

ARTIGO ORIGINAL

Práticas integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de intervenção da terapia comunitária integrativa no Sul do Brasil

Do integrative therapies impact positively on women's psycho-emotional health? Study of intervention on Integrative Communitarian Therapy in the south of Brazil

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é classificada como prática integrativa no Brasil e este estudo objetivou avaliar impacto psicoemocional da TCI em mulheres frequentadoras de instituição filantrópica de Curitiba-Paraná-Brasil. Foi realizado estudo transversal pré e pós rodas de TCI com 54 participantes e a análise dos dados foi quantitativa. Os resultados demonstraram melhora significativa no estado psico-emocional das mulheres depois das rodas em 88,9% das intervenções. O tema universal e estratégia de enfrentamento mais frequentes nas rodas foram conflitos familiares e empoderamento pessoal, respectivamente. Conclui-se que a TCI é uma intervenção grupal importante para promover o bem-estar psicoemocional, especialmente, de populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVES

Medicina integrativa
Saúde mental
Estudos de intervenção
Atenção primária em saúde
Felicidade



Milene Zanoni Silva

- Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná

Sandriane Aparecida Kalamar Martins

- Farmacêutica e terapeuta comunitária

Tânia Madureira Dallalana

- Psicóloga do Hospital de Clínicas da UFPR

Dione Lorena Tinti

- Socióloga e Terapeuta Comunitária

Grace Kelly Ferreira Rodrigues

- Médica formada pela Universidade Federal do Paraná – UFPR

Letícia de Fátima Macohin

- Biomédica formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Ana Carolina Paschoalini Mafra

- Biomédica formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Taísa Evangelista Adamowicz

- Farmacêutica e terapeuta comunitária da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

Luciana Elisabete Savaris

- Psicóloga da Secretaria de Saúde do Município de Curitiba

DOI: 10.19177/cntc.v7e12201833-42

CORRESPONDENTE

Milene Zanoni Silva

R. Padre Camargo, 280 - Alto da Glória, Curitiba - PR, 80060-240

E-MAIL:

milenezanoni@gmail.com

Recebido: 14/05/2018

Aprovado: 13/09/2018

ABSTRACT

Community Integrative Therapy (CIT) is classified as an integrative practice in Brazil and this study aimed to evaluate the psychoemotional impact of CIT on women frequenting a philanthropic institution in Curitiba-Paraná-Brazil. A cross-sectional study was performed pre and post CIT meetings with 54 participants and the data analysis was quantitative. The results showed significant improvement in the psychoemotional state of women after 88.9% of the interventions. The universal theme and most frequent strategies to confront problems during the meetings were family conflicts and personal empowerment, respectively. It is concluded that the CIT is an important group intervention to promote the psychoemotional well-being, especially for vulnerable populations.

Keywords: Integrative medicine, mental health, intervention studies, primary health care, happiness

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais têm aumentado nos últimos anos, sendo que em 10 anos (2005-2015) a depressão teve um incremento de 18,4%. Atualmente, o Brasil lidera o *ranking* de prevalência de transtornos de ansiedade e está entre os cinco países com maiores taxas de depressão do mundo (OMS, 2017)¹. Segundo pesquisa publicada por Whiteford e colaboradores, os transtornos mentais e uso de substâncias ilícitas foram a principal causa de anos vividos com incapacidade (*YLD-Years Lived with Disability*) em todo o mundo (22,9%) em 2010².

Apesar da prevalência e magnitude destas doenças, muitos países não oferecem sistemas e serviços da saúde mental adequados às necessidades da população³.

No Brasil, a despeito da Política de Saúde Mental, que preconiza o estímulo de práticas pautadas no território e articulação com rede ampliada de serviços de saúde, os transtornos mentais ainda não estão inseridos na atenção primária à saúde⁴. Como consequência, nota-se que a utilização de medicamentos psicoativos tem sido a principal prática terapêutica do Sistema de Saúde Brasileiro, em seus diferentes níveis⁵.

Portanto, a assistência em saúde mental historicamente tem se alicerçado no modelo biomédico, com foco na biologização do processo saúde-doença, em que prevalece a medicalização da existência e da vida individual⁶. Do mesmo modo, o paradigma

ma médico vigente é limitado no que tange o acolhimento e manejo dos Transtornos Mentais Comuns (TMCs), que são considerados como sofrimentos difusos que geram repercussões subjetivas negativas na condição de saúde das pessoas, contudo não se enquadram nos critérios formais para diagnóstico de depressão e ansiedade segundo o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁷ e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)⁸.

Esta situação se mostra alarmante, considerando que, em 2008, a prevalência de casos de TMCs na atenção primária à saúde foi de 56%. Este fato demonstra a magnitude do problema e a urgência de tecnologias terapêuticas em saúde mental que sejam mais humanizadas e resolutivas⁹.

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 mental daquela comunidade, a partir de tecnologias leves/relacionais¹⁰.

Conceitualmente, a TCI é considerada uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, onde todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso.

Como alicerces teóricos, a TCI fundamenta-se em cinco grandes eixos: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia

gia de Paulo Freire e 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 perdas¹⁰.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2008, a TCI tem sido classificada como prática integrativa e complementar de cuidado em saúde, com repercussões positivas na saúde física e emocional de diferentes populações. Contudo, são raras as pesquisas quantitativas realizadas sobre os desfechos da TCI na saúde da população^{11,12,13,14,15}.

Considerando esta lacuna do conhecimento, o objetivo deste estudo foi analisar os impactos da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) por meio dos resultados psicoemocionais das mulheres atendidas em uma instituição de assistência social do município de Curitiba/PR. Como objetivos específicos, este estudo buscou (a) caracterizar o perfil sociodemográfico, patologias autorreferidas e uso de serviços de saúde da população de estudo; (b) analisar o índice de autopercepção da felicidade e sintomas de ansiedade do grupo analisado; (c) Verificar se os melhores resultados psicoemocionais estão condicionados à maior frequência nas rodas de TCI e (d) Identificar as principais queixas e estratégias de enfrentamento dos problemas relatados pelas mulheres atendidas no Centro Redentorista de Ação Social (CRAS).

METODOLOGIA

1. Contextualização

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem o sul do Brasil. Possui, de acordo com o censo de 2009 do IBGE, 1.851.215 habitantes, compreendendo uma área de cerca de 500 km². Atualmente, as principais atividades econômicas da cidade são: indústria, atividades comerciais e do setor de serviços. A cidade possui um IDH de 0,823 e a proporção de pessoas com baixa renda é de 10,1%¹⁶. O coeficiente de mortalidade infantil é de 8,8/1.000 nascidos vivos e de mortalidade materna é de 59,4/100.000 nascidos vivos¹⁷.

2. Delineamento de Estudo

O estudo teve características quantitativas de intervenção terapêutica durante 12 meses, com pré e pós testes em um único grupo.

3. População de Estudo

A população de estudo foi composta por mães/avós/irmãs de crianças atendidas no CRAS. O CRAS é uma instituição filantrópica que desenvolve diversos trabalhos com a comunidade, entre eles “Criança da Padroeira” e “Reforço Escolar”. Esses projetos sociais atendem crianças com problemas de aprendizagem e suas famílias. Neste contexto, a TCI foi implantada com o objetivo de oportunizar espaço de escuta sensível para a melhoria da qualidade de vida das famílias.

4. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: (a) ser maior de 18 anos; (b) participar das rodas de TCI e (c) aceitar participar da pesquisa.

5. Intervenção: Rodas de TCI

As rodas aconteceram com uma regularidade semanal no período de março a novembro de 2014, seguindo-se a metodologia proposta por Barreto (2008). A TCI funciona com um terapeuta e um co-terapeuta, se necessário, que conduzem a roda e os participantes. Geralmente, a roda segue cinco etapas, dentre elas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, pergunta reflexiva e finalização.

Na etapa de acolhimento, o co-terapeuta acomoda os participantes se apresentando e esclarecendo as regras que devem ser seguidas durante a roda. Nesta etapa, utilizam-se estratégias para redução da ansiedade e estresse, como relaxamento e meditação.

Nas etapas de contextualização e problematização, o terapeuta informa sobre as regras que organizam o processo da TCI para que todos possam se sentir seguros. Após isso, o terapeuta inicia perguntando sobre o motivo da presença de cada um e quais os sofrimentos e alegrias percebidas pelos participantes durante os dias anteriores as rodas.

O terapeuta então repete a fala dos participantes do grupo para confirmar seus relatos e melhorar la-

cunas de comunicação. Feito isso, o terapeuta solicita ao grupo que escolha qual história os participantes se identificam, propondo que formulem perguntas para as pessoas escolhidas.

Este momento é muito importante, já que, ao responder as perguntas feitas pelos outros participantes, a pessoa é estimulada à reflexão a respeito da sua própria história e todos do grupo que viveram esta mesma experiência conversam, também, em silêncio com suas angústias e ansiedades.

A partir dos relatos dos participantes – sofrimentos e conquistas – o terapeuta, em escuta ativa, organiza os temas narrados pela sua singularidade e universalidade. Neste processo intersubjetivo, é construída a pergunta reflexiva formulada pela composição e congruência dos assuntos dominantes e específicos trazidos pelo grupo.

Esta pergunta é feita pelo terapeuta a todo o grupo e cada um responde de acordo com suas vivências e reflexões a fim de encontrar estratégias de enfrentamento dos problemas.

A finalização acontece com todos em círculo, unidos de mãos dadas, com o terapeuta agradecendo a presença de todos e solicitando que digam uma palavra que expresse a experiência vivida durante o encontro.

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 entrevistas, observação e relatos do que ocorreu nas rodas – diário de campo – a partir daí foi elencada as características dos problemas e das estratégias de enfrentamento das rodas.

Os formulários foram preenchidos antes das rodas, uma única vez, em que se obtiveram dados socioeconômicos, de saúde, de satisfação com a vida e de ansiedade, a fim de entender o perfil das pacientes e conduzir as rodas.

A felicidade foi mensurada através do instrumento *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) – escala de satisfação com a vida, elaborado por Diener et al. (1985)¹⁸. Esta escala visa estimar a satisfação da pessoa comparando as condições de vida atuais

em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável¹⁹. Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas entre um (discordo fortemente) e sete (concordo fortemente), totalizando um escore mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação). Sua consistência interna é boa (Alfa de Cronbach = 0,87) e a confiabilidade teste-reteste após 2 meses é de 0,82. Sua validação para o português brasileiro foi feita por Gouveia et al. (2003)²⁰. Foram consideradas como pessoas satisfeitas aquelas classificadas como extremamente ou muito satisfeitas e como insatisfeitas as classificadas como razoavelmente satisfeitas, ligeiramente insatisfeitas e insatisfeitas.

Os sintomas de ansiedade foram mensurados através da escala de ansiedade de Beck. Os escores de corte utilizados foram categorizados de acordo com o escore da sociedade brasileira da seguinte forma: ansiedade mínima (de 0 a 10 pontos), leve (de 11 a 19 pontos), moderada (de 20 a 30 pontos) e grave (de 31 a 63 pontos)^{21,22}.

A presença da dor crônica foi questionada da seguinte forma: nos últimos seis meses, você tem sentido dor contínua? Para a mensuração da dor crônica foi utilizada a escala unidimensional verbal, na qual o entrevistado classifica a intensidade da dor em: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor violenta ou dor insuportável. Essa escala foi testada em idosos e se mostrou válida²³.

O nível socioeconômico foi avaliado segundo o critério de classificação econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). São realizadas várias perguntas quanto à posse de itens e o nível de instrução do chefe da família e a partir de um sistema de pontos é indicada a classe econômica do indivíduo²⁴.

O estado emocional foi avaliado com uma escala likert de faces (muito infeliz – muito feliz)²⁵. Os usuários preencheram a escala no início e no final de cada roda de TCI. Para a análise dos dados foram atribuídos escores às faces: muito infeliz (1); infeliz (2); nem feliz nem infeliz (3), feliz (4) e muito feliz (5).

Com relação aos dados das rodas de TCI, os temas abordados e as estratégias de enfrentamento relatados nos encontros foram extraídos do diário de campo dos pesquisadores.

7. Análise estatística

As questões dos formulários foram tabuladas e analisadas pelo programa de análise estatística EpiInfo Versão 3.5.4. Houve nesse estudo análise de frequência absoluta e relativa com o cálculo de médias e utilização de gráficos.

Para análise do estado emocional pré e pós-intervenção foi utilizado o teste de Wilcoxon comparando as médias das notas atribuídas à escala de faces pelos participantes. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Foi feita análise para verificar os participantes com maior frequência nas rodas tiveram melhores resultados na avaliação do estado emocional. Os voluntários foram distribuídos em dois grupos de acordo com o número de vezes que participaram das rodas. Considerou-se como corte para a distribuição dos grupos a presença em 50% (n=9) das rodas. Calculou-se a taxa de melhora percentual de cada indivíduo em cada roda. Esse cálculo foi feito da seguinte forma: taxa de melhora percentual = $\{(nota\ final * 100 / nota\ inicial) - 100\}$. Na análise da taxa de melhora percentual, os valores não foram comparados roda a roda, tal como na análise do estado emocional. As médias dos grupos foram calculadas e comparadas por meio do teste de Mann-Whitney.

8. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UFPR segundo parecer 541.707/2014.

RESULTADOS

A população de estudo foi composta por 54 mulheres, com idade média de 34,5 com desvio padrão de 14,3 anos. A média de participantes por roda foi de 14 pessoas. Todos participaram da escala de faces, porém a aplicação dos formulários

foi realizada apenas para 16 participantes, os quais frequentaram as rodas mais de uma vez. Das participantes que responderam o formulário, como demonstrado na tabela 1, a maior parte tinha 36 anos ou mais, possuía companheiro, era da raça branca, tinha escolaridade (primeiro grau completo e acima deste) e se encontrava nas classes C/D/E. Metade das que responderam o formulário trabalhava fora de casa.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas entre mulheres participantes das rodas de TCI. Curitiba, 2013.

Idade	N	%
25-35 anos	5	31,3
36 ou mais	11	68,8
Estado conjugal		
Com companheiro	11	68,8
Sem companheiro	5	31,3
Raça		
Branca	9	56,3
Outras	7	43,8
Escolaridade		
Com escolaridade	10	62,5
Sem escolaridade	6	37,5
Situação de trabalho		
Com emprego	8	50,0
Sem emprego	8	50,0
Classificação ABEP		
Classe A/B	5	31,2
Classe C/D/E	11	68,8

Caracterização das condições de saúde e utilização dos serviços de saúde

De acordo com as variáveis apresentadas na Tabela 2, de morbidades e utilização do sistema de saúde, mais da metade das participantes considerou sua saúde excelente ou boa, e relatou não ter hipertensão (75%), diabetes (93,8%) e depressão (81,2%). A prevalência de dor crônica foi de 37,5%, sendo que 80% relatou sentir dor moderada. Além disso, a maioria das participantes não consultou o médico nos últimos três meses e não passou por uma internação hospitalar no último ano.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis associadas à autopercepção da saúde e utilização de serviços de saúde entre mulheres participantes das rodas de TCI. Curitiba, 2013.

	N	%
Saúde		
Excelente/boa	9	56,3
Regular/ruim	7	43,8
Hipertensão arterial		
Sim	4	25
Não	12	75
Diabetes		
Sim	1	6,3
Não	15	93,8
Depressão		
Sim	3	18,8
Não/Não sei	13	81,2
Dor crônica		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5
Intensidade da dor (n=5)*		
Moderada	4	80
Forte	1	20
Plano de saúde		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Consulta nos últimos 3 meses (n=15)*		
Sim	6	40
Não	9	60
Internação no último ano (n=15)*		
Sim	1	6,7
Não	14	93,3

*15 dos 16 participantes responderam essas perguntas.

Quanto às questões de ansiedade e satisfação com a vida, nove participantes (56,3%) apresentaram sintomas sugestivos de ansiedade moderada a grave e dez (62,5%) se consideraram insatisfeitos com a vida.

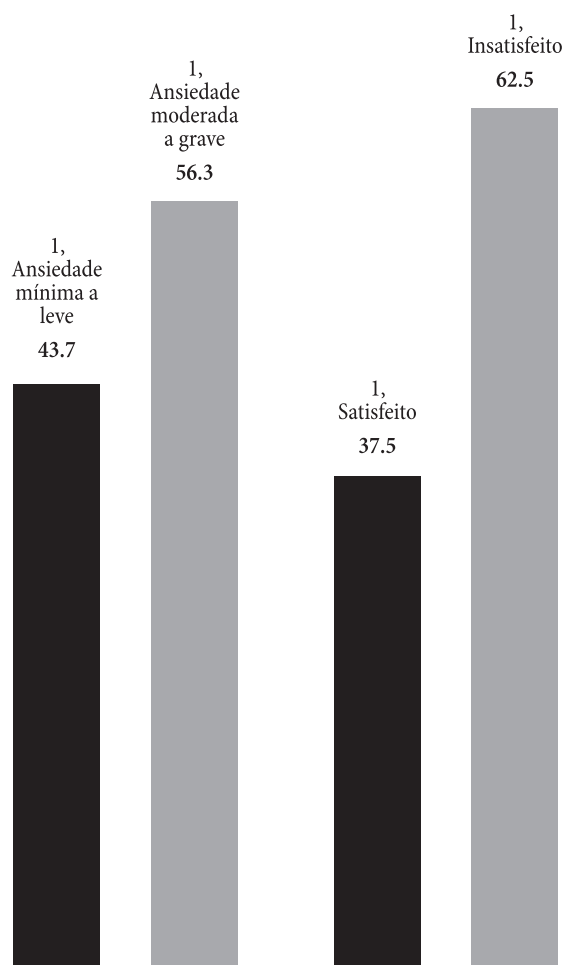


Gráfico 1 - Prevalência de Sintomas de Ansiedade e da autopercepção da felicidade segundo escala de satisfação com a vida. Curitiba, 2013.

Impacto psicoemocional nos participantes de rodas de TCI

Foram realizadas 18 rodas de terapia comunitária nas quais houve coleta de dados relativos ao estado emocional dos usuários. Como mostrado na tabela 3, dentre todos os encontros, em 16 (88,9%) houve melhora significativa do estado emocional depois das rodas comparado ao estado anterior, de acordo com a escala Likert de faces. O valor médio atribuído ao estado emocional antes da intervenção foi de 3,76 (dp=0,96) e no final 4,57 (dp=0,62) (p<0,05).

Tabela 3 - Avaliação do estado emocional pré e pós-intervenção das participantes das rodas de Terapia Comunitária Integrativa. Curitiba, 2013.

Roda (n)*	Antes da roda **	Depois da roda**	Z	p
1 (17)	3,65 (1,00)	4,88 (0,33)	3,18	0,001
2 (14)	3,79 (1,12)	4,71 (0,47)	2,67	0,008
3 (18)	3,78 (0,81)	4,72 (0,46)	2,93	0,003
4 (19)	3,84 (0,83)	4,58 (0,69)	3,06	0,002
5 (11)	3,64 (1,03)	4,55 (0,52)	2,52	0,012
6 (20)	4,10 (1,02)	4,55 (0,83)	2,52	0,012
7 (13)	3,85 (0,80)	4,23 (0,44)	2,02	0,043
8 (16)	3,56 (1,09)	4,25 (0,68)	2,52	0,012
9 (12)	3,50 (1,00)	4,58 (0,79)	2,80	0,005
10 (16)	3,75 (1,34)	4,31 (0,95)	2,37	0,018
11 (11)	4,00 (1,00)	4,73 (0,47)	2,20	0,028
12 (9)	4,22 (0,67)	4,67 (0,50)	1,83	0,068
13 (17)	3,29 (1,10)	4,29 (1,05)	3,06	0,002
14 (15)	3,80 (0,77)	4,53 (0,64)	2,80	0,005
15 (9)	3,89 (1,27)	4,67 (0,50)	1,83	0,068
16 (11)	3,64 (0,81)	4,36 (0,81)	2,20	0,028
17 (12)	3,67 (1,37)	4,67 (0,49)	2,37	0,018
18 (12)	3,33 (0,65)	4,25 (0,75)	2,67	0,008

*Dados expressos como número da roda (número de participantes).

** Dados expressos como média (desvio padrão)

Taxa de melhora percentual entre os participantes das rodas de TCI

As taxas de melhora foram semelhantes entre as pessoas que frequentaram menos (30,4%; n=46) ou mais (34,5%, n=11) os encontros de TCI (p=0,23). Assim, o número de vezes que as pessoas participaram das rodas não foi determinante para a melhora do estado emocional dos usuários.

Características das rodas de TCI

Os principais temas abordados durante as rodas de terapia comunitária estão listados na Tabela 4, sendo que os mais frequentes foram: conflitos familiares (20,3%), estresse (18,8%), perdas (14%) e trabalho (12,5%).

Tabela 4 - Principais temas universais citados nas rodas de TCI. Curitiba, 2013.

Temas Universais	Número de vezes abordados (n)	Porcentagem (%)
Conflitos familiares	13	20,3
Estresse	12	18,8
Perdas	9	14,0
Trabalho	8	12,5
Problemas físicos de saúde	7	10,9
Outros	15	23,4
Total	64	100

* Análise de 16 rodas

Tabela 5 - Principais estratégias de enfrentamento citadas nas rodas de TCI. Curitiba, 2013.

Estratégias de enfrentamento	Número de vezes abordadas (n)	Porcentagem (%)
Fortalecimento do empoderamento pessoal	14	23,3
Cuidado no relacionamento com a família	11	18,3
Participação das rodas de TCI	9	15,0
Autocuidado	8	13,3
Outros	18	30,0
Total	60	100

* Análise de 16 rodas

Já as principais estratégias de enfrentamento para os temas abordados estão listadas na Tabela 5, sendo que as mais relatadas foram fortalecer o empoderamento pessoal (23,3%), cuidar do relacionamento com a família (18,3%), participar das rodas de TCI (15%) e cuidar de si própria (13,3%).

DISCUSSÃO

No Brasil, estudos epidemiológicos que avaliem o impacto de práticas integrativas e complementares na saúde física e emocional, tal como a terapia comunitária integrativa são praticamente inexistentes, o que dificulta comparações dos resultados obtidos com outras populações¹⁵. Neste trabalho, foi possível analisar o impacto psicoemocional da TCI, considerando que

houve melhora significativa do estado emocional das mulheres atendidas no CRAS após a intervenção das rodas comparativamente ao estado anterior.

Diante disso, a metodologia da TCI se mostrou como prática integrativa e complementar importante para diminuição do sofrimento e aumento da resiliência de mulheres, pois, nas rodas de TCI, o indivíduo fala da sua dor, compartilhando a um grupo que também sofre. Porém, nas rodas, são estimulados aspectos que não se limitam apenas à doença/dor, mas que envolvem a vida do ser humano como um todo, valorizando a integralidade e humanização.

Outro aspecto relevante é que a Terapia Comunitária Integrativa é classificada como uma abordagem grupal na atenção primária à saúde. As intervenções grupais, apesar de ainda serem pouco utilizadas nos serviços de saúde²⁶, são inovadoras na perspectiva assistencial e imprescindíveis, do ponto de vista da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque o trabalho em grupo, por um lado, é um instrumento metodológico eficaz na promoção e educação em saúde dos indivíduos além de potencializar o fortalecimento de vínculos entre os participantes e desses, com a estrutura institucional e, por outro, é uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos em saúde mental, com otimização de recursos humanos, físicos, financeiros e de tempo^{27,28}.

Um dos achados deste estudo que reitera o exposto acima, é que as taxas de melhora foram semelhantes entre as pessoas que frequentaram menos ou mais os encontros de TCI, o que representa que o impacto positivo da TCI no bem-estar subjetivo e emocional mesmo em pessoas que não frequentaram tão assiduamente as rodas. Logo, a TCI vem como uma estratégia terapêutica complementar à abordagem clínica individual, que pode ser efetiva na promoção, prevenção e tratamento dos transtornos mentais, como depressão e ansiedade.

Neste estudo, o nível de ansiedade observado em mais da metade dos participantes (56,3%) foi classificado de moderado a forte, o que pode ter como causa os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) ou o popular “sofrimento dos nervos”, como verificado por Arôca²⁹. Esse achado provavel-

mente se associa positivamente com a alta prevalência de insatisfação com a vida.

Apesar da necessidade de cuidados em saúde, a maioria dos entrevistados (60%) não tinha se consultado nos últimos 3 meses e não era filiado a nenhum plano privado de saúde (87,5%), o que sugere dificuldade de acesso aos serviços de saúde, já que a filiação a planos privados de saúde pode aumentar em até 450% a utilização dos serviços³⁰. Esta situação era esperada na população estudada considerando que 68,8% das pessoas tinham nível socioeconômico baixo (classes C/D/E).

Adicionalmente, existem diferenças significativas de gênero na incidência, prevalência e curso dos transtornos mentais, sendo que as mulheres tem maior vulnerabilidade de apresentar sintomas depressivos e ansiosos, em especial, no período reprodutivo³¹.

Assim, além do maior risco de adoecer por transtornos mentais, justifica-se a predominância de mulheres nas atividades ofertadas pelo CRAS – rodas de TCI e reforço escolar –, uma vez que histórica e culturalmente o gênero feminino é quem dispensa maior preocupação e tempo para cuidar das necessidades das famílias³². Este fato é corroborado pelos temas universais “conflito familiar” e “estresse” terem sido os mais relatados durante as rodas de TCI analisadas.

Com relação às estratégias de enfrentamento dos desafios cotidianos, o empoderamento pessoal, o autocuidado e cuidado com a família e a participação das rodas de TCI estão entre as mais citadas nos encontros. Segundo Arôca (2009), em seu estudo realizado com mulheres de um município do Rio de Janeiro, no Brasil, aponta que o empoderamento pessoal e as redes de apoio, tal como a TCI, são fatores protetores da saúde física e mental, com consequente impacto positivo na qualidade de vida²⁹.

Estes resultados podem ser justificados já que a metodologia da TCI, tal como cita Barreto (2008), cria espaços de escuta sensível que convida seus participantes a sair do individual e alcançar o comunitário na perspectiva da autonomia, co-responsabilidade e competência, superando a dependência e a carência, que é o enfoque medicalizador hegemônico sustentado pelo modelo biomédico¹⁰.

Com relação às potencialidades do estudo, um ponto positivo foi o número elevado de mulheres acompanhadas nas intervenções (≈14), considerando que a participação era espontânea e as rodas ocorreram durante período longo (1 ano). Ainda, para garantir a validade interna da pesquisa, a realização das rodas de TCI foram desenvolvidas pelas mesmas terapeutas comunitárias do início ao fim do processo, seguindo adequadamente a metodologia da TCI segundo Barreto (2008).

Já como limitação metodológica, destaca-se que nas rodas em que houve menor número de participantes (n=9), foram as mesmas em que não foi verificada diferença significativa no estado emocional das participantes antes e após a intervenção. Assim, aventa-se a hipótese de que não foi possível determinar se realmente não teve diferença estatisticamente significativa ou se a amostra pequena não foi suficientemente representativa para a mensuração.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declararam não haver.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não declarado.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva: WHO library, 2017.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
3. WHO. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to major risks. Geneva: WHO library, 2009.
4. Nunes M, Jucá VJ, Valetim, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23:2375-2384.
5. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [online]. 2005, vol.3, n.5, p. 23-41. ISSN 1679-4427.
6. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS;29-74; 2009.
7. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed; American Psychiatric Association; Washington, DC: 1994.
8. OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artmed: 1993.
9. Faria MLVC, Guerrini IA. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012;16(42):779-792.
10. Barreto AP. Terapia comunitária passo a passo. 3ª ed.; Editora Gráfica LCR; 2008.
11. Guimaraes FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano dos seus participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2006;8(3):404-414.
12. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições na terapia comunitária para o enfrentamento de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9(1):79-92.
13. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(4):964-70.
14. Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, Mendes CKTT. Promoção da Saúde Mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1): 129-36, 2010.
15. Azevedo EB, Cordeiro RC, Costa LFP, Guerra CS, Ferreira Filha MO, Dias, MD. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2013;15(3):114-120.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Curitiba-PR: População; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411570#>>.
17. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico: Município de Curitiba*. Curitiba: IPARDES; 2011.

18. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 1985;49:71-75.
19. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista Saúde Pública.* 2008;42(6):1060-1066.
20. Gouveia VV et al. A utilização do QSG-12 na população em geral: estudo de sua validade de construto. *Psic. Teor. Pesq.* 2003;19(3):241-8.
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988;56(6):893-897.
22. Castro MGT, Oliveira MS, Araujo RB, Pedroso RS. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr RS.* 2008;30(1):25-30.
23. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2006;14(2):271-276.
24. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de pesquisa [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil 2014. Disponível em: < <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx> >
25. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology.* 1932;140:1-55.
26. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cog Enf.* 2007;12 (2):236-240.
27. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011;16 sup 1.1:973-982.
28. Simões FV, Stipp MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. *Esc. Anna Nery.* 2006;10 (1):139-144.
29. Aroca SRS. Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "Sofrimento dos Nervos" em mulheres. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
30. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2002;18:77-87.
31. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Psiqu. Clin.* 2006;33(2):43-54.
32. Cavalcanti VRS, Barbosa CF, Caldeira BMS. Ética do cuidar e relações de gênero? Práticas familiares e representações da divisão do tempo. *Estud. sociol., Araraquara,* v.17, n.32, p.189-204, 2012.
33. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed; American Psychiatric Association; Washington, DC: 2013.