processo de implementação da rede de Atenção em saúde mental no município de Santa Terezinha de ITAIPU: As rodas de terapia comunitária integrativa como um instrumento de educação permanente em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Filgueiras, A., & Stults-Kolehmainen, M. (2020). The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to COVID-19. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3566245>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Freire, P. (2006a). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (33ª ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2006b). *Pedagogia do oprimido* (44ª ed.). Paz e Terra.
- Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>
- Giordani, R. C. F., Giolo, S., Silva, M. Z. da, & Muhl, C. (2020). Fear of COVID-19 scale: Assessing fear of the coronavirus pandemic in Brazil. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105320982035>
- Giordani, R. C. F., Giolo, S. R., Silva, M. Z. da, & Muhl, C. (2022). Risk perception of COVID-19: Susceptibility and severity perceived by the Brazilian population. *Journal*

- of Health Psychology*, 27(6). <https://doi.org/10.1177/13591053211044536>
- Igeski, T. P. Z., Silva, L. P. da, Silva, D. B. da, & Silva, M. Z. da. (2020). Análise da efetividade da Terapia Comunitária Integrativa na saúde biopsicossocial de diferentes populações: Uma revisão integrativa [Número especial]. *Temas Em Educação e Saúde*, 16(1). <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.13737>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias*.
- Inter-Agency Standing Committee, & Pan American Health Organization. (2020). *Guia preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19 Versão 1.5*.
- Islam, S. M. D. U., Bodrud-Doza, M., Khan, R. M., Haque, M. A., & Mamun, M. A. (2020). Exploring COVID-19 stress and its factors in Bangladesh: A perception-based study. *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04399>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine. Part B Medical Anthropology*. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*.
- Masten, A. S. (2013). Risk and resilience in development. In P. D. Zelazo (Ed.), *The Oxford handbook of developmental psychology: Vol. 2*. (pp. 579–607). Oxford University Press.
- Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem resilience for children and youth in disaster: Reflections in the context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*, 1(2). <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w>
- Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (4ª ed.). Hucitec.
- Minayo, M. C. de S. (2011). A ação humana como determinante para a efetividade dos tratamentos de saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 6(7). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800001>
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* – PNPIC-SUS. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2021). *Produção de PICS na APS no Brasil em 2021*. <https://sisab.saude.gov.br/>
- Myers, S. S., Pivor, J. I., & Saraiva, A. M. (2021). The São Paulo Declaration on planetary health. *The Lancet*, 398(10308). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02181-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02181-4)
- Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde. (2021, abril). *Práticas integrativas presentes na rotina de norte a sul do país*. <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/boletim-evidencias-n7-observapics.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Organização Mundial da Saúde. (1978). *Conferência de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=7fa5e1fe9863475_cfbebd452320ccc36?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation, & Visão Global internacional. (2015). *Primeiros cuidados psicológicos: Guia para trabalhadores de campo*.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Prates, I., & Barbosa, R. J. (2020). The impact of COVID-19 in Brazil: Labour market and social

- protection responses. *Indian Journal of Labour Economics*. <https://doi.org/10.1007/s41027-020-00252-3>
- Qualls, N., Levitt, A., Kanade, N., Wright-Jegede, N., Dopson, S., Biggerstaff, M., Reed, C., & Uzicanin, A. (2017). Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza - United States, 2017. *MMWR Recommendations and Reports*. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>
- Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/519013a>
- Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. (2022). *II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN : Relatório final*.
- Reis, M. L. de A. (2017). *Quando me encontrei voei: O significado da capacitação em Terapia Comunitária Integrativa* (Vol. 1). CAIFCOM.
- Ribeiro, D. (2022). *O povo brasileiro: A formação e o sentido do Brasil*. Global.
- Rogers, C. (1986). *Sobre o poder pessoal*. Martins Fontes.
- Ruiz, J. L., Silva, M. Z. da, Martini, M. da G. P., Reis, M. L. de A., Grandesso, M., Barreto, M. R., & Hinds, S. (2021). A Terapia Comunitária Integrativa: Criação, ação e reinvenção de uma associação brasileira em tempos de pandemia. In G. M. Nunes, K. Machado, J. V. Sérgio, G. Mariano, R. Ghelman, & C. Portella (Eds.), *Trajetórias das práticas integrativas e complementares no SUS* (Vol. 1, pp. 125–140). IdeiaSUS/Fiocruz.
- Savaris, L. E., Böger, B., Savian, A. C., Jansen, A. S., & Silva, M. Z. da. (2019). Práticas integrativas e complementares - Análise documental e o olhar de profissionais da saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9439>
- Silva, M. Z., Barreto, A. de P., Ruiz, J. E. L., Camboim, S. P., Lazarte, R., & Ferreira, M. de O., Filha. (2020). O cenário da Terapia Comunitária Integrativa no Brasil: História, panorama e perspectivas [Número especial]. *Temas em Educação e Saúde*, 16(1). <https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14316>
- Tavares, F. (2017). Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: Notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>
- Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. de, & Nascimento, M. C. do. (2018). Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira [Número especial]. *Saúde em Debate*, 42(1). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>
- Von Bertalanffy, L. (2006). *Teoria geral dos Sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações* (2ª ed.). Vozes.
- Watslawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. (1973). *Pragmática da comunicação humana*. (Vol. 1). Cultrix.
- Witt, C. M., Chiamonte, D., Berman, S., Chesney, M. A., Kaplan, G. A., Stange, K. C., Woolf, S. H., & Berman, B. M. (2017). Defining health in a comprehensive context: A new definition of integrative health. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1). <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.029>
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*.
- World Health Organization. (2018). *Folha Informativa Depressão*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095
- World Health Organization. (n.d.). *Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Recebido: 30/06/2022

1ª revisão: 22/08/2022

Aceite final: 08/09/2022



© O(s) autor(es), 2022. Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.