



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIENCIAS DE VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO TECNOLOGIA SOCIAL  
LEVE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR**

**PASCAL JEAN**

Foz do Iguaçu  
2018



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIENCIAS  
DE VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

**CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO TECNOLOGIA SOCIAL LEVE  
PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR**

**PASCAL JEAN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências de Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antulio Hoyos Rivera

Foz do Iguaçu  
2018

PASCAL JEAN

**A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO TECNOLOGIA SOCIAL LEVE  
PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM ESTAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências de Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Antulio Hoyos Rivera  
UNILA

---

Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda  
UNILA

---

Enfermeira Marilene Aparecida Padeski Lacerda  
9ª RS-Foz do Iguaçu/PR

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): PASCAL JEAN

Curso: SAÚDE COLETIVA

		Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo	
(.....) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso	
(.....) mestrado	(.....) monografia	
(.....) doutorado	(.....) dissertação	
	(.....) tese	
	(.....) CD/DVD – Obras audiovisuais	
	(.....) _____	

Título do trabalho acadêmico: A Terapia Comunitária Integrativa como Tecnologia Social Leve para a Promoção da Saúde e Bem Estar.

Nome do orientador(a): Prof. Dr. Antulio Hoyos Rivera

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons* **Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho;

Aos meus pais Roosevelt Jean (in memorian) e Silienne Josinvil, pessoas de bem, que me ensinaram amorosamente a acreditar que a vida vale a pena.

À minha preciosa e guerreira Shelda Joseph, companheira de todas as horas, por sempre me provar que existe alguém que me ama incondicionalmente e me lembrar que tenho que acreditar em mim.

## **AGRADECIMENTO (S)**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.  
A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador professor Dr. Antulio Hoyos Rivera, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À minha amada e companheira de todos os tempos Shelda Joseph, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A meu professor e amigo Dr. Walfrido Kühl Svoboda pelo apoio, suporte, pelas suas correções e incentivo.

À minha supervisora de estágio, Enfermeira Marilene Aparecida Padeski Lacerda, pelo seu acompanhamento durante o meu estágio na 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu/PR.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Aos professores da banca pelas orientações...

Aos colegas de vários cursos da UNILA...

*A cada dia que vivo,  
mais me convenço de que o  
desperdício da vida  
está no amor que não damos,  
nas forças que não usamos,  
na prudência egoísta que nada arrisca,  
e que, esquivando-se do sofrimento,  
perdemos também a felicidade.  
A dor é inevitável.  
O sofrimento é opcional.*

Carlos Drummond de Andrade

JEAN, Pascal. **A Terapia Comunitária Integrativa Como Tecnologia Social Leve Para a Promoção da Saúde e Bem Estar**. 2018. 46 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Saúde Coletiva– Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

## **RESUMO**

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um espaço de promoção de encontros interpessoais e comunitários, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, 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. Foi realizado estudo quanti-qualitativo pré e pós rodas de TCI com a participação efetiva de 76 acadêmicos da terceira idade sendo 46 na turma A e 30 na turma B, durante a realização das seis rodas de conversa realizadas com a comunidade acadêmica de terceira idade da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus Foz do Iguaçu em parceria com o Projeto de Extensão da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) no objetivo de analisar os benefícios da TCI na saúde e bem-estar dos participantes das Rodas de Conversa. Os resultados obtidos mostraram uma melhoria sobre angústias e sofrimentos individuais e coletivos enfrentados quanto a construção de redes sociais solidárias por esta comunidade acadêmica. O tema universal e estratégia de enfrentamento mais frequentes nas rodas foram problemas físicos de saúde e empoderamento pessoal, respectivamente. Conclui-se que a TCI é uma intervenção grupal importante para promover a saúde e o bem-estar, especialmente, de populações vulneráveis.

**Palavras-chave:** Terapia Comunitária Integrativa (TCI), Promoção da Saúde, Bem-Estar, Tecnologia Social Leve, Terceira Idade

JEAN, Pascal. **Integrative Community Therapy as a light Social Technology for the Promotion of Social Health and Well-being**. 2018. 46 pages. Conclusion of the Collective Health Course - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2018.

### **ABSTRACT**

Integrative Community Therapy (TCI) is a space for the promotion of interpersonal and community meetings, aiming at valuing participants' life histories, rediscovering their identity, restoring self-esteem and self-confidence, broadening the perception of problems and possibilities of resolution based on local competences. A quantitative and qualitative study was carried out before and after TCI with the effective participation of 76 seniors, 46 in class A and 30 in class B, during the six rounds of conversation held with the academic community of the elderly. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Foz do Iguaçu Campus in partnership with the Extension Project of the Federal University of Latin American Integration (UNILA) in order to analyze the benefits of ICT in the health and well-being of participants in Conversation Wheels. The results obtained showed an improvement on the anguishes and individual and collective sufferings faced regarding the construction of solidarity social networks by this academic community. The most frequent universal theme and coping strategy in the wheels were physical health problems and personal empowerment, respectively. It is concluded that TCI is an important group intervention to promote health and well-being, especially of vulnerable populations.

**Key words:** Integrative Community Therapy (ICT), Health Promotion, Welfare, Light Social Technology, Elderly

JEAN, Pascal. **La Terapia Comunitaria Integrativa como Tecnología Social Ligera para la Promoción de la Salud y el Bienestar**. 2018. 46 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso de Salud Colectiva - Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz do Iguacu, 2018.

### **RESUMEN**

La Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) es un espacio de promoción de encuentros interpersonales y comunitarios, objetivando la valorización de las historias de vida de los participantes, el rescate de la identidad, la restauración de la autoestima y la confianza en sí, la ampliación de la percepción de los problemas y posibilidades de resolución a partir de las competencias locales. Se realizó un estudio cuanti- cualitativo pre y post-ruedas de TCI con la participación efectiva de 76 académicos de la tercera edad siendo 46 en la clase A y 30 en la clase B, durante la realización de las seis ruedas de conversación realizadas con la comunidad académica de tercera edad de la edad (UNITA) - Campus Foz do Iguacu en asociación con el Proyecto de Extensión de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA) en el objetivo de analizar los beneficios de la TCI en la Universidad de la Tercera Edad (UNATI) de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná salud y bienestar de los participantes de las Ruedas de Conversación. Los resultados obtenidos mostraron una mejora sobre angustias y sufrimientos individuales y colectivos enfrentados en cuanto a la construcción de redes sociales solidarias por esta comunidad académica. El tema universal y la estrategia de enfrentamiento más frecuentes en las ruedas fueron problemas físicos de salud y empoderamiento personal, respectivamente. Se concluye que la TCI es una intervención grupal importante para promover la salud y el bienestar, especialmente, de poblaciones vulnerables.

**Palabras clave:** Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), Promoción de la Salud, Bienestar, Tecnología Social Ligera, Tercera Edad

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>14</b>
4.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	14
4.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) DO SUS -----	15
4.3 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC).....	17
4.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI).....	19
<b>5. DESENVOLVIMENTO -----</b>	<b>24</b>
<b>5.1 METODOLOGIA -----</b>	<b>24</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO -----	24
5.1.2. DELINEAMENTO DE ESTUDO-----	24
5.1.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO-----	24
5.1.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO -----	25
5.1.5. UNIVERSO DA AMOSTRA-----	25
5.1.6. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA-----	25
5.1.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA-----	25
5.1.8. INTERVENÇÃO: RODAS DE TCI-----	26
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>

<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	38
<b>9. ANEXOS</b> .....	40

## 1. INTRODUÇÃO

A literatura em saúde tem historicamente enfatizado e estimulado o estudo no nível individual e coletivo de condições que refletem a ausência de doença (ALMEIDA FILHO, 2000). Atualmente no contexto internacional, é crescente a opção por pesquisas que investiguem indicadores positivos e fatores de promoção da saúde, visando qualidade de vida. Partindo-se da premissa que o objetivo das políticas públicas é ampliar o bem-estar para um número maior de indivíduos (VEENHOVEN, 1997; EASTERLIN, 2003), a utilização de métodos e técnicas que objetivem compreender melhor as potencialidades e competências humanas são imprescindíveis.

Nesta perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nasceu em 1987 no município de Fortaleza - CE e foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, com a intenção de solucionar, as necessidades de saúde daquela comunidade (BARRETO, 2008). Há mais de duas décadas de sua elaboração, a TCI tem se consolidado como uma tecnologia leve de cuidado em saúde mental que focaliza de forma inovadora na reorganização das redes de atenção à saúde, em especial da atenção primária à saúde (ANDRADE *et al.*, 2009). Isso se dá por intermédio de ações baseadas na prevenção e na cura, as quais integram elementos culturais e sociais em prol do desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos e comunidades. Conceitualmente, a TCI é considerada uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, nas quais todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2008, a TCI é considerada uma das Práticas Integrativas e Complementares (PICs). A inserção das PICs nos serviços de saúde melhora o atendimento à população, além de possibilitar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos (RITTER, 2017). Vale destacar que a produção científica na área é prioritária, considerando que são raras as pesquisas realizadas sobre os desfechos da TCI na saúde da população (GUIMARÃES, 2006; HOLANDA, 2007; FERREIRA 2009; ANDRADE, 2010), cujo enfoque é de natureza qualitativa. Assim, existe uma importante lacuna do conhecimento de estudos que associam diferentes abordagens metodológicas sobre o tema. Desta forma, este trabalho tem por objetivo analisar os benefícios das Rodas de TCI (ou “Rodas de Conversa”) na saúde biopsicossocial dos alunos de terceira idade que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus Foz do Iguaçu em parceria com

o Projeto de Extensão da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) “Integrando a UNILA com Rodas de Conversa”.

Neste estudo debruçou-se acerca da temática da senilidade, posto que o envelhecimento populacional seja um fenômeno universal decorrente dos avanços da medicina e melhoria das condições de vida, assim as pessoas estão vivendo mais. Em 2005, estudos realizados demonstram que o Brasil ocupava o 6º lugar, contabilizando cerca de trinta e dois milhões de pessoas sexagenárias (ROSSATO; PILETTI, 2014). Sendo a velhice a última etapa do desenvolvimento vital, dela decorre a aproximação com a morte, mobilizando conflitos existenciais acerca da finitude desta fase, crises amalgamadas pela avaliação dos acertos e arrependimentos que se sucederam durante a vida (SCHNEIDER, R. H.; IRIGARA, 2008).

Erikson (1976) ao estudar os modelos sobre a evolução da estrutura da personalidade ao longo de toda a vida observou oito estágios de desenvolvimento, cada qual com suas crises específicas, necessitando de resolução para ultrapassá-los. Apontou que a velhice é o 8º estágio, denominando-o de **integridade do ego vs. desespero** (ERIKSON, 1976).

Em se tratando da velhice, o estágio que corresponde ao conflito **integridade do ego vs. desespero**, situação em que o idoso depara-se com o seu passado, avaliando-o e identificando-o como produtivo ou não. Neste estágio da vida pondera sobre suas realizações, podendo se sentir satisfeito ou então frustrado, deixando-se afetar sobre as consequências de suas realizações. Assim, em alguns casos os idosos podem apresentar a sensação de dever cumprido, experimentando sentimento de integridade e dignidade, experienciando a senilidade como algo positivo, em outros, contudo, a frustração pode desencadear desespero ante a percepção que a morte pode ser iminente, não havendo tempo hábil para retomar a existência.

É neste ambiente cingido por incertezas, assegurados que a única certeza é a de que a próxima fase é a morte (SCHNEIDER, R. H.; IRIGARA, 2008), é que as Rodas de TCI ou de Conversa que ensejaram esta pesquisa entre os participantes idosos, expuseram os conflitos inerentes ao caminho que trilharam para chegar à fase final do ciclo vital, identificando em seus discursos os acertos e os arrependimentos.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Até o presente momento não foram identificadas, mediante ampla revisão de literatura, pesquisas avaliativas para analisar os benefícios da TCI na saúde biopsicossocial da população idosa. Portanto, este estudo se mostra pioneiro e relevante para analisar a eficácia da TCI como estratégia de suporte social com repercussões na saúde física e emocional de seus participantes. Além disso, o escopo e as ações de intervenção do estudo estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e oferecem suporte para o fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial disponíveis para a população. Vale ressaltar que a TCI é uma das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os benefícios da TCI na saúde e bem estar dos participantes das Rodas de Conversa realizadas na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), vinculada a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus Foz do Iguaçu-PR.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os participantes das rodas de TCI segundo idade e sexo;
- Elencar e analisar os principais temas universais e estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes nas rodas de TCI;
- Compreender os processos de mudança nos participantes ocorridos a partir dos encontros de TCI.

## **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **4.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL**

Há algumas décadas o modelo biomédico existente na medicina vem sendo discutido como um modelo mecanicista que não dá espaço para uma análise profunda do indivíduo e sim apenas uma análise biológica. É incontestável a importância do surgimento desse modelo para saúde e para ciência, porém, o conceito do processo saúde-doença não mais trata apenas de dados bioquímicos/biológicos e sim de todos os aspectos contemplados pelo ser humano: Social,

psicológico, espiritual, cultural, entre outros (ENGEL, 1977, p. 129-136). Viu-se, portanto, a necessidade de uma medicina mais social e mais ampla.

O surgimento da medicina social no Brasil começou em uma época repressora, a ditadura militar. Os principais pesquisadores da época eram Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo, que apontaram a necessidade de vincular a saúde com a sociedade, algo que já vinha ocorrendo na Europa. Com a teoria sendo construída e com o fim da ditadura militar, já existiam algumas propostas para a concretização de uma medicina mais social (FIOCRUZ, 2014).

Na Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, houve o consenso de que a saúde no Brasil precisava ter um embasamento mais elaborado, não só nos âmbitos administrativos e financeiros, mas também nos jurídicos e institucionais (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000, p.84-92). A partir daí um Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser discutido, como direito de todos os cidadãos e dever do estado, e foi implantado em 1988, sendo que em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde que detalhou o funcionamento desse sistema (BRASIL, 2014).

Durante a luta por essa conquista, também estava sendo discutida a importância de uma Reforma Psiquiátrica real, que contemplasse aspectos legais, financeiros, administrativos, mas acima de tudo, que garantisse a cidadania dos pacientes com algum tipo de doença ou distúrbio mental. Depois de conferências e encontros, foi sancionada a lei da Saúde Mental em 2001, implantando uma diretriz não asilar para o financiamento público e estabelece que o tratamento deve visar a reinserção do paciente em seu meio (TENÓRIO, 2002, p.25-59).

#### **4.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) DO SUS**

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) contribuem para a ampliação das ofertas de cuidados em saúde, para a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; motiva as ações referentes à participação social, incentivando o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

As PICS foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da PNPIC, aprovada por meio de Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017, a saber: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia,

Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde. (BRASIL, 2018)

Em 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foi registrada oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas. (BRASIL, 2018)

A maioria dessas práticas tem como objetivo uma resposta mais natural do organismo, buscando assim incentivar o empoderamento do indivíduo e garantir um tratamento mais integral, holístico, que contemple aspectos mentais, corporais e espirituais (SOUSA et al., 2012, p.2143-2154).

**Quadro de Classificação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do SUS e o código registro no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de acordo com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO).**

<b>Classificação Código</b>	<b>Código</b>	<b>PICS/Recurso Terapêutico</b>
Acupuntura	001	Acupuntura Ventosa/Moxa Letroestimulação
Fitoterapia	002	Fitoterapia
Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa	003	Ventosa/Moxa Lian gong Chi gong Tui Na Tai-chi-chuan Outras
Práticas Corporais e Mentais	004	Shantala Massagem Meditação Reflexoterapia Reiki Quiropraxia Osteopatia
Homeopatia	005	Termalismo/ Crenoterapia
Antroposofia Aplicada à Saúde	006	Medicina Antroposófica

Outras		Outras
Práticas Expressivas	007	Biodança Terapia Comunitária Integrativa Musicoterapia Arteterapia Dança Circular
Ayurveda	008	Ayurveda Yoga
Naturopatia	009	Naturopatia

Fonte: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – CNPIC

### **4.3 POLÍTICAS NACIOCAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PNPIC)**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) constitui um conjunto de estratégias e ações voltadas à melhoria do SUS. Tal política surge a partir da necessidade de se repensar as práticas assistenciais vigentes no sentido de garantir a integralidade da atenção em saúde, sobretudo na atenção básica. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010)

No decorrer do ano 2006, a implantação da PNPIC constituiu uma medida decisiva no âmbito da saúde, tendo sido impulsionada pelo anseio de diversos segmentos e associações brasileiras com vistas a incorporar aos serviços de saúde, diferentes ferramentas que atuassem na perspectiva de prevenção de agravos e recuperação de indivíduos com base em abordagens seguras e efetivas, fundamentadas na escuta acolhedora, no desenvolvimento e fortalecimento do vínculo terapêutico e na relação humana com a natureza e a sociedade. (BRASIL, 2006).

Com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), houve um aumento progressivo na oferta de serviços voltados para essas práticas (QUADRO 1), porém, ainda existem vários desafios a serem enfrentados para implementação real das PICS no sistema de saúde brasileiro, principalmente a nível primário: falta de profissionais capacitados, subnotificação de serviços e profissionais, predominância de práticas corporais, falta de código para registro de algumas práticas, entre outros (SOUSA et al., 2012).

TABELA 1. Repartição do número e porcentagem dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil em 2007 e 2011

Prestador de serviços	Público				Privado			
	2007		2011		2007		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acupuntura	56	93	20	484	15	21	54	255
Fitoterapia	2	28	6	61	2	**	**	8
Outras técnicas da Medicina Tradicional Chinesa	7,5	68	15	376	12	6	15	34
Práticas Corporais	22	230	49	2.064	66	3	8	98
Homeopatia	10	38	8	96	3	7	18	47
Termalismo	1	3	1	21	1	1	2,5	4
Medicina antroposófica	1,5	6	1	10	1	1	2,5	7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>3.112</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>453</b>

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Ministério da Saúde

\*\* Não houve o registro de serviços no período.

Fonte: Souza et AL (2012)

Houve, também, um aumento considerável de consultas e procedimentos de PICS desde a implementação das políticas voltadas para essas práticas no Brasil (Tabela 2). Embora as PICS estejam sendo mais acessíveis e abordadas nos últimos anos no Brasil, ainda há a necessidade de muitos estudos.

TABELA 2. Número de consultas e procedimentos (por 10 mil habitantes)\* em práticas integrativas e complementares no Brasil, 2006-2011.

Procedimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulta (homeopatia)	17	17	16	17	16	15
Consulta (acupuntura)	17	21	21	19	19	18
Sessão de acupuntura agulha	**	5	11	35	19	56
Sessão de eletroestimulação	**	1	1	2	4	5
Sessão de acupuntura ventosa	**	1	2	1	2	4
Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa	**	1	6	13	8	8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>57</b>	<b>87</b>	<b>68</b>	<b>106</b>

FONTE: SOUSA et al.(2012)

\*\* Não houve o registro de serviços no período

#### 4.4 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

A Terapia Comunitária Integrativa é um espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam co-responsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do quotidiano em um ambiente acolhedor e caloroso.

É um momento de transformação, transmutação do *KAOS*, da crise, do sofrimento para *KYROS*, espaço sagrado onde cada um reorganiza seu discurso e ressignifica seu sofrimento dando origem a uma nova leitura dos elementos que o faziam sofrer num ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2010).

A TCI apresenta três características básicas (BARRETO, 2010):

**Primeira.** A realização de um trabalho de saúde mental, preventiva e curativa, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros.

**Segunda.** A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos que busquem soluções para os problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os frágeis, sendo instrumentos de agregação social.

**Terceira.** A criação gradual da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.

A Terapia Comunitária tem como objetivos (BARRETO, 2010):

1. Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente.
2. Reforçar a auto-estima individual e coletiva.
3. Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
4. Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
5. Suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais.
5. Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais.
7. Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do *saber fazer* e guardiãs da identidade cultural.

8. Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do *saber popular e saber científico*.
8. Estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

A Terapia Comunitária Integrativa está alicerçada em cinco grandes eixos teóricos:

1. Pensamento Sistêmico;
2. Teoria da Comunicação;
3. Antropologia Cultural;
4. Pedagogia de Paulo Freire;
5. Resiliência.

Esses referenciais estão imbricados numa interpelação consistente e indissociável para a compreensão da metodologia da TCI.

**O Pensamento Sistêmico** nos diz que as crises e os problemas só podem ser entendidos e resolvidos se os percebemos como partes integradas de uma rede complexa, cheia de ramificações, que ligam e relacionam as pessoas num todo que envolve o biológico (corpo), o psicológico (a mente e as emoções) e a sociedade. Tudo está ligado, cada parte depende da outra. É uma maneira de abordar, de ver, de situar, de pensar um problema em relação ao seu contexto. Essa abordagem permite perceber a pessoa humana na sua relação com a família, a sociedade, com seus valores e crença, contribuindo, assim, para a compreensão e transformação do indivíduo caloroso (BARRETO, 2010).

**A Teoria da Comunicação** nos aponta para o fato de que a comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade. Ela nos permite compreender que todo comportamento, todo ato verbal ou não, individual ou grupal tem valor de comunicação num processo, sempre desafiante, de atendimento das múltiplas possibilidades de significados e sentidos que podem estar ligados ao comportamento humano. Essa teoria proporciona inúmeras possibilidades de comunicação entre as pessoas, convidando-as a ir além das palavras para entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido, como indivíduo e cidadão, o que permite a ampliação de nossas próprias possibilidades de transformação e de ressignificação (BARETTO, 2008).

**A Antropologia Cultural;** os conhecimentos dessa ciência chamam a nossa atenção para a importância da cultura, esse grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, como referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano. Vista dessa maneira, a cultura é um

elemento de referência fundamental na construção de nossa identidade pessoal e grupal, interferindo de forma direta, na definição do quem sou eu, quem somos nós. Os valores culturais e as crenças como importante fator na formação da identidade do indivíduo e do grupo (BARETTO, 2008).

**A Pedagogia de Paulo Freire** nos lembra que ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador (a) experiente e que sabe tudo para um educando (a) inexperiente que não sabe nada. Mas é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, de um tempo para falar e de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e um de tempo para ensinar. (FREIRE, 1983).

**A Resiliência**, considerada como outra fonte de conhecimento que contribui para a construção da proposta de trabalho nasce da própria história pessoal e familiar de cada participante. O enfrentamento das dificuldades produz um saber que tem permitido aos pobres e oprimidos sobreviverem através dos tempos. Tudo isso revela um espírito criativo e construtivo, construído, historicamente, através de uma interação entre os indivíduos e o seu meio ambiente (BARRETO, 2010).

O trabalho realizado pela TCI reforça a autoestima, promovendo a criação de redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade. A possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes traz outros significados às suas vivências, conquistas, potencialidades e aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas (BRASIL, 2017).

Atualmente, o Ministério da Saúde por meio da Portaria N° 849, de 27 de março de 2017 reconhece e inclui a Terapia Comunitária como prática de saúde integrativa e complementar, principalmente em relação à saúde mental das pessoas na comunidade. Na perspectiva de ampliar a utilização dessa tecnologia de cuidado, que vem se expandindo como procedimento terapêutico grupal de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, o MS pretende apoiar a qualificação dos profissionais da área de saúde e lideranças comunitárias para promover as redes de apoio social na Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Sendo conduzida por dois terapeutas, as rodas de Terapia Comunitária Integrativa se desenvolvem com os participantes em círculo, guiadas pela sistematização de uma técnica que compreende seis etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva e avaliação (BARRETO, 2008), como seguem:

1. **Acolhimento:** dirigido pelo co-terapeuta, tem duração de aproximadamente sete minutos, com a finalidade de aproximar os participantes do grupo, deixando-os à vontade e bem acomodados, definir o objetivo do encontro, estimular as pessoas para a celebração da vida e das suas conquistas, esclarecer sobre as regras de funcionamento (fazer silêncio para ouvir quem fala; falar da própria experiência; não dar conselhos, fazer discursos ou sermões; sugerir uma música, contar um provérbio

ou até mesmo uma piada que tenha alguma ligação com o tema em discussão, e, respeitar a história de vida de cada pessoa), propor uma dinâmica interativa e passar a condução para o outro terapeuta da equipe.

2. **Escolha do tema:** com duração em torno de dez minutos, é composta de cinco procedimentos:

2.1 **Palavra do terapeuta:** inicia com a fala do terapeuta cumprimentando os participantes, em seguida, anuncia que chegou a hora de falar sobre o que está causando inquietação, insônia ou preocupação, faz referência à frase: “Quando a boca cala, os órgãos falam, mas quando a boca fala os órgãos saram”; continua estimulando para as pessoas falarem das inquietações do cotidiano e não trazer grandes segredos; pede para quem quiser falar se identificar dizendo o nome e qual é o problema em poucas palavras, pois depois o grupo escolhe apenas uma das situações apresentadas para ser trabalhada na ocasião.

2.2 **Apresentação dos temas:** A etapa continua com a pergunta do terapeuta: “Quem gostaria de falar hoje?” E, à medida que a apresentação dos problemas está sendo feita pelas pessoas que decidem falar, o terapeuta deve registrar o nome das pessoas e o problema apresentado e antes de passar a palavra para a próxima interessada em se manifestar, faz a restituição, com a pergunta: “Deixe-me ver se compreendi o seu problema, e se eu estiver errado, por favor, me corrija ou complemente”.

2.3 **Identificação do grupo com os temas apresentados:** Neste momento, o terapeuta comunitário faz uma síntese de cada um dos problemas anotados e solicita ao grupo para responder a pergunta: “Qual o problema que mais tocou vocês?” Ao ouvir a resposta, indaga: “Por quê?” E depois que aproximadamente vinte por cento dos participantes falam, justificando sua identificação, parte para a escolha daquele que será aprofundado, propondo aos presentes a realização de uma votação.

2.4 **Votação:** É precedida do esclarecimento que todos podem votar (exceto o terapeuta), porém em apenas um tema e a contagem dos votos é feita à medida que o grupo vai se manifestando ao levantar a mão enquanto os temas são colocados em votação. É recomendado começar a votação pelo tema que não apresentou significância, portanto, pouca identificação com o grupo.

2.5 **Agradecimento:** Concluída a votação, o tema a ser trabalhado é anunciado iniciando o seu aprofundamento. Esclarece-se que o terapeuta valoriza aqueles que não tiveram seu tema escolhido, agradece a confiança depositada no grupo e se coloca à disposição para alguma orientação se desejarem, ao final da Terapia Comunitária, ou, ainda reforçando e instilando

confiança para rerepresentarem a situação em outros encontros se for o caso e interesse do proponente e do grupo.

3. **Contextualização:** com duração em torno de quinze minutos, esta etapa compreende dois momentos: Um que diz respeito às informações e o outro sobre o mote: é o momento dos participantes entenderem o problema escolhido. É composto de dois procedimentos:

3.1 **Informações:** A pessoa que teve o tema escolhido vai explicar, contar seu sofrimento e todos podem fazer perguntas que a ajudem a compreendê-lo em seu contexto. Essas perguntas ajudam o protagonista a refletir sobre a situação vivida e auxiliam o terapeuta na elaboração do mote.

3.2. **Mote:** pergunta-chave que vai permitir a reflexão do grupo que é chamado a falar de sua experiência, depois que o terapeuta agradece ao protagonista e solicita para que fique atento à fala dos demais presentes.

4. **Problematização:** nesta etapa, com duração média de quarenta e cinco minutos, o terapeuta apresenta o MOTE para o grupo, e neste momento o protagonista ouve, fica em silêncio. Coloca-se o mote para motivar as pessoas do grupo a expressarem suas vivências que vão sendo anotadas para a finalização da Terapia Comunitária. No transcurso da roda o terapeuta percebe que a problematização atingiu seu objetivo pela saturação das falas dos participantes. Neste momento, pede para os participantes ficarem de pé, solicitando-os a formar um círculo, pondo as mãos nos ombros uns dos outros. Assim, passa-se para o encerramento.

5. **Encerramento:** rituais de agregação e conotação positiva: esta etapa que tem uma duração média de dez minutos acontece com as pessoas de pé, sentindo-se próximas umas das outras, em um clima afetivo onde o terapeuta procura dar uma conotação positiva, isto é, destacar o que foi positivo na história contada no grupo, sempre valorizando a pessoa como ser humano que é. A pessoa que teve o tema trabalhado vai receber uma conotação positiva do terapeuta que em seguida convida o grupo a fazer o mesmo, dizendo o que aprendeu ou algo que o tenha tocado. Para finalizar, o grupo é chamado a cantar uma música, ou entoar um cântico religioso, recitar um poema ou utilizar outra técnica que permita suscitar e reforçar a dimensão coletiva.

6. **Avaliação:** é realizada logo após o final de cada encontro, é o momento no qual a equipe de Terapeutas faz uma avaliação sobre a condução da roda de Terapia Comunitária e o impacto do encontro sobre cada um, considerando as diferentes etapas que visam ao aprimoramento da prática (BARRETO, 2008).

## **5. DESENVOLVIMENTO**

### **5.1 METODOLOGIA**

#### **5.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO**

As seis (06) Rodas de TCI (ou “Rodas de Conversa”) foram realizadas junto à comunidade acadêmica de alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus Foz do Iguaçu, de ambos os sexos e com faixa etária entre 50 a 85 anos de idade, no período de 05/04/18 a 10/05/18, em parceria com o Projeto de Extensão da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) “Integrando a UNILA com Rodas de Conversa”.

#### **5.1.2. DELINEAMENTO DE ESTUDO**

O estudo teve características quáli-quantitativas de intervenção terapêutica aproximadamente num período de um mês e cinco dias contabilizando seis rodas de conversa, com pré e pós avaliações.

#### **5.1.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A população de estudo foi composta por idosos que frequentaram a Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI). Neste contexto, a TCI foi implantada com o objetivo de oportunizar espaço de escuta sensível para a melhoria da qualidade de vida desses acadêmicos.

#### **5.1.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram:

- ser maior de 40 anos;
- participar das rodas de TCI,
- aceitar em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento esclarecido (ANEXO I).

#### **5.1.5. UNIVERSO DA AMOSTRA**

O universo da amostra foi composto por 76 pessoas (N=76) que participaram efetivamente nas rodas de TCI, sendo dividido em duas turmas A (30 pessoas) e turma B(46 pessoas).

#### **5.1.6. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada de terapeutas e co-terapeutas. Foi feita por meio de observação e relatos do que ocorreu nas rodas com a utilização de um relatório padrão (ANEXO II). A partir daí foram elencadas as características dos problemas e das estratégias de enfrentamento das rodas.

#### **5.1.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A tabulação dos dados foi feita pelo programa Libre Office 6.1.3. Houve nesse estudo análise de frequência absoluta e relativa com o cálculo de médias e utilização de gráficos. Foi feita análise para

verificar os participantes com maior frequência nas rodas tiveram melhores resultados na avaliação do estado emocional.

A felicidade foi mensurada através do instrumento *Escala de Faces de McDowell e Newell* (Anexo III)- Instrumento utilizado para determinação da autopercepção da felicidade dos participantes das Rodas de Conversa. Foram aplicadas Escalas de Faces antes e após o início de cada Roda de Conversa, que foram preenchidas manualmente por cada um deles. A finalidade foi de verificar se a TCI causou ou não impacto positivo sobre a autopercepção da felicidade dos participantes. Nesta escala a autopercepção da felicidade foi medida de 1 a 7, onde 1 significa “Extremamente Feliz”, 2 significa “Muito Feliz”, 3 significa “Feliz”, 4 significa “Nem Feliz, nem Infeliz”, 5 significa “Infeliz”, 6 significa “Muito Infeliz” e 7 significa “Extremamente Infeliz”.

Todas as Escalas de Faces respondidas foram tabeladas e analisadas conjuntamente para confecção de gráfico e análise qualitativa do processo.

#### **Os Temas Universais:**

Foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa os principais temas universais trazidos à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todos eles foram categorizados e verificados as frequências dos mesmos.

#### **As Estratégias de Enfrentamento:**

Foram verificados nos relatórios de cada Roda de Conversa as principais estratégias de enfrentamento trazidas à tona pelos participantes durante a realização de cada Roda. Todas elas foram categorizadas e verificadas as frequências das mesmas.

#### **Questionário de Satisfação:**

Foi proposto ao final de cada Escala de Faces a resposta a duas perguntas: “O que mais gostou na TCI?” e “O que menos gostou na TCI?”. Isto para verificar o grau de satisfação dos participantes em todas as Rodas de Conversa realizadas.

#### **5.1.8. INTERVENÇÃO: RODAS DE TCI**

As rodas aconteceram com uma regularidade quinzenal no período de Abril e Maio de 2018, seguindo-se a metodologia proposta por Barreto, precursor da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) no Brasil e no mundo (BARRETO, 2010). Esta metodologia tem como fundamentos teóricos cinco grandes eixos: (1) Pensamento sistêmico; (2) Teoria da comunicação; (3) Antropologia cultural; (4) Pedagogia de Paulo Freire e (5) Resiliência. Assim, a TCI, além de ser um espaço aberto para a troca de experiências

e sabedorias, cria vínculos e resgata a autonomia dos indivíduos, por facilitar a transformação de carências em competências que os tornarão capazes de ressignificar momentos de dores e perdas (BARRETO, 2008).

Na aplicação prática de cada Roda de TCI, foram observadas e analisadas cinco fases: (1) Acolhimento; (2) Escolha do tema; (3) Contextualização; (4) Problematização e (5) Finalização. Cada roda se constituiu como processo terapêutico completo com início, meio e fim (BARRETO, 2008).

As Rodas de TCI foram conduzidas por um terapeuta e um co-terapeuta (convidado), a partir de situações-problema trazidas por um ou mais integrantes da roda. Foram colhidos e analisados os dados de cada fase de cada Roda de TCI realizada: (1) Acolhimento: O terapeuta fala sobre a metodologia da TCI comenta cada uma de suas regras e pede para que as pessoas se apresentem e falem sobre o motivo que as levou para a roda; (2) Escolha do tema: Após o terapeuta repetir cada história que anotou, o grupo escolhe aquela com a qual mais se identificou e, assim, define-se o tema que será abordado no dia; (3) Contextualização: momento em que os participantes podem fazer perguntas para quem foi escolhido, com o objetivo de esclarecer a situação e compreender melhor o sofrimento da pessoa; (4) Problematização: Faz-se a pergunta reflexiva ou mote relacionado com tema que emergiu na roda e, sem imposições, respondem aquelas pessoas que se identificaram com a pergunta; (5) Finalização: A partir de dinâmicas e rituais de agregação cada integrante é incentivado a verbalizar o que mais o tocou em relação às histórias contadas e o terapeuta busca dar uma conotação positiva sobre o aprendizado do dia.

### **A Teoria de Erikson e a Compreensão da Terceira Idade:**

Segundo os estudos de Erikson (1976), o desenvolvimento psicológico no plano individual segue o princípio epigenético, ou seja, se assemelha ao desenvolvimento do embrião. No campo da Embriologia o conceito de epigênese indica que o aparecimento de cada estágio sucessivo baseia-se no desenvolvimento satisfatório do estágio anterior.

Assim, cada estágio representa um embate entre duas tendências subjetivas conflitantes cuja resolutividade desencadeia o início de um novo estágio sucessivamente. Trata-se de um desafio estruturante que envolve processos subjetivos ou psicológicos relativos ao indivíduo e processos externos ou sociais.

Erikson (1976) constatou que o desenvolvimento humano ocorre em oito estágios que vão do nascimento até a velhice, períodos em que o ego passa por crise psicossocial cujo desfecho pode se dar de maneira positiva ou negativa. Observou que o desfecho positivo de um estágio auxilia na superação do subsequente, já o desfecho negativo desvela o enfraquecimento e rebaixamento do ego

a estágios anteriores do desenvolvimento, prejudicando a superação da crise referente ao estágio subsequente.

As crises psicossociais dão nome aos estágios psicossociais que, segundo Rabello (2007) são:

- “1 Confiança básica X Desconfiança básica;
- 2 Autonomia X Vergonha e Dúvida;
- 3 Iniciativa X Culpa;
- 4 Diligência X Inferioridade;
- 5 Identidade X Confusão de Identidade;
- 6 Intimidade X Isolamento;
- 7 Generatividade X Estagnação;
- 8 Integridade X Desespero” (RABELLO, 2007).

Considerando as características peculiares da população alvo deste estudo, foram considerados para fins teóricos o sétimo e oitavo estágios, denominados de Idade Adulta e Velhice, respectivamente.

Assim, a crise que se estabelece no sétimo estágio - Vida Adulta - contrapõem a generatividade versus estagnação, emergindo como virtude humana a questão do cuidado. O foco deste estágio é a preocupação com tudo o que pode ser gerado, incluindo os filhos, as ideias e produtos, desvelada na necessidade de transmitir e de ensinar; maneira sutil e subjetiva de sobrevivência que sacramenta o esforço de uma vida que se percebe presente em outrem. A generatividade impede a absorção do indivíduo em si mesmo, enquanto que a estagnação demove-o de tornar-se lamuriante. Assim, a ênfase da generatividade reporta ao cenário das criações, seja os filhos no plano familiar, o trabalho no plano social e a arte no plano cultural. As habilidades que emergem da superação das crises dos estágios anteriores, esperança, vontade, propósito, competência, fidelidade e amor, mostram-se como atributos essenciais na incumbência geracional de prestar o cuidado em prol da próxima geração.

No oitavo estágio, denominado de Velhice, a crise permeia o conflito entre a integridade e a desesperança, ocasião em que o indivíduo começa a refletir sobre sua vida, ou seja, aprecia a sua biografia. Aqui se evidencia a sabedoria, tanto relacionada ao saber acumulado na jornada da vida, quanto à capacidade de julgamento que denota maturidade e senso de Justiça, além da compreensão mais abrangente dos significados, relacionada ao modo de perceber e lembrar as experiências e reminiscências da vida.

Para Erikson (1976) a integridade reporta-se a capacidade de aceitar os limites que a vida impõe, percebendo o sentido de pertencer a uma história mais ampla cujo crescimento permite a aceitação das experiências que estruturam e dão significado ao ciclo vital. A crise da integridade

permite ao indivíduo encarar todo o caminho percorrido, compreendendo e integrando o percurso das outras pessoas que o acompanharam na sua jornada, confrontando-o com o anseio de que estes ou os desfechos possam ter sido diferentes.

Na vertente positiva a integridade estabelece a dignidade do indivíduo a partir do seu estilo de vida, independente das ameaças externas, identificada com a coerência e inteireza desvelada como capacidade potencial do indivíduo em manter interligados os eventos presentes e passados, aceitando o fato de que cada um é responsável pela sua própria vida. Trata-se de um estado de graça, cingido por sabedoria, compreensão e tolerância. Na vertente negativa o indivíduo experiência arrependimentos e lamentações acerca de oportunidades perdidas ou erros cometidos, renegando a vida, ressentido pelo tempo perdido, percebendo-se incapaz de começar algo novo, atormentado por tristeza e desespero.

A consciência da sabedoria decorre da confrontação com preocupações fundamentais deste estágio a integridade e o desespero, sendo que ao fracasso na tarefa de construção da integridade se sucede o desespero, pois o indivíduo percebe que o tempo é exíguo para recomeçar a sua vida, almejando encontrar novas possibilidades para estabelecer a sua integridade.

Erikson (1976) constatou que nem todos idosos possuem uma perspectiva negativa com a proximidade da morte. Muitos elaboram os conflitos das duas últimas fases, galgando os anos senis com a sabedoria e a tranquilidade que permite iluminar o destino próximo que se aproxima.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram realizadas 06 (seis) Rodas de Conversa no período de 05/04/18 a 10/05/18 nas salas de aula da UNATI da UNIOESTE – *Campus* Foz do Iguaçu, todas as quintas-feiras das 14h00min às 16h30minh, com a participação de 76 acadêmicos de terceira idade da UNATI (N=76), distribuídos em duas turmas: A com 46 acadêmicos e B com 30 acadêmicos. Foi possível classificar os participantes das duas turmas por faixa etária e gênero (TABELA 3).

Nas duas turmas, observa-se que o número de mulheres é maior em relação ao número de homens. E também, na turma A, se concentra mais mulheres no intervalo da faixa etária 65 - 70 anos, diferente da turma B onde a concentração é maior nas mulheres no intervalo 55- 60 anos.

TABELA 3- Distribuição do total de participantes (N=76) das duas turmas A e B por Gênero e Faixa Etária

TURMA A		TURMA B		FAIXA ETÁRIA
GÊNERO		GÊNERO		
HOMENS (H)	MULHERES (M)	HOMENS (H)	MULHERES (M)	
0	1	0	1	[50 - 55[anos
1	6	0	7	[55 - 60[anos
0	10	1	4	[60 - 65[anos
2	12	1	5	[65 - 70[anos
2	6	1	6	[70 - 75[anos
1	5	1	2	[75 - 80[anos
0	0	0	1	[80 - 85[anos
H=6	M=40	H=4	M=26	
TOTAL= 46		TOTAL=30		
<b>TOTAL GERAL: 76</b>				

Fonte: O autor, 2018

Com a utilização da Escala de Faces, foi possível constatar com a média dos participantes que preencheram as escalas de faces antes do início das Rodas de Conversa, os seguintes resultados: 19,35% chegaram nas Rodas “EXTREMAMENTE FELIZ”; 34,09% chegaram nas Rodas “MUITO FELIZ”; 29,03 % chegaram nas Rodas ”FELIZ”, 10,50% chegaram “NEM FELIZ, NEM INFELIZ”, 4,60 % “INFELIZ”; 1,38 % chegaram nas Rodas “MUITO INFELIZ”; 0,92% chegaram nas Rodas “EXTREMAMENTE INFELIZ”. Já, com os participantes que preencheram as escalas de faces ao final das Rodas de Conversa, foi possível constatar os seguintes resultados: 50,81% saíram das Rodas “EXTREMAMENTE FELIZ”; 34,59% saíram das Rodas “MUITO FELIZ”; 11,87 % saíram “FELIZ”; 1,62% saíram das Rodas “NEM FELIZ, NEM INFELIZ”, 0% saíram da Roda “INFELIZ”; 0,53% saíram da Roda “MUITO INFELIZ” e 0,53% saíram da roda “EXTREMAMENTE INFELIZ”.

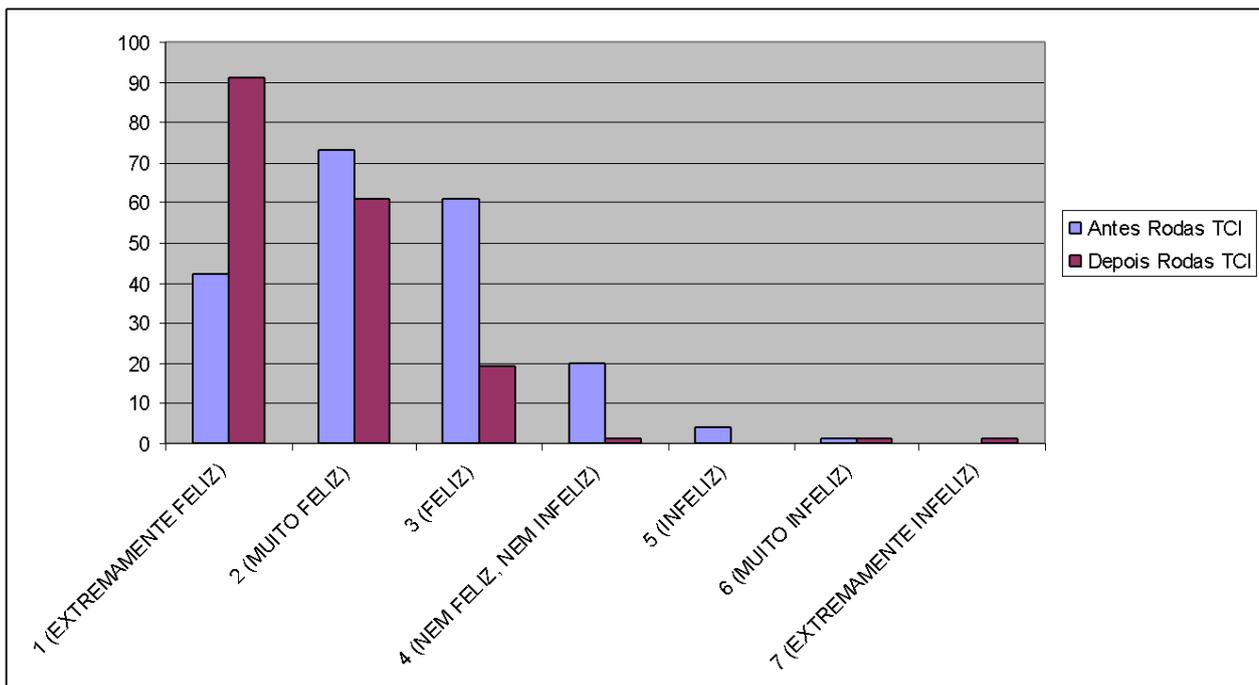
A Figura 1 abaixo apresenta comparativo que agrega a autopercepção da felicidade de todos os participantes (N= 76) antes e após a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa” (total de 06) com a aplicação das Escalas de Faces apontando significativa mudança no sentido da sua ampliação. A diminuição no percentual dos indicadores Muito Feliz, Feliz e em especial o indicador Nem Feliz e Nem Infeliz ressalta correlação com a ampliação da autopercepção da felicidade dos participantes para o indicador Extremamente Feliz.

A ampliação do percentual do indicador Extremamente Feliz aponta para o aumento contundente no percentual de participantes que após as rodas sentiram-se extremamente felizes do que no início da atividade, denotando que a oportunidade de apresentar e ressignificar ideias e experiências vividas num contexto protegido possibilita a participante num contexto coletivo focar e se situar melhor situações caóticas e/ou de vulnerabilidade pelo fato de se sentir acolhido enquanto sujeito pensante que atua em busca de soluções.

O aumento expressivo da autopercepção “Extremamente Feliz” entre os participantes após as rodas delineia a hipótese de correlação com o indicador problemas físicos de saúde, denotando que a TCI apresenta influência direta sobre questões de natureza psicossomática, posto que o diálogo aberto em clima de respeito à comunicação tanto no âmbito verbal, como dos sentimentos e emoções parece minimizar as tensões que atuam sobre o desempenho neurofisiológico, especialmente aqueles relacionados com ao espectro da dor.

Com estes resultados é possível inferir que após a participação nas rodas de TCI, os participantes saíram com um *status* emocional diferenciado. Além disso, houve uma melhora no status emocional geral entre os participantes, tendo em vista que houve aumento considerável em relação às avaliações realizadas ao final de todas as rodas (FIGURA 1).

FIGURA 1 - Verificação da autopercepção da felicidade de todos os participantes (N= 76) antes e após a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa” (06) com a aplicação das Escalas de Faces



Em relação aos temas universais constatados nos Relatórios das Rodas de Conversa, temos o que segue: (1º) “estresse” 16, 67% (1 de 6 relatórios); (2º) “conflitos familiares” 50% (3 de 6 relatórios); (3º) “problemas físicos de saúde” 83,33% (5 de 6 relatórios); (4º) “perdas”, e “angústia” 33,33% (2 de 6 relatórios) e (5º) “morte em família” 16,67% (1 de 6 relatórios) (TABELA 4). Neste ponto, podemos perceber nitidamente que “problemas físicos de saúde”, “conflitos familiares” e “perdas”, “dependência” e “angústia” foram elencadas como temas universais que servem de base para a condução das Rodas de Conversa.

TABELA 4 - Resultado da média das **frequências dos temas universais** observados durante a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa”

<b>CATEGORIAS DOS TEMAS UNIVERSAIS</b>	<b>FREQUÊNCIA (%) NOS RELATÓRIOS (06)</b>
1º “problemas físicos de saúde”	83,33% (5 de 6 relatórios de Rodas TCI)
2º “conflitos familiares”	50, 0% (3 de 6 relatórios de Rodas TCI)
3º “perdas” e “angústia”	33,33% (2 de 6 relatórios de Rodas TCI)
4º “estresse”	16, 67% (1 de 6 relatórios de Rodas TCI)
5º “morte em família”	16,67% (1 de 6 relatórios de Rodas TCI)

FONTE: O autor (2018)

Além disso, a alta prevalência de “problemas físicos de saúde” e questões relacionadas a “conflitos familiares”, pois ambos foram colocados como questões relevantes, aparecendo em 50% e 83,33% das Rodas de Conversa realizadas, respectivamente.

Os dados obtidos na pesquisa, estão consoantes com Barreto (2010) no que tange a dois dos temas universais mais frequentes nas Rodas de TCI, sendo eles “estresse e emoções negativas” e “conflito nas relações familiares”. Barreto (2010) indica que “estresse” estão presentes em 19,7%, “emoções negativas” estão presente em 7% e “conflito nas relações familiares” 19,7 estão entre os temas universais mais frequentes nas Rodas de TCI<sup>1</sup>.

A categoria “estresse” proposta por Barreto (2010) reporta-se a somatização e ansiedade, e a

categoria “emoções negativas” reporta-se a raiva, vingança, mágoa e desprezo. Ademais, Barreto(2010) reporta correlação entre a oscilação de emoções negativos e problemas físicos de saúde, em uma perspectiva psicossomática.

Com relação à categoria “conflito nas relações familiares” os resultados de Barreto (2010) sugerem que a família está passando por crise, denotando dificuldade em assumir suas funções básicas adequadamente, nesse sentido a Roda de TCI tem sido espaço de apoio acolhimento e pertencimento, “a comunidade age lá onde as famílias e as instituições sociais falam” (BARRETO, 2010).

Em relação às estratégias de enfrentamento foram constatadas as seguintes em ordem de prioridade: (1ª) “fortalecimento e empoderamento pessoal” 66,67% (4 de 6 relatórios); (2ª) “busca de ordem espiritual ou religiosa” 50% (3 de 6 relatórios); (3ª) “busca de redes solidárias” 33,33% (2 de 6 relatórios); (4ª) “cuidar do relacionamento com a família e autocuidado” 16,66% (1 de 6 relatórios) (TABELA 5).

TABELA 5 - Resultado das **frequências das estratégias de enfrentamento** apontadas pelos participantes durante a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa”

<b>ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO</b>	<b>FREQUÊNCIA (%) NOS RELATÓRIOS (06)</b>
1º “fortalecimento” e “empoderamento pessoal”	66,67 % (4 de 6 relatórios de Rodas TCI)
2º “busca de ordem espiritual e/ou religiosa”	50,0 % (3 de 6 relatórios de Rodas TCI)
3º “busca de redes solidárias”	33,33% (2 de 6 relatórios de Rodas TCI)
4º “cuidar do relacionamento com a família” e “autocuidado”	16,66% (1 de 6 relatórios de Rodas TCI)

FONTE: O autor (2018)

Em relação às **estratégias de enfrentamento**, observou-se as seguintes em ordem de prioridade: (1ª) Fortalecimento e Empoderamento Pessoal 66,67% (4 de 6 relatórios); (2ª) Busca de ordem espiritual ou religiosa 50% (3 de 6 relatórios); (3ª) Busca de Redes Solidárias 33,33% (2 de 6 relatórios); (4ª) Cuidar do Relacionamento com a Família e Autocuidado 16,66% (1 de 6 relatórios). Isto mostra que em 66,67% das rodas realizadas, o “fortalecimento” e “empoderamento pessoal” é a estratégia de enfrentamento mais relatada pelos participantes, seguida a “busca de ordem espiritual e/ou religiosa” que aparece em 50% das rodas realizadas.

Considerando as estratégias de enfrentamento às tentativas de solução dos problemas e conflitos identificados nas rodas de TCI, BARRETO (2010, p. 341) este identificou a seguinte coletânea, oriunda de uma amostragem de 10.005 rodas de TCI registradas, cujos dados foram categorizados por grupos e hierarquizados considerando a seguinte frequência apresentada: empoderamento pessoal (31,37%), redes solidárias/reciprocidade (18,60%), buscar ajuda religiosa ou espiritual (14,55%), cuidar e se relacionar melhor com a família (14,51%), buscar ajuda profissional (12,02%), autocuidado e busca de recursos culturais (6,15%).

Em termos globais pode-se perceber que, percentualmente, o desempenho dos participantes quanto às estratégias de enfrentamento guarda reciprocidade ou correlação em relação aos dados categorizados por BARRETO (2010), ressaltando-se o indicador empoderamento pessoal que se destaca por preponderar sobre os demais indicadores em ambas as pesquisas.

No tocante a resiliência, cujo conceito propõe incluir visão de mundo que contemple outras fontes produtoras de saber para superação de adversidades contextuais, observou-se que a população alvo demonstrou que dispõe de mecanismos próprios para a superação destas conforme identificados nas distintas estratégias de enfrentamento acima apresentadas.

Em relação aos questionários de satisfação aplicados (considerando N=76), no quesito “**o que mais gostaram nas Rodas de Conversa**”, 39,55% (30 de 76 pessoas) responderam que “gostaram de tudo”; 11,30% (9 de 76 pessoas) responderam que “gostaram de ouvir as histórias das outras pessoas”; 7,91% (6 de 76 pessoas) responderam que “gostaram das dinâmicas, formato e organização das rodas”; 4,52% pessoas (3 de 76) responderam que “gostaram da relação de confiança estabelecida”; 4,52% (3 de 76 pessoas) “gostaram das experiências de vida compartilhadas”; 2,26% (1 de 76 pessoas) “gostaram do fato de serem aceitas no grupo (aceitação)” e 2,26% (1 de 76 pessoas) “gostaram do fato de poderem ajudar e da reflexão final da roda” (TABELA 6).

TABELA 6 - Resultado da média das **frequências relacionadas à satisfação dos participantes**, no quesito **“o que mais gostaram”** durante a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa”

<b>O QUE MAIS GOSTARAM NAS RODAS</b>	<b>FREQUÊNCIA (%) NAS AVALIAÇÕES (N=76)</b>
1º “de tudo”	39,55%
2º “ouvir histórias dos outros”	11,30%
3º “das dinâmicas, formato e organização das rodas”	7,91%
4º “relação de confiança estabelecida”	4,52%
5º “das experiências de vida compartilhadas”	4,52%
6º “do fato de serem aceitas no grupo (aceitação)”	2,26%
7º “do fato de poderem ajudar e da reflexão final da roda”	2,26%

FONTE: O autor (2018)

Ainda em relação aos questionários de satisfação aplicados (considerando N=76), **no quesito “o que menos gostaram nas Rodas de Conversa”**, 71,75% (54 de 76 pessoas) responderam que “não havia nada que não gostaram”; 7,91% (6 de 76 pessoas) responderam que “não gostaram pela falta de participação das pessoas” e 3,39% (2 de 76 pessoas) responderam que “não gostaram devido ao fato de pouco tempo para participar das rodas” (TABELA 7).

Os indicadores acima obtidos no quesito **“o que mais gostaram nas Rodas de Conversa”** sugerem que as rodas de TCI atuaram sobre o nível primário de atenção à Saúde Pública, promovendo ressonância sobre a promoção do cuidado, justamente por abster-se de trabalhar a patologia. A prevalência do percentual referente ao indicador “de tudo” (39,55%) denota a mobilização dos recursos pessoais e culturais na construção de redes de apoio social, desvelado no interesse e a postura dos participantes em compartilhar e se solidarizar com as histórias de vida uns dos outros pelo viés da superação, respeitando as diferenças e integrando os saberes.

Tal interpretação de sucesso das rodas de TCI enquanto metodologia de intervenção psicossocial na saúde pública pode ser corroborada pelo resultado inversamente proporcional apontado pelo indicador “não havia nada do que não gostaram”, anunciado na Tabela 7, apresentada

abaixo:

TABELA 7 - Resultado da média das **frequências relacionadas à satisfação dos participantes**, no quesito **“o que menos gostaram”** durante a realização de todas as Rodas de TCI ou “Rodas de Conversa”

<b>O QUE MENOS GOSTARAM NAS RODAS</b>	<b>FREQUÊNCIA (%) NAS AVALIAÇÕES (N=76)</b>
1º “não havia nada de que não gostaram”	71,75%
2º “falta de participação de mais pessoas”	7,91%
3º “pouco tempo para participar das rodas”	3,39%

FONTE: O autor (2018)

As categorias apontadas pelos participantes relacionadas à satisfação na participação das Rodas de TCI, indicam que os participantes no enfrentamento de seus dilemas alcançaram mediante esforço resiliente a valorização de vínculos de apoio e estímulo que lhes permitem alimentar autoconfiança e a autoestima, via partilhas das experiências da vida, simultaneamente fortalecendo os vínculos interpessoais e estimulando a autonomia.

Ademais, as categorias apontadas pelos participantes da pesquisa quanto a sua satisfação corroboram com Barreto (2010) no tocante às três grandes categorias de benefícios encontradas na avaliação de depoimentos sobre os benefícios e aprendizados obtidos por participantes nas Rodas de TCI, a saber: “criação de vínculos”, “partilha e acolhimento” e “ampliação da consciência pessoal e social” (BARRETO, 2010, pg. 355), condições fundamentais para o reconhecimento de seus recursos, enquanto protagonistas da própria existência.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa corroborou com o indicativo de Barreto (2010) para demonstrar que a técnica de Rodas de TCI permite aplicação para grupos de pessoas incluindo diferentes classes sociais, idades, condição socioeconômica, educacional e profissional, visto que inicialmente foi desenvolvida enquanto metodologia terapêutica voltada para grupos que experienciam condição social de vulnerabilidade, em termos de saúde mental e autonomia individual e comunitária. Com os resultados obtidos, foi possível constatar que a utilização das Rodas de TCI ou Rodas de Conversa serviu, de modo geral, como ferramenta para a melhoria na qualidade de vida e bem estar do grupo de acadêmicos da terceira idade da Universidade do Oeste do Paraná.

Conforme a teoria de **Erikson** (1976) as respostas obtidas nesta pesquisa indicam que a metodologia da TCI tem grande potencial para auxiliar essa população a se identificar com o desfecho mais positivo ao favorecer a estruturação individual da linha do tempo, ressignificar as experiências vividas, melhorando a qualidade de vida no final do ciclo psicossocial da existência humana.

Foi possível constatar que a aplicação da metodologia da TCI, quando colocada em prática em grupos de terceira idade, pode servir de base para a melhora das relações interpessoais, por se tratar de uma tecnologia social leve que permite: (a) Ir além do unitário para atingir o comunitário; (b) Sair da dependência para a autonomia e a co-responsabilidade; (c) Ver além da carência para ressaltar a competência; (d) Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade; (e) Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um; (f) Romper com o clientelismo para chegarmos à cidadania; (g) Romper com o modelo que concentra a informação para fazê-la circular.

## 8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **The concept of health: blind-spot for epidemiology?** *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2000, 3(1), p. 4–20.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BARRETO, A.P.; OLIVEIRA, M.V. (org.) Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: BRASIL, 2009.

ANDRADE, F.B.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D.; SILVA, A.O.; COSTA, I.C.C.; LIMA, E.A.R.; MENDES C.K.T.T. **Promoção da Saúde Mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária**. *Texto Contexto Enferm* 2010, 19(1): p.129-36.

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo. 4ª ed.** Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1970.

CONTANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAUTt, R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: Hartz ZMA (ORG). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DIENER, E. *et al.* **The Satisfaction with life scale**. *J Pers Assess* 1985, 49, p.71-75.

EASTERLIN, R.A. Explaining happiness. **Proceedings of the National Academy of Sciences** 2003, 100 (19), p.11176–11183.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

GONÇALVES, T.R.; Pawlowski, J.; Bandeira, D.R.; Piccinini, C.A. **Social support assessment in Brazilian studies: conceptual aspects and measures**. *Ciênc. saúde coletiva* 2011, 16 (3), p.1755-1769.

GRANT, A.M; CHRISTIANSON, M.K.; PRICE, R.H. **Happiness, Health, or Relationships? Managerial Practices and Employee Well-Being Tradeoffs**. *Acad Manage Perspect* 2007 21(3), p.51-63.

GUIMARÃES, FJ.; FERREIRA FILHA, M.O. **Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes**. *Rev. Eletr. Enf* 2006, 8(3), p.404-414.

FERREIRA FILHA, M.O.; Dias, M.D.; Andrade, F.B.; Lima, E.A.R.; Ribeiro, F.F.; Silva, M.S.S. **A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2009;11(4), p.964-970.

HOLANDA VR, DIAS MD, Ferreira Filha MO. **Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento de gestantes**. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007, 9(1), p. 79-92.

MINAYO MCS; SANCHEZ O. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade?** *Cadernos de Saúde Pública* 1993, 19(3), 239-262.

MINAYO MCS, Assis, SGA; Sousa ER. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PESCE RP; ASSIS SG, AVANCI JQ *et al.* **Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale.** *Cadernos de Saúde Pública* 2005, 21(2), 436-448.

SAMICO I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG de (ORG). *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro : MedBook, 2010. p. 01-13.

PILETTI, N.; ROSSATO, S. M.; ROSSATO, G. **Psicologia do Desenvolvimento.** São Paulo. Contexto. 2014.

RABELLO, E.T. e PASSOS, J.S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento.** Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 15 de outubro de 2007.

SAMICO I; FELISBERTO E; FIGUEIRÓ AC; FRIAS PG de (ORG). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro : MedBook, 2010. p. 01-13.

SCHNEIDER,R. H.;IRIGARAY, T.Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Porto alegre,2008.

VEENHOVE R. **Progres dans la comprehension du bonheur.** *Revue Québécoise de Psychologie* 1997, 18 (1), p. 29–74.

WAGNILD, GAIL M.; YOUNG, Heather M. **Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale.** *Journal of Nursing Measurement* 1993,1(2), 165-178.

VEENHOVEN R. Progres dans la comprehension du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie* 1997, 18 (1), p. 29–74.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. Redes Sociais. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

ANDRADE, L.O.M, BARRETO, I.C.H.C, BARRETO, A.P, OLIVEIRA, M.V. **O SUS e a Terapia Comunitária.** Fortaleza: Ministério da saúde; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006** - aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) No Sistema Único de Saúde.

Disponível em:

< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>

Acesso em: 30/10/2018

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Pascal Jean e Walfrido Kühn Svoboda**, pesquisadores da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, estamos convidando a Senhora a participar de um estudo intitulado “**A terapia Comunitária Integrativa (TCI) como Tecnologia Social Leve para a Promoção da Saúde e Bem Estar.**”

Com relação aos motivos que justificam a realização deste estudo, defendemos que esta pesquisa trará diversos benefícios, já que a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa oportuniza o acesso a ações de saúde mental visando melhor cuidado e qualidade de vida aos usuários.

O objetivo desta pesquisa é analisar os benefícios da TCI na saúde e bem estar dos participantes das Rodas de Conversa realizadas na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), vinculada a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus Foz do Iguaçu-PR.

1. Para tanto você deverá comparecer no UNATI para pelo menos 1 encontro da Terapia Comunitária Integrativa.

2. Alguns riscos podem relacionados ao estudo podem ser: O risco pode existir caso você necessite de cuidados de saúde antes, durante e após a sessão da TCI. Caso necessite de acompanhamento terapêutico de saúde mental, os pesquisadores te encaminharão para acolhimento ambulatorial de TCI no Ambulatório de Saúde Mental - HC/UFPR.

3. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: aliviar o sofrimento físico e emocional; reforçar sua auto-estima; restaurar e fortalecer os laços sociais; proporcionar um espaço de escuta sensível; favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias;

4. Os pesquisadores Pascal Jean (aluno) e Walfrido Kühn Svoboda (coordenador), responsáveis por este estudo, poderão ser contatados na Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000 - Lot. Universitário das Américas, Foz do Iguaçu - PR, 85870-650 ou no telefone (45) 3529-2764 para esclarecer eventuais dúvidas que a Sra. possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

5. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção da participação das rodas de TCI, exceto nas circunstâncias que assim desejar.

6. As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua avaliação do estado emocional será registrada, respeitando-se completamente o seu anonimato.

7. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão interrompa a participação nas rodas de TCI na UNATI.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## ANEXO II

**Relatório das Rodas de Terapia Comunitária  
Integrativa (TCI)**  
**“A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI) COMO  
TECNOLOGIA SOCIAL LEVE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E  
BEM ESTAR”**

**DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**LOCAL:**

---

**TERAPEUTA:**

---



---

**CO-TERAPEUTA(S):**

---



---

**PARTICIPANTES:**

**TOTAL = \_\_\_\_\_ / QUANTOS PELA 1ª VEZ = \_\_\_\_\_ (ANEXAR LISTA PRESENÇA)**

**1) ACOLHIMENTO:**

- **Boas vindas a Tod@s!!!**
- **Celebração da vida dos aniversariantes da semana!!!**
- **Objetivo da terapia – Espaço de escuta onde podemos compartilhar nossos problemas, preocupações, sofrimentos e angústias, permitindo nosso acolhimento pelo grupo.**
- **Regras:**
  - **Fazer silêncio;**
  - **Falar somente da própria experiência – EU vivi..., EU presenciei..., EU vivenciei..., EU procurei..., etc.;**
  - **Evitar dar conselhos;**

- Evitar fazer discursos ou sermões;
- Não fazer fofoca! O que se fala na Roda permanece na Roda!!! Enfatizar a “Técnica do Espelho”!!!

2) APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES e identificação dos novos participantes.

3) PERGUNTAR AOS PARTICIPANTES (um a um) como foi a semana, como estão se sentindo (alguma preocupação, algum aborrecimento) ou o que está tirando o sono deles?

4) “PRESENTES” (música, poema, abraço, abraço coletivo, palavra de conforto, etc.) oferecidos durante os momentos de angústia/desconforto emocional dos participantes que foram oferecidos pelo grupo durante os depoimentos dos participantes

---

5) FAZER AS ANOTAÇÕES de cada história (EM SEPARADO):

6) LEITURA DAS MANIFESTAÇÕES dos participantes para anuência e/ou correções (EM SEPARADO):

7) ESCOLHA DAS HISTÓRIAS de vida com as quais os participantes se identificaram (EM SEPARADO):

8) TEMA(S) UNIVERSAL (AIS) OBSERVADO(S):

<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Problemas escolares
<input type="checkbox"/> Conflitos familiares	<input type="checkbox"/> Pedofilia	<input type="checkbox"/> Problemas físicos de saúde
<input type="checkbox"/> Dependências	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Problemas mentais
<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Problemas psíquicos
<input type="checkbox"/> Violência	<input type="checkbox"/> Rejeição	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Perdas	<input type="checkbox"/> Discriminação	<input type="checkbox"/> Outros, qual(ais)? _____

9) ESTRATÉGIA(S) DE ENFRENTAMENTO APONTADA(S):

<input type="checkbox"/> Fortalecimento/empoderamento pessoal: Capacidade de apropriar-se do seu poder;	<input type="checkbox"/> Busca de ajuda profissional e ações de cidadania;
<input type="checkbox"/> Busca de redes solidárias;	<input type="checkbox"/> Autocuidado;
<input type="checkbox"/> Busca de ajuda espiritual ou religiosa;	<input type="checkbox"/> Participar da TCI;

<input type="checkbox"/> Cuidar do relacionamento com a família;	<input type="checkbox"/> Outra(s), qual (ais)?
--	---

**10) PERGUNTA REFLEXIVA:**

---

---

**11) DEPOIMENTOS SIGNIFICATIVOS:**

---

---

---

**12) ENCERRAMENTO (música, poema, palavra reflexiva, “brado” coletivo, etc.???)**

---

### ANEXO III

#### AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Marque X no número que corresponde ao seu estado emocional

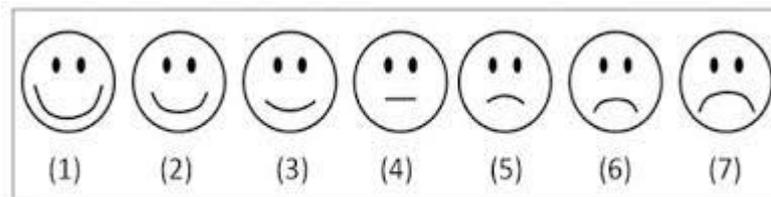


Fig. 1. Faces Scale of Andrews. Source: Diagram adapted from Lorish and Maisiak, 1986.

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Antes</b>							
<b>Depois</b>							

**Nome Completo:**-----

-----

**Idade:**-----

**Sexo:**

**Maculino ( )**

**Feminino ( )**

#### **Legendas**

1. “Extremamente Feliz”,
2. “Muito Feliz”,
3. “Feliz”,
4. “Nem Feliz, nem Infeliz”,
5. “Infeliz”,
6. “Muito Infeliz”
7. “Extremamente Infeliz”.